

ZDROWIE UCZNIÓW W 2018 ROKU NA TLE NOWEGO MODELU BADAŃ HBSC

pod redakcją
Joanny Mazur
Agnieszki Małkowskiej-Szcutnik





**Instytut
Matki i Dziecka**

ZDROWIE UCZNIÓW W 2018 ROKU NA TLE NOWEGO MODELU BADAŃ HBSC

**pod redakcją
Joanny Mazur
Agnieszki Małkowskiej-Szcutnik**

Warszawa 2018

AUTORZY OPRACOWANIA (w kolejności alfabetycznej)

mgr Martyna Bójko – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

mgr Anna Dzielska – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

prof. Zbigniew Izdebski – Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski; Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski

mgr Dorota Kleszczewska – Fundacja Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

dr hab. Anna Kowalewska – Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski

mgr Magdalena Korzycka – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

dr Marta Malinowka-Cieślak – Zakład Zdrowia i Środowiska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński

dr Agnieszka Małkowska-Szkutnik – Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski

prof. nadzw. IMD, dr hab. Joanna Mazur – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

prof. nadzw. IMD, dr hab. Anna Oblacińska – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

mgr Wisława Ostręga – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

mgr Katarzyna Radiukiewicz – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

dr Krzysztof Wąż – Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Zielonogórski

prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska – prof. em. Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski

dr Dorota Zawadzka – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka oraz Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Recenzent: dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński

Polski zespół HBSC w latach 2016-2018

Krajowi koordynatorzy:

prof. nadzw. IMD, dr hab. Joanna Mazur – Instytut Matki i Dziecka

dr Agnieszka Małkowska-Szkutnik – Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski

Zastępca koordynatora: dr n. o kult. fiz. Hanna Nałęcz (w zespole do czerwca 2018r.)

Członkowie zespołu: Anna Dzielska, Dorota Kleszczewska, Anna Kowalewska, Marta Malinowka-Cieślak, Agnieszka Michalska, [Izabela Tabak](#), Barbara Woynarowska

ISBN 978-83-951033-3-9

Cytowanie danych z raportu lub pytań kwestionariusza HBSC z odwołaniem do źródła: Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (red). (2018). Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

Rysunki na okładce: Marysia Sosnkowska (l. 11)

Projekt graficzny i skład: Marek Jadczak

Podziękowania

Polski zespół HBSC składa serdeczne podziękowania wszystkim osobom, które pomogły w organizacji i realizacji badań ankietowych na terenie 16 województw. Dziękujemy Dyrektorom szkół za bardzo przychylny stosunek do tego projektu, Rodzicom, regionalnym Koordynatorom oraz Ankieterom realizującym badania w szkołach. Szczególnie dziękujemy też uczniom, którzy wzięli udział w badaniach.

Wykaz ważniejszych skrótów

BMI	Body Mass Index (indeks masy ciała)
EMC	Electronic Media Communication (komunikacja za pomocą mediów elektronicznych)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Europejskie szkolne badania ankietowe na temat używania alkoholu i narkotyków wśród młodzieży)
FAS	Family Affluence Scale (skala zasobów materialnych rodziny)
FG	Focus Group (grupa robocza)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej)
IMD	Instytut Matki i Dziecka
IOTF	International Obesity Task Force (międzynarodowa grupa do walki z otyłością)
MEN	Ministerstwo Edukacji Narodowej
MET	Metabolic equivalent task (równoważnik metaboliczny)
MNiSzW	Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
MSiT	Ministerstwo Sportu i Turystyki
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (wielowymiarowa skala postrzeganego wsparcia społecznego)
MVPA	Moderate-to-vigorous Physical Activity (aktywność fizyczna umiarkowana do intensywnej)
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
SCL	Subjective Complaints Checklist (skala dolegliwości subiektywnych)
SD	Standard deviation (odchylenie standardowe)
SRH	Self-rated Health (samoocena zdrowia)
UW	Uniwersytet Warszawski
VIP	Violence and Injuries Prevention (zapobieganie urazom i przemocy)
VPA	Vigorous Physical Activity (aktywność fizyczna intensywna)
WHO	World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
YRBS	Youth Risk Behaviour Survey (badanie ankietowe zachowań ryzykownych młodzieży)

Spis treści

WPROWADZENIE

Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, *Metodologia badań HBSC 2018* 7

ROZDZIAŁ I. SPOŁECZNY KONTEKST ZDROWIA

Joanna Mazur, *Struktura rodziny i jej status ekonomiczno-społeczny*. 23

Wisława Ostrenga, *Rodzinne uwarunkowania komunikacji* 32

Dorota Zawadzka, Magdalena Korzycka, *Wsparcie społeczne*. 39

Agnieszka Małkowska-Szkutnik, *Środowisko szkolne* 48

ROZDZIAŁ II. ZDROWIE

Joanna Mazur, *Subiektywna ocena zdrowia* 59

Anna Oblacińska, *Rozwój fizyczny i samoocena masy ciała* 70

Marta Malinowska-Cieślik, *Urazy wymagające pomocy medycznej* 82

ROZDZIAŁ III. ZACHOWANIA ZDROWOTNE

Dorota Kleszczewska, Anna Dzielska, *Aktywność fizyczna młodzieży* 87

Barbara Woynarowska, *Zachowania sedentarne przed ekranem w czasie wolnym* 93

Anna Dzielska, Dorota Kleszczewska, *Spożywanie wybranych produktów przez młodzież* 103

Barbara Woynarowska, *Spożywanie śniadań* 111

Martyna Bójko, *Wspólne posiłki z rodziną* 116

Barbara Woynarowska, *Zachowania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała* 120

Katarzyna Radiukiewicz, *Higiena jamy ustnej* 125

ROZDZIAŁ IV. ZACHOWANIA RYZYKOWNE

Anna Kowalewska, *Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany*. 129

Zbigniew Izdebski, Krzysztof Wąż, *Aktywność seksualna młodzieży 15-letniej* 143

Marta Malinowska-Cieślik, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, *Przemoc w szkole (bullying)* 150

Marta Malinowska-Cieślik, *Cyberprzemoc* 156

Marta Malinowska-Cieślik, *Uczestniczenie w bójkach* 162

ZAKOŃCZENIE

Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, *Dalszy rozwój badań HBSC i wykorzystanie ich wyników* 167

ANEKS: Pytania z kwestionariusza HBSC 2018 175

WPROWADZENIE: Metodologia badań HBSC 2018

Wstęp

W raporcie zaprezentowano wstępne wyniki najnowszej rundy badań ankietowych przeprowadzonych w Polsce w roku szkolnym 2017/18 w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC – (*Health Behaviour in School-aged Children*). Opracowanie ma charakter rozszerzonego raportu technicznego wydawanego jako publikacja elektroniczna. Składa się z czterech działów dotyczących odpowiednio: społecznego kontekstu zdrowia, zdrowia i rozwoju, zachowań prozdrowotnych i zachowań ryzykownych. Wykorzystując głównie obowiązkową część kwestionariusza HBSC, zdefiniowano około 60 wskaźników odnoszących się do zdrowia, stylu życia i otoczenia nastolatków. W rozdziale podsumowującym przedstawiono też wkład polskiego zespołu do badań HBSC oraz dalsze kierunki rozwoju tej sieci badaczy. Porównanie wyników badań młodzieży w Polsce i w innych krajach zostanie przedstawione w cyklu raportów międzynarodowych. Planowane są również kolejne krajowe opracowania monograficzne oraz seria artykułów w prasie fachowej.

Badania HBSC realizowane są od 1982 r. cyklicznie co cztery lata we wzrastającej liczbie krajów. Obecnie członkami sieci badawczej jest 49 krajów lub regionów (www.hbsc.org) z Europy oraz Ameryki Północnej¹. Polska jest członkiem sieci HBSC od 1989 r., co pozwoliło na przeprowadzenie tych badań już osiem razy.

Zasady funkcjonowania sieci badawczej HBSC określa 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 badacza² (*Principal Investigator*), zatrudnionego w krajowej instytucji naukowej. Kraje członkowskie finansują z własnych źródeł członkostwo w sieci HBSC, udział w spotkaniach i ich organizację³, przeprowadzenie

¹ 47 krajów przystąpiło do badań w roku szkolnym 2017/18, Stany Zjednoczone zrezygnowały z tej rundy, a Uzbekistan jest nowym członkiem sieci od listopada 2018 r.

² W Polsce, badania HBSC zainicjowała w 1989r. prof. Barbara Woynarowska (Instytut Matki i Dziecka do 1996r., później Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski), która była odpowiedzialna za przeprowadzenie czterech cykli badań w latach 1990-2002. Od 2004r. krajowym koordynatorem jest dr hab. Joanna Mazur z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, która kierowała organizacją kolejnych następnych czterech cykli tych badań w latach 2006-2018; od lipca 2018r. polska grupa HBSC jest kierowana przez dwie osoby (dr hab. Joanna Mazur i dr Agnieszka Małkowska-Szkutnik z Uniwersytetu Warszawskiego).

³ Spotkania odbywają się dwa razy w roku, a Polska była gospodarzem trzykrotnie – w 1992, 2009 i 2018 roku.

badania ankietowych (w terminie i zgodnie z protokołem międzynarodowym) oraz sporządzanie kolejnych publikacji. Za uzyskanie źródeł finansowania badań realizowanych w szkołach odpowiedzialny jest krajowy koordynator.

Polski zespół HBSC liczy obecnie ośmiu zarejestrowanych członków (w tym dwóch doktorantów), powiązanych z czterema instytucjami i prowadzi aktywną współpracę z wieloma innymi ośrodkami naukowymi z różnych rejonów Polski, co podkreślono w części opisującej organizację badań. Badania realizowane w 2017/18 roku uzyskały znaczące wsparcie organizacyjne i finansowe z Instytutu Matki i Dziecka⁴, w ramach dofinansowania ze środków budżetowych MNiSzW. Częściowo finansowane były w ramach projektów własnych na Uniwersytecie Warszawskim (UW). W grudniu 2017 roku podpisano porozumienie między Instytutem Matki i Dziecka a Wydziałem Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego, dające podstawę do wspólnego prowadzenia badań, organizacji konferencji i innych wspólnych aktywności. Głównym źródłem finansowania tej publikacji jest temat statutowy IMD p.t. *Krótko i długookresowe tendencje zmian subiektywnej oceny zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (1990-2018)* – nr. 510-20-66.

Nowy model badań HBSC

Obecny cykl badań został poprzedzony dyskusją na temat stworzenia nowego modelu konceptualnego badań. Można je obecnie umiejscowić na pograniczu badań społecznych i nauk o zdrowiu, z dużym wkładem pedagogiki zdrowia, socjologii zdrowia i psychologii zdrowia. Model ten jest dalej rozwijany i jego bardziej dojrzała wersja zostanie wykorzystana w protokole badań planowanych na rok szkolny 2021/22.

Model badań HBSC integruje obecnie cztery główne perspektywy⁵:

- **Psychospołeczną**, która zawiera obszary dotyczące stylu życia w kontekście społecznym. Perspektywa ta dotyczy różnych obszarów rozwoju psychicznego, np. umiejętności społeczne, samoocenę, spostrzeganie wsparcia społecznego, funkcjonowanie w relacjach społecznych. Opisuje zdrowie i zachowania zdrowotne z poziomu jednostkowego.
- **Populacyjną** odnoszącą się do zdrowia publicznego i kontekstu epidemiologicznego badanych zjawisk. Daje możliwość identyfikowania czynników ryzyka, trendów zmian danych zjawisk w populacji młodzieży. Perspektywa ta staje się coraz ważniejsza i bardziej eksplorowana w modelu badań HBSC. Monitorowanie zmian w zakresie samooceny zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży umożliwia właściwe kreowanie polityki zdrowotnej, konstruowanie programów profilaktycznych.
- **Makrospołeczną** (wielowymiarową/ekologiczną), która daje możliwość

⁴ Działalność statutowa IMD w 2017 i 2018 roku w ramach pięciu powiązanych projektów badawczych, kierowanych przez dr hab. Joannę Mazur (2 tematy), dr hab. Annę Oblacińską, dr Hannę Nałęcz i mgr Annę Dzielską (po 1 temacie).

⁵ Opis modelu na podstawie protokołu badań HBSC.

budowania modeli czynników chroniących i ryzyka w zakresie zdrowia, z uwzględnieniem kontekstu społecznego oraz analizowania wyników badań z różnych poziomów. Perspektywa ta pozwala także na identyfikowanie nowych czynników/obszarów związanych ze zdrowiem młodzieży, co prowadzi do lepszego rozumienia zachowań młodzieży. Perspektywa ta umożliwia analizowanie danych z poziomu klasy szkolnej, szkoły lub mikroregionu.

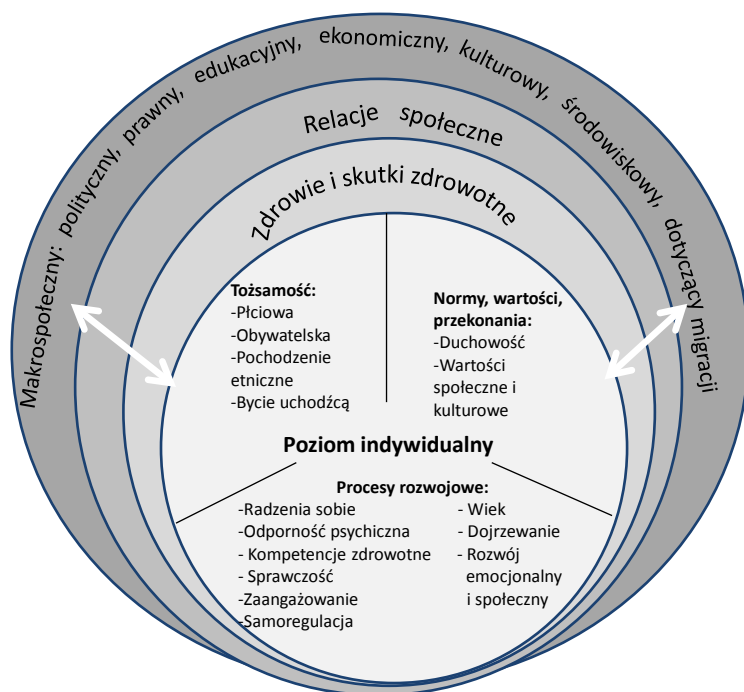
- **Rozwojową**, ze szczególnym podkreśleniem obszarów rozwoju biologicznego i dojrzewania. Perspektywa ta pozwala na badanie zależności między procesami dojrzewania a zdrowiem, zachowaniami zdrowotnymi i zadowoleniem z życia.

Wymienione powyżej perspektywy dają możliwość lepszego rozumienia zdrowia młodzieży, przechodząc od tradycyjnego opisu samooceny zdrowia i zachowań zdrowotnych, do prób wyjaśniania zjawisk ujmowanych w modele zdrowia i zadowolenia z życia. W ostatnim czasie sieć badawcza HBSC koncentruje się szczególnie na rozwijaniu perspektywy populacyjnej i ekologicznej. Jednocześnie dbając o to, aby dane uzyskiwane z badań stawały się okazją dla kształtowania nowych modeli opisujących czynniki wspierające rozwój młodzieży. Zintegrowany i wielopłaszczyznowy model badań HBSC daje możliwość wykorzystania wyników do:

- opisu samooceny zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży w kontekście społecznym;
- poszukiwania czynników chroniących i ryzyka dla zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży;
- opisywania i analizowania różnych obszarów funkcjonowania młodzieży;
- dokonywania analiz na różnych poziomach, zarówno indywidualnym jak i z poziomu klasy szkolnej, szkoły lub kraju;
- analizowania trendów zmian poszczególnych obszarów zdrowia;
- porównań międzynarodowych;
- uczestniczenia w ewaluacji programów profilaktycznych i interwencyjnych na poziomie lokalnym lub krajowym.

Rewizji modelu teoretycznego badań HBSC dokonano w 2015/16 roku. Stworzono roboczą grupę *Conceptual Review Group* składającą się z doświadczonych członków sieci, którzy pracując warsztatowo poszukiwali nowych rozwiązań teoretycznych. Opracowano nowy model teoretyczny badań HBSC (ryc. 1). Odwołując się do wymienionych powyżej perspektyw badawczych, w modelu zawarto ekologiczne podejście do rozwoju i zdrowia jednostki. Model przedstawia zawierające się w sobie poziomy, zaczynając od poziomu indywidualnego odnoszącego się do procesów rozwojowych, poczucia tożsamości, indywidualnych norm i zasad; poprzez zdrowie i zachowania zdrowotne; do kontekstu społecznego dotyczącego relacji społecznych w bliskich i dalszych środowiskach. Ostatni makro-poziom dotyczy m. in. uwarunkowań politycznych, prawnych, edukacyjnych i ekonomicznych. Nowe podejście teoretyczne w badaniach HBSC postrzegane jest w kontekście procesu zmiany z możliwością redefiniowania modelu w następnych etapach badań. W wyniku nowego podejścia teoretycznego w sieci badawczej HBSC zainicjowano

funkcjonowanie grup roboczych zajmujących się: zdrowiem psychicznym, czasem wolnym, środowiskiem lokalnym, relacjami społecznymi. Znacząco też poszerzono zakres zagadnień odnoszących się do zdrowia (w kontekście pozytywnego rozwoju).



Ryc. 1. Nowy model badań HBSC na podstawie protokołu międzynarodowego

Protokół badań HBSC

Sieć badawcza HBSC działa w cyklach czteroletnich, które kończą się wydaniem raportu międzynarodowego. Protokół badań HBSC jest opracowywany na początku danego cyklu badań. Istnieje rozszerzona wewnętrzna wersja najnowszego protokołu (697 stron) oraz skrócona zewnętrzna (165 stron), ogólnie dostępna na stronie internetowej projektu⁶. Najnowszy zewnętrzny protokół badań dedykowany jest pamięci zmarłych w ostatnich dwóch latach aktywnych, lubianych i niezwykle szanowanych członków sieci: Izabeli Tabak z Polski i Johnowi Freemanowi z Kanady.

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.

⁶ Obecnie dostęp do protokołu HBSC jest otwarty, jak również do kwestionariusza badań w wersji obowiązkowej, a także do danych krajowych i międzynarodowych, po ustalonym okresie karencji.

Kwestionariusz badań

Kwestionariusz HBSC składa się z pytań obowiązkowych, stosowanych przez wszystkie kraje oraz pytań opcjonalnych, rekomendowanych w protokole. Tylko z niektórych pytań wolno zrezygnować (np. ze względów kulturowych lub prawnych), o ile zostanie to wcześniej zgłoszone do komitetu koordynującego badania. Pytania opisane w protokole są opracowywane i testowane przez robocze grupy tematyczne (*Focus Groups*), odpowiadające też za treść odpowiednich rozdziałów protokołu i raportu międzynarodowego. Kwestionariusz jest tłumaczony na zasadzie tłumaczenia dwustronnego, a tłumaczenie zwrotne jest akceptowane przez zespół anglojęzycznych ekspertów. W harmonogramie prac obowiązuje badanie pilotażowe nowych pytań i całego kwestionariusza.

W ramach nowego podejścia do badań HBSC, w obecnej ich rundzie znacznie zredukowano liczbę pytań i pakietów pytań obowiązkowych, rozszerzając pulę pakietów dodatkowych. Zwiększa to szansę, że pakiety dodatkowe będą wybierane i zacieśni się współpraca między krajami, które je wybrały.

Zmieniono też podejście do pytań obowiązkowych. Składają się one teraz z:

- zestawu podstawowego, z założenia utrzymywanego w kolejnych rundach badań i służącego do analiz tendencji zmian;
- dodatkowego modułu wiodącego dla danej rundy badań – w rundzie 2017/18 jest to wpływ mediów społecznościowych na zdrowie uczniów; wątek ten będzie przedmiotem odrębnego raportu.

W Polsce kwestionariusz używany w roku szkolnym 2017/18 był zróżnicowany dla poszczególnych grup wieku, znacznie krótszy w najmłodszej grupie. Młodzież 17-letnia wypełniała ten sam kwestionariusz co 15-latki.

Tabela 1. Zakres tematyczny pytań obowiązkowych

Obszar badawczy	Liczba pytań	Liczba zmiennych
Dane demograficzne	4	4
Zwyczaje żywieniowe	3	7
Obraz własnego ciała i BMI	3	3
Higiena jamy ustnej	1	1
Aktywność fizyczna	2	2
Zachowania ryzykowne	4*	8*
Zdrowie seksualne	4*	4*
Urazy i przemoc	6	6
Rodzina	3	14
Rówieśnicy	1	4
Komunikacja za pomocą mediów	3	16
Zdrowie	3	10
Szkoła	4	8
Nierówności społeczne	3	13
Razem	44(39)	100(94)

* tylko w dwóch najstarszych grupach wieku (15-17 lat)

Zestawienia pytań obowiązkowych zawiera tabela 1. W kwestionariuszu dla 11-latków i 13-latków przewidziano 39 pytań, zawierających 94 zmienne. Młodzież 15-letnia dodatkowo odpowiadała na pytania na temat zdrowia seksualnego i używania marihuany, czyli miała 44 pytania (100 zmiennych). Dla porównania, w 2014 r. było około 140 zmiennych w pytaniach obowiązkowych.

Zestawienia pytań dodatkowych ogólnie dostępnych w protokole międzynarodowym zawiera tabela 2. W Polsce zastosowano, w co najmniej jednej grupie wieku, 23 pakiety pytań (na 62 możliwych), w tym 20 w całości. Wybrane pakiety dotyczą 12 bloków tematycznych (na 19 możliwych) i zawierają 130 dodatkowe zmienne (na 487 możliwych do użycia). Ponadto, osiem pakietów dodatkowych zostało przetłumaczonych i przetestowanych w badaniu pilotażowym, ale zrezygnowano z ich użycia w badaniu głównym.

Pytania z polskiego kwestionariusza HBSC 2018, uwzględnione w tym raporcie zamieszczono w dokładnym brzmieniu w aneksie, wychodząc naprzeciw osobom i instytucjom, które wielokrotnie zwracały się z prośbą o udostępnienie tego narzędzia badawczego.

Tabela 2. Zakres tematyczny pakietów opcjonalnych uwzględnionych w Polsce na tle protokołu HBSC 2017/18*

Oryginalna nazwa	Zakres tematyczny	Źródło	Pilotaż 2017	Polska 2018	Liczba pytań	Pełen pakiet
1. Disability & chronic conditions	Choroby przewlekłe i niepełnosprawność	rozszerzony z 2013/14		11, 13, 15	14	nie (3)
2. Body Image	Obraz własnego	od 2009/10		13, 15	7	tak
3. Food frequency questionnaire	Częstość spożywania produktów	od 2001/02			13	
4. Food related lifestyle aspects	Styl życia związany z jedzeniem	od 2005/05			9	
5. Weight reduction behaviour	Odchudzanie się	od 2005/06 (M)		11, 13, 15	17	nie (1)
6. Fear of missing out (FOMO)	Lęk przed przegapieniem informacji	nowe 2017/18	X		10	
7. Internet gaming addiction	Uzależnienie od gier	nowe 2017/18	X		11	
8. Current family situation	Powody rozłąki rodziców	nowe 2017/18	X		2	
9. Family life & enjoyment of family activities	Wspólne aktywności w rodzinie	rozszerzony z 2001/02			9	
10. Parental monitoring	Monitoring rodzicielski	od 2001/02			12	
11. Quality of family communication	Jakość komunikacji w rodzinie	od 2013/14 (M)			4	
12. School related parental support	Wsparcie rodziców związane ze szkołą	od 2001/02		11, 13, 15	5	tak
13. Young carers	Obowiązki domowe	nowe 2017/18	X	13, 15	6	nie (2)
14. Gender norms	Normy związane z płcią	nowe 2017/18	X	13	5	tak
15. Health literacy	Kompetencje zdrowotne	nowe 2017/18	X	13, 15	10	tak
16. Leisure time activities (organised & unstructured)	Zajęcia w czasie wolnym	nowe 2017/18	X	11, 13, 15	15	tak

Oryginalna nazwa	Zakres tematyczny	Źródło	Pilotaż 2017	Polska 2018	Liczba pytań	Pełen pakiet
17. Attitudes towards immigrants' rights	Postawy wobec praw imigrantów	nowe 2017/18	X		5	
18. Feelings toward immigrants	Odczucia wobec imigrantów	nowe 2017/18	X		1	
19. Perception of unequal treatment	Postrzeganie nierównego traktowania	nowe 2017/18	X		9	
20. Neighbourhood social features	Zamożność okolicy zamieszkania	modyfikowane od 2001/02		11, 13, 15	4	tak
21. Neighbourhood structural features	Kapitał społeczny okolicy	od 2005/06		13, 15	8	tak
22. Social competencies: trust & empathy	Společne kompetencje: Empatia i zaufanie	nowe 2017/18		13, 15	5	tak
23. Active travel to school	Transport do i ze szkoły	modyfikowany od 1985/06		11, 13, 15	13	tak
24. Environmental factors	Cechy środowiska sprzyjające aktywności fiz.	od 2013/14			7	
25. Motivations	Motywy podejmowania aktywności fiz.	modyfikowany od 1985/86			13	
26. Screen time related sitting	Zajęcia sedentarne przed ekranem	od 2005/06 (M)		11, 13, 15	6	tak
27. Wearables	Mobilne urządzenia	nowe 2017/18		11, 13, 15	2	tak
28. Cohen Perceived Stress Scale	Skala stresu Cohena	nowe 2017/18		13, 15	4	tak
29. Medicine use	Używanie leków bez recepty	od 1985/86			6	
30. Positive mental health through active engagement	Aktywne zaangażowanie	nowe 2017/18	X	13, 15	11	tak
31. Positive mental health through sense of unity	Poczucie jedności	nowe 2017/18	X		8	
32. Positive mental health through social self-efficacy	Własna skuteczność społeczna	nowe 2017/18	X	13, 15	8	tak
33. Positive Youth Development	Skala Pozytywnego Rozwoju	nowe 2017/18	X		34	
34. Short Depression Scale	Krótką Skala Depresji	nowe 2017/18	X	15	10	tak
35. Sleep	Czas snu	nowe 2017/18	X	11, 13, 15	4	tak
36. Sleep Quality	Jakość snu	nowe 2017/18			10	
37. Strengths & Difficulties Q'nnaire	Kwestionariusz Mocnych Stron i Trudności	rozszerzony z 2005/06			27	
38. WHO (Five) Well-Being Index	Indeks dobrostanu	nowe 2017/18	X	11, 13, 15	5	tak
39. Puberty	Dojrzewanie płciowe	od 1985/86 (M)			1	
40. Parental education	Wykształcenie rodziców	nowe 2017/18			2	
41. Perceived family wealth	Subiektywna ocena zamożności rodziny	od 1985/86			1	
42. Participation/theory of organised participation	Zaangażowanie w zajęcia szkolne	modyfikowane na bazie różnych rund			6	

Oryginalna nazwa	Zakres tematyczny	Źródło	Pilotaż 2017	Polska 2018	Liczba pytań	Pełen pakiet
43. School related competence /autonomy	Kompetencje szkolne i autonomia uczniów	od 2005/06			8	
44. School related reward	System nagradzania za wysiłki w szkole	od 2009/10			6	
45. Adolescent gambling	Hazard	nowe 2017/18 (SOGC-RA)			15	
46. Beverage specific frequency of alcohol use	Picie napojów alkoholowych	od 1985/86 (M)			6	
47. Drinking motives	Motywy picia alkoholu	od 2009/10			12	
48. Frequency of substance use in last 12 months	Używanie substancji psychoaktywnych w ostat. 12 mies.	od 2009/10			4	
49. Illicit drug use in lifetime	Substancje nielegalne	od 2001/02			10	
50. Number of cigarettes smoked in last 30 days	Liczba wypalanych papierosów w ostatnich 30 dniach	od 2005/06			1	
51. Peer substance use	Stosowanie subst. psychoaktywnych przez rówieśników	od 2001/02			4	
52. Smoking at the moment	Obecne palenie tytoniu	od 1985/86 (M)		13, 15	1	tak
53. Use of electronic cigarettes	Palenie papierosów elektronicznych	nowe 2017/18	X	13, 15	2	tak
54. Use of waterpipe	Palenie fajki wodnej	nowe 2017/18			1	
55. First sexual intercourse	Pierwszy stosunek płciowy	nowe 2017/18			7	
56. Romantic relationships	Doświadczenie stanu zakochania się	nowe 2017/18			2	
57. Spiritual health measure	Zdrowie duchowe	nowe 2017/18 -pilotaż 13/14	X	13, 15	10	tak
58. Child abuse & maltreatment	Doświadczenie przemocy w rodzinie	nowe 2017/18			14	
59. Serious injury (past 12 months)	Poważne urazy	od 1997/98 (M)			4	
60. Specific forms of bullying perpetration & victimisation	Formy zastraszania w szkole przez rówieśników	od 2001/02			14	
61. Suicidal ideation & behavior	Myśli i próby samobójcze	nowe 2017/18			5	
62. Violence (fight& weapon carrying)	Noszenie broni i bójki	od 2001/02			2	

* Poprzez zacieniowanie wyróżniono 19 bloków tematycznych; M w kolumnie na temat źródła pytań oznacza, że był to wcześniej pakiet obowiązkowy; wyboldowano pakiety zastosowane w Polsce z podaniem w ostatnich kolumnach grup wieku i kompletności wziętego pakietu (w nawiasie liczba wziętych pytań).

Dobór próby

Każdy kraj realizujący w danej rundzie badania HBSC jest zobowiązany do przedłożenia do akceptacji schematu doboru próby, a na etapie wysyłania danych też dokumentacji, pozwalającej oszacować wskaźnik jej realizacji (*response rate*) i wszelkie odstępstwa od protokołu.

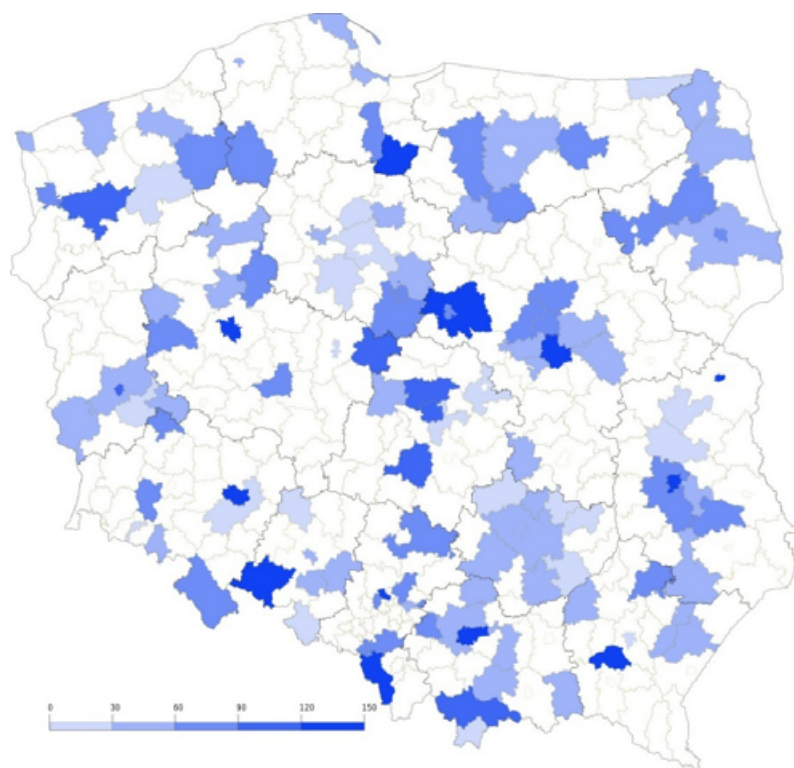
Zgodnie z międzynarodowym protokołem, badani są uczniowie w trzech grupach wieku 11, 13 i 15 lat, rekomendowana liczebność po 1550 osób w każdej grupie⁷. Podstawową kategorią jest grupa wieku, a nie rocznik szkolny. Kraje różnią się pod względem systemu edukacji i wieku rozpoczynania nauki, tak więc trudno jest takie roczniki porównywać. Dopuszczalne jest losowanie klas z rocznika typowego lub ze wszystkich roczników, gdzie uczniowie w danym wieku są reprezentowani. W ostatniej rundzie badań HBSC wzięto w Polsce pod uwagę V i VII klasę szkoły podstawowej oraz III klasę gimnazjum. Dodatkowo, poza protokołem międzynarodowym, zaplanowano zbadanie uczniów klas II szkół ponadpodstawowych (tylko licea i technika), którzy stanowią grupę 17-latków.

W obecnej rundzie badań HBSC trudno było zapewnić warunek całkowitej reprezentatywności próby, aby każdy uczeń z powyższych grup wieku mógł do niej trafić. Utrudnienia wynikały z reformy w systemie edukacji w roku szkolnym 2017/18, obejmującej dwa starsze roczniki HBSC. Brak było operatu losowania (wykazu szkół) w momencie startowym. Młodzież w wieku 13 i 15 lat, która cztery lata temu uczyła się tylko w gimnazjach, w roku szkolnym 2017/18 była rozproszona w różnych typach szkół. W związku z tym, zdecydowano się położyć nacisk na zróżnicowanie geograficzne próby (losując powiaty i miejscowości), zapewniając też odpowiednią reprezentację rejonów o różnym stopniu rozwoju i urbanizacji.

Wylosowano 135 powiatów (110 i 25 zapasowych), biorąc pod uwagę ich strukturę wg lokalnego indeksu deprivacji (22+5 z każdego kwintyla indeksu deprivacji). Skorzystano z wyników badań na temat społecznych nierówności w zdrowiu finansowanych w ramach funduszy norweskich, w tym z materiałów udostępnionych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH (BAZA WIEDZY W ZAKRESIE NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU w Zakładzie Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności⁸). Przyjęto założenie, że w tych samych powiatach będzie badana próba do badań HBSC (11-15 lat) oraz uczniowie 17-letni. Badania przeprowadzono w 118 powiatach, które zaznaczone są na rycinie 2, wraz z liczbą zbadanych uczniów (łącznie w czterech grupach wieku 11-18 lat).

⁷ Określając optymalną wielkość próby, wzięto pod uwagę złożony schemat losowania.

⁸ <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu>



Ryc. 2. Powiaty wylosowane do badań HBSC 2018

Tradycją polskich badań HBSC jest stopniowa modyfikacja próby, to znaczy prowadzenie badań w 40-50% szkół, uczestniczących w poprzedzającej rundzie oraz rekrutowanie nowych. Aby trzymać się tej zasady, zidentyfikowano wspólne powiaty dla badań z lat 2014 i 2018, szukając w tych samych miejscowościach szkół funkcjonujących po reformie edukacyjnej. W „nowych” powiatach losowano nowe szkoły podstawowe, gimnazja i szkoły ponadpodstawowe wg dostępnego wykazu MEN z roku szkolnego 2016/17, a od stycznia 2018 wg wykazu aktualnego. Powiaty z list głównej i zapasowej były stopniowo włączane do badań między październikiem 2017 r. a majem 2018 r. W stopniowo włączanych powiatach w kolejności losowej włączano szkoły z różnej wielkości miejscowości według klucza randomizacyjnego. Uzyskana w 2018 roku próba ma charakter przejściowy, to znaczy że trudno będzie ją wykorzystać w 2022 roku, kiedy uczniowie w wieku 15 lat będą jedynie w szkołach ponadpodstawowych. Tym większe znaczenie ma docieranie do tych samych miejscowości.

Liczbę szkół, klas i uczniów w próbie wylosowanej i zrealizowanej podano w tabeli 3. Rejestrowano liczebność klas, liczbę uczniów nieobecnych i odmów udziału w badaniu (brak zgody rodzica lub ucznia) oraz liczbę nieprawidłowo lub niewiarygodnie wypełnionych kwestionariuszy. Według wytycznych Międzynarodowego

Banku Danych w Bergen, obliczany jest wskaźnik realizacji próby na poziomie szkoły, klasy i ucznia. Dla grupy wieku 11-15 lat wynosi on odpowiednio: 94,2%; 94,5% oraz 84,9%.

W zrealizowanej próbie 194 szkół było 141 szkół podstawowych, 21 wygaszanych gimnazjów, 28 szkół w zespołach szkolnych oraz 4 szkoły ponadpodstawowe (z klasami gimnazjalnymi). Do próby trafiło 12 szkół niepublicznych.

Tabela 3. Szkoły, klasy i uczniowie badani w roku szkolnym 2017/18* wg metodologii HBSC

	Podstawowa próba trzech roczników HBSC	Dodatkowe badanie 17-latków	Razem
Szkoły wylosowane	206	62	268
Szkoły zbadane	194	55	249
Klasy wylosowane	400	100	500
Klasy zbadane	378	84	462
Uczniowie w klasach wylosowanych	7150	2350	9500
Uczniowie w klasach zbadanych	6757	1996	8753
Udokumentowana odmowa lub nieobecność	371	168	539
Kwestionariusze puste lub niewiarygodne	319	82	401
Kwestionariusze wiarygodne	6067	1746	7813
Rekordy odrzucone ze względu na definicję roczników wieku	842	46	888
Rekordy zaakceptowane do Międzynarodowego Banku Danych lub bazy polskiej	5225	1700	6925

* 17 klas z dodatkowego rocznika 17-latków zbadano w październiku i listopadzie 2018 roku.

Rozkład wojewódzki pełnej próby (11-18 lat) i próby 5225 uczniów uwzględnionych w tym raporcie przedstawiono w tabeli 4. Zgodnie ze strukturą ludności Polski, najbardziej liczne są próby z województwa mazowieckiego, śląskiego, wielkopolskiego i małopolskiego. W większości województw są to liczebności zbyt małe, aby analizować dane regionalne. Ewentualne porównania wojewódzkie powinny być prowadzone też na danych standaryzowanych ze względu na wiek⁹. Średni wiek badanych wahał się od 13,03±1,36 w warmińsko-mazurskim, do 14,12±1,66 lat w opolskim.

⁹ W tabeli 4 podano liczebność populacji 10-19 lat w każdym województwie, którą wykorzystano przy standaryzacji.

Tabela 4. Liczba zbadanych uczniów w wieku 11-18 lat wg województw (N=7767)

Województwo	Liczba	%	Populacja 10-19*	Województwo	Liczba	%	Populacja 10-19*
Dolnośląskie	524	6,7	261325	Podkarpackie	374	4,8	222085
Kujawsko-pomorskie	346	4,5	209325	Podlaskie	313	4,0	115547
Lubelskie	526	6,8	213450	Pomorskie	561	7,2	240857
Lubuskie	268	3,5	100430	Śląskie	769	9,9	409430
Łódzkie	395	5,1	227455	Świętokrzyskie	277	3,6	118357
Małopolskie	604	7,8	346894	Warmińsko-mazurskie	339	4,4	148026
Mazowieckie	1085	14,0	525988	Wielkopolskie	691	8,9	356725
Opolskie	294	3,8	88070	Zachodniopomorskie	401	5,2	163822

* stan na 30 czerwca 2018 r.

Charakterystyka próby

Przedmiotem analizy jest 5225 rekordów z polskiej bazy HBSC 2018 zaakceptowanych w Międzynarodowym Banku Danych w Bergen. Są to przypadki, które wejdą do bazy międzynarodowej. Tak więc dane opisane w tym raporcie będą zgodne z zestawieniami międzynarodowymi. Strukturę próby polskiej według płci i wieku przedstawiono w tabeli 5, podając też średni wiek w każdym roczniku. Podziału na grupy wieku dokonano w Międzynarodowym Banku Danych. Wykazuje on dużą zgodność z rocznikami szkolnymi. W procedurze czyszczenia danych i ujednolicania struktury wieku próby międzynarodowej, przyjęto założenia, że 90% danego rocznika powinni stanowić uczniowie między odpowiednio 11 i 12; 13 i 14 oraz 15 i 16 rokiem życia¹⁰. Oznacza to zaakceptowanie wszystkich rekordów z tych przedziałów wieku. Spośród pozostałych przypadków losowano po 5% osób o pół roku młodszych i o pół roku starszych względem powyższych przedziałów, a pozostałe przypadki usuwano z bazy. Ta rygorystyczna procedura była przyczyną zaakceptowania do polskiej bazy tylko 5225 przypadków spośród 6067 nadesłanych. Liczebność poszczególnych roczników przedstawiono w tabeli 5. Grupy wieku nazywane są dalej umownie 11, 13, 15 i 17-latkami. Struktura próby w grupach jest zrównoważona pod względem płci ($p=0,141$).

Przy porównaniach z wynikami badań HBSC 2014 wzięto pod uwagę próbę 4545 uczniów ankietowanych cztery lata temu. Rozkład prób HBSC z 2014 i 2018 roku nie różnił się pod względem płci ($p=0,564$) i wieku ($p=0,404$).

¹⁰ Na przykład, jeśli w nadesłanej bazie jest 1500 uczniów dokładnie w wieku 15-16 lat, to można wylusować spośród innych nadesłanych przypadków po 75 uczniów w wieku 14,5-15,0 lat oraz 16,0-16,5 lat.

Tabela 5. Charakterystyka próby przedstawionej w raporcie według płci i wieku

Rocznik*	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta	Zakres wieku	Wiek (średnia ± SD)	Odsetek w typowym roczniku
11 lat	1705	872	833	10,5-12,5	11,56 ± 0,33	100,0%
13 lat	1723	839	884	12,5-14,5	13,56 ± 0,33	99,2%
15 lat	1778	852	926	14,5-16,5	15,55 ± 0,33	98,3%
Ogółem	5225	2571	2654	16,5-18,5	13,59 ± 1,66	

* Brak danych o wieku z powodu niepodania miesiąca urodzenia w 19 przypadkach; 8 chłopców i 11 dziewcząt

Zbierając dane metryczkowe, pytano też o miejsce zamieszkania, dając do wyboru cztery kategorie miejscowości. Informacje te mają charakter szacunkowy, nie zawsze były zgodne z lokalizacją szkoły. Osoby z tej samej klasy lub szkoły często deklarowały inne miejsce zamieszkania. W badanej próbie było 40,3% mieszkańców rejonów wiejskich oraz 59,7% mieszkańców miast. Odsetek respondentów z dużych miast (powyżej 100 000 mieszkańców), średniej wielkości miasta i mniejszych miast (poniżej 50 000 mieszkańców) wyniósł odpowiednio 23,1%; 12,5% oraz 24,1%. Może to świadczyć o zaniżonym udziale dużych miast. Reprezentacja rejonów wiejskich jest bardziej zbliżona do danych ogólnopolskich niż w badaniach z 2014 roku. Udział poszczególnych kategorii wielkości miejscowości zmienia się też w grupach wieku, odsetek mieszkańców dużych miast jest większy w starszych rocznikach.

Tabela 6. Liczba zbadanych uczniów w wieku 11-15 lat wg województw (N=5225)

Województwo	Liczba	%	Województwo	Liczba	%
Dolnośląskie	347	6,6	Podkarpackie	256	4,9
Kujawsko-pomorskie	245	4,7	Podlaskie	217	4,2
Lubelskie	296	5,7	Pomorskie	351	6,7
Lubuskie	187	3,6	Śląskie	553	10,6
Łódzkie	283	5,4	Świętokrzyskie	186	3,6
Małopolskie	391	7,5	Warmińsko-mazurskie	248	4,7
Mazowieckie	755	14,4	Wielkopolskie	454	8,7
Opolskie	187	3,6	Zachodniopomorskie	269	5,1

W analizowanej w tym raporcie próbie 5225 uczniów w wieku 11-15 lat, liczebność prób wojewódzkich wahała się od 186 w świętokrzyskim do 755 przypadków w województwie mazowieckim (tab. 6).

Dodatkową ważną charakterystyką uczniów jest częstość występowania chorób przewlekłych. W 2018 roku 14,9% ankietowanych deklaroowało występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych zdiagnozowanych przez lekarza. Jest to mniejszy odsetek niż cztery lata temu (18,2%), co może rzutować na porównywalność wyników dotyczących zdrowia uzyskanych z tych dwóch rund badań HBSC.

Nowym elementem w pakiecie pytań obowiązkowych, począwszy od rundy badań 2013/14, jest analiza kraju urodzenia (ucznia i jego rodziców). Można w ten sposób analizować problemy zdrowotne i społeczne dzieci z rodzin imigrantów mieszkających w Polsce, jak również dzieci o polskich korzeniach żyjących na emigracji w innych krajach, bądź tych, które wróciły z czasowej emigracji. Blok pytań na temat kraju urodzenia jest włączony do pytań opisujących rodzinę. W 2014 pytanie to zostało wykluczone z polskiego kwestionariusza, za zgodą międzynarodowego ośrodka koordynującego. Uznano, że spodziewana liczba przypadków jest niewielka, a jednocześnie trudno jest też zapewnić anonimowość dzieciom imigrantów na poziomie szkoły lub klasy. W badaniach 2017/18 zdecydowano się włączyć to pytanie, zgodnie z protokołem. Kraj urodzenia był kodowany za pomocą międzynarodowej klasyfikacji ISO (kod 2-literowy). W analizowanej w raporcie próbie 5225 uczniów, poza Polską urodziło się 86 respondentów, 40 matek oraz 60 ojców¹¹. Najczęściej podawano Ukrainę jako inny niż Polska kraj urodzenia (odpowiednio 21, 20 i 20 przypadków). Wśród dzieci wyróżniała się też liczba przypadków urodzenia w Niemczech (11), Stanach Zjednoczonych (10) i Anglii (8). Należy też podkreślić, że na 86 osób urodzonych poza Polską 52 miało oboje rodziców urodzonych w Polsce, w tym np. wszystkie dzieci urodzone w Stanach Zjednoczonych.

Organizacja badań

Anonimowe badania ankietowe przeprowadzone zostały w roku szkolnym 2017/18 metodą audytoryjną na terenie szkół, przy zastosowaniu tradycyjnej ankiety papierowej. Badanie przeprowadzono między październikiem 2017 r. a majem 2018 roku. Umownie jednak, wzorem poprzednich lat, używamy określenia „Badania HBSC 2018”.

Przystępując do badań terenowych, uzyskano zgodę dyrektorów wylosowanych szkół oraz zawiadomiono o ankietyzacji wojewódzkie kuratoria oświaty. Za przeprowadzenie badań odpowiedzialni byli przeszkoleni ankieterzy, którzy często już poprzednio współpracowali z Instytutem Matki i Dziecka i Wydziałem Pedagogicznym UW. Osobami koordynującymi badania terenowe byli, jak w poprzednich rundach badań HBSC, pracownicy innych instytucji naukowych i uczelni¹², pracownicy wy-

¹¹ W pełnej zebranej próbie 7767 uczniów w wieku 11-18 lat, poza Polską urodziło się odpowiednio 130 respondentów, 88 ojców oraz 62 matek.

¹² Należy tu wspomnieć szczególnie Uniwersytet Zielonogórski, Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Akademię Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Akademię Wychowania Fizycznego w Białej Podlaskiej, Uniwersytet Białostocki, Wyższą Szkołę Bankową we Wrocławiu oraz pomoc uzyskaną ze strony wojewódzkich kuratoriów oświaty i wojewódzkich koordynatorów w sieci szkół promujących zdrowie.

działów zdrowia instytucji samorządowych, pedagodzy szkolni, pielęgniarki szkolne, pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych. W przypadku niemożności powołania regionalnego koordynatora w wylosowanym powiecie, zwracano się bezpośrednio do szkoły (poprzez dyrekcję, do pedagoga szkolnego). Liczba ankiet uzyskanych bezpośrednio ze szkół wynosiła 18% w badaniu zasadniczym HBSC i 43% w badaniu dodatkowym 17-latków. Nowością względem poprzednich rund badań HBSC było zaangażowanie w ich organizację większej liczby studentów, w tym osób, które w ten sposób uzyskały dane do prac dyplomowych¹³. Kwestionariusz ankiety, tryb uzyskiwania zgody rodzica i dziecka oraz schemat organizacji badań uzyskały akceptację Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Matki i Dziecka (numer opinii 17/2017 z dnia 30 marca 2017r.). Uczniowie mieli prawo odmówić uczestniczenia w badaniu lub nie odpowiadać na pytania, które wydawały się im zbyt drażliwe.

Koncepcja raportu

Obecnie, w ramach zmiany w modelu funkcjonowania sieci badawczej HBSC zmieniono także podejście do zasad publikacji wyników. Równocześnie z wydaniem tradycyjnych raportów udostępnia się wyniki na stronach internetowych, w interaktywnej formie graficznej (wizualizacja danych).

Zamiast jednego raportu międzynarodowego planowany jest:

- wstępny raport podsumowujący (*summary report*);
- raport techniczny i aneksy z zestawami tabel (*technical report*);
- raporty tematyczne (*thematic reports*);
- publikacje w prasie fachowej.

W polskich badaniach HBSC uwzględniano w ubiegłych rundach różne pokrewne rozwiązania, w tym: ograniczenie się do prostego raportu technicznego (2002 i 2006 r.), cykl publikacji (2010 r), raport tematyczny zawierający podstawowe dane (2014 r.). Koncepcja obecnie publikowanego raportu stanowi też rozwiązanie pośrednie, łącząc cechy raportu technicznego i podsumowującego. Raport zawiera też ważne informacje z protokołu, niedostępnego w języku polskim. Głównym założeniem było: szybkie udostępnienie wyników szerokiemu gronu odbiorców, przedstawienie źródła i podstaw teoretycznych poszczególnych pytań, zwięzła interpretacja wyników i zmian krótko okresowych (2014-2018). Tego typu raport nie daje podstaw do wnioskowania o przyczynach obserwowanych zjawisk i przyczynach ich zmian. Pozwala jednak wstępnie wytyczyć kierunki dalszych badań.

W raporcie ograniczono się do pytań obowiązkowych oraz wybranych pytań, które były obowiązkowe w 2014 roku. Definiując wskaźniki pochodne, wzięto pod uwagę założenia do raportu międzynarodowego 2013/14, inne zewnętrzne kryteria dla nowych pytań lub umowne założenia własne.

¹³ Między innymi studenci Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego, Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.

Bieżący raport, poza rozdziałem metodologicznym, składa się z dziewiętnastu 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 wg płci i wieku, z podaniem liczebności i odsetków;
- analizę tendencji zmian w latach 2014-2018 na wskaźnikach ogólnych;
- istotność różnic zależnych od płci i wieku na danych ogólnych z 2018 r.

Każdy rozdział kończy się wnioskami, a cały raport zamyka rozdział podsumowujący uzyskane wyniki, opisujący też wkład polskiego zespołu do rozwoju sieci HBSC oraz przykłady wykorzystania narzędzi i danych HBSC w ostatnich latach. Zespół polski planuje też kolejne raporty tematyczne, wykorzystujące całą zebraną próbę (6067 rekordów wysłanych do Bergen i 1700 rekordów dotyczących 17-latków). Planowane są następujące raporty:

- na temat wpływu komunikacji przez media na zdrowie nastolatków (pytanie pominięte w tym opracowaniu);
- na temat aktywności fizycznej uczniów w wieku 11-18 lat (projekt na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki);
- pogłębiona analiza zachowań zdrowotnych nastolatków (tło do wyników projektu realizowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia).

Piśmiennictwo¹⁴

Inchley J et al. eds. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7).

Inchley J, Currie D, Cosma A & Samdal O, eds. (2018). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey. St Andrews: CAHRU. <https://drive.google.com/file/d/14DeEWMwnI-TbwTeYdoNKviRsJz7bluU/view>.

Mazur J. (red.) (2015). Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Instytut Matki i Dziecka Warszawa.

¹⁴ Trzy kluczowe pozycje piśmiennictwa, które nie będą powtarzane w kolejnych rozdziałach.

ROZDZIAŁ I. SPOŁECZNY KONTEKST ZDROWIA

Joanna MAZUR

Struktura rodziny i jej status ekonomiczno-społeczny

Wstęp

Środowisko rodzinne istotnie wpływa na samopoczucie dzieci i młodzieży oraz kształtowanie się zachowań zdrowotnych. Może mieć na to wpływ wiele czynników, w tym warunki życia, wsparcie udzielane przez rodzinę, a także wzorce zachowań wyniesione z domu. Z analiz wyników wcześniejszych rund badań HBSC wynika, że polska rodzina wypada korzystnie w zestawieniach międzynarodowych, ponieważ większy, niż w wielu innych krajach odsetek dzieci mieszka z obojgiem biologicznych rodziców, a ponadto obserwuje się łatwość komunikacji z rodzicami (Mazur i Mierzejewska 2004). Niemniej jednak w Polsce, i w innych krajach, obserwowane są niekorzystne tendencje zmian (Child Trends Databank 2015). Zauważa się odchodzenie od tradycyjnego modelu rodziny, a w konsekwencji malejący odsetek nastolatków wychowuje się w rodzinach pełnych (Tabak i in. 2012). Ponadto, w świetle wyników poprzednich rund badań HBSC, rodziny polskich uczniów są mniej zamożne. Potwierdzono, że wiele problemów zdrowotnych nasila się w rodzinach ubogich, co dotyczy m.in. gorszej samooceny zdrowia (Torsheim i in. 2004), podejmowania zachowań ryzykownych (Richter i in. 2006) i unikania zachowań prozdrowotnych (Borraccino i in. 2009).

Poprzedni raport z badań HBSC 2014 stanowił przegląd zależności między różnymi wskaźnikami powiązanych ze zdrowiem a zamożnością rodziny i jej strukturą¹. Wykazano, że młodzież wychowująca się w rodzinach niepełnych lub zrekonstruowanych jest bardziej zagrożona używaniem substancji psychoaktywnych, przedwczesną inicjacją seksualną i przemocą. Z kolei poziom zamożności rodziny silnie korelował ze wskaźnikami pozytywnymi. Młodzież z rodzin zamożnych lepiej ocenia swoje zdrowie, zadowolenie z życia i relacje z otoczeniem.

W wydanym w 2016 roku raporcie na temat społecznych nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży przedstawiono łączny wpływ struktury rodziny i zamożności na 12 wskaźników związanych ze zdrowiem, korygując analizy na inne zmienne demograficzne i socjo-ekonomiczne. Wychowywanie się bez obojga biologicznych rodziców pozostawało istotnym predyktorem urazów oraz nieregularnego jedzenia śniadań. Zamożność rodziny pozostawała istotnym predyktorem sześcioletniego dwunastu wskaźników (Wojtyniak i Mazur (red.) 2016).

¹ Dodatkowo analizowano miejsce zamieszkania.

W poniższym rozdziale skoncentrowano się na pytaniach obowiązkowych z protokołu HBSC, odnoszących się do szeroko pojętego statusu ekonomiczno-społecznego rodzin. Za opracowanie pytań dotyczących struktury rodziny odpowiedzialna jest w sieci badawczej HBSC grupa robocza FC FG (*Family Culture Focus Group*), za inne dalej omawiane pytania (praca rodziców oraz obiektywna i subiektywna ocena zamożności) grupa robocza *Social Inequalities Focus Group*. Nie wszystkie znane mierniki statusu ekonomiczno-społecznego dostosowane są do możliwości nieletniego respondenta. Dzieci nie są w stanie na przykład podać wiarygodnych danych na temat wykształcenia rodziców. W ramach badań HBSC opracowano i wdrożono szereg pytań „zastępczych” opisujących społeczny kontekst zdrowia, na które z powodzeniem może odpowiadać już 11-latek. Stopniowo rozszerzany jest zakres proponowanych aspektów oceny społecznych uwarunkowań zdrowia oraz powstają nowe grupy zajmujące się pokrewną tematyką. Obecnie przedmiotem badań jest nie tylko rodzina, ale także kompetencje społeczne młodych ludzi oraz postrzeganie przez nich otoczenia w miejscu zamieszkania. Pytania opcjonalne na temat kompetencji społecznych są rozwijane w obszarze analiz zdrowia. Wpływowi miejsca zamieszkania (w aspekcie cech strukturalnych i więzi społecznych) dedykowany jest odrębny pakiet opcjonalny (*neighbourhood*).

Pytania i wskaźniki

Pierwszy blok pytań obowiązkowych dotyczył **struktury rodziny**, określonej na podstawie wykazu osób, z którymi ankietowany nastolatek mieszka na stałe lub przebywa większość czasu. Mieszkanie bez jednego z rodziców lub opiekunów może wynikać z emigracji zarobkowej rodziców, nie świadczy o braku obecności tego rodzica w życiu dziecka, czy o rozwodzie lub separacji rodziców. W porównaniu z protokołem badań HBSC z 2014 roku, w ostatniej rundzie uproszczono to pytanie. Młodzież pytana była tylko o zamieszkiwanie z ojcem i matką (albo partnerem matki lub partnerką ojca) oraz o słowne wymienienie wszystkich pozostałych domowników². Przewidziano też możliwość mieszkania w domu dziecka lub rodzinie zastępczej. Na podstawie tych pytań wyłoniono następujące typy rodzin (gospodarstw domowych): z obojgiem biologicznych rodziców, rodzinę zrekonstruowaną (matka lub ojczym z jednym z biologicznych rodziców), rodzica samotnie wychowującego dziecko oraz inne sytuacje rodzinne (wychowywanie przez dziadków, krewnych, rodzeństwo, dom dziecka). Do braków danych zakwalifikowano nieliczne odpowiedzi niespójne (np. obecność matki, ojca i ojczyma), które mogło wynikać z istnienia tzw. drugiego domu, analizowanego we wcześniejszych rundach badań HBSC. Brak danych odnośnie struktury rodziny dotyczył 1,4% przypadków, a z rodzin zastępczych lub domu dziecka pochodziło 37 respondentów.

² Do 2014 roku zaznaczano obecność dziadka i babci oraz podawano liczbę braci i sióstr.

Drugi blok pytań dotyczył **zatrudnienia rodziców**, pośrednio pokazując pozycję rodziny w społeczeństwie. Zakłada się, że długotrwałe bezrobocie rodziców stanowi poważny czynnik zagrożenia prawidłowego rozwoju dziecka (Bacikova-Sleskova i in. 2015).

W kwestionariuszu badań HBSC 2018 zamieszczono po dwa pytania dotyczące pracy wykonywanej przez ojca i matkę. W pierwszym uczeń odpowiadał, czy ojciec i matka mają pracę, z kategoriami odpowiedzi: *tak, nie, nie wiem, nie mam lub nie widuję ojca/matki*. Drugie wypełniali uczniowie, którzy na pierwsze odpowiedzieli „nie”. Proszono o podanie powodu nie posiadania pracy, z następującymi możliwościami odpowiedzi: *chory/a, na emeryturze lub studiuje, szuka pracy, opiekuje się inną osobą lub zajmuje się domem, nie wiem*. W porównaniu z protokołem badań HBSC 2013/14, blok pytań na temat zatrudnienia rodziców został uproszczony, ponieważ zrezygnowano ze słownego opisu rodzaju wykonywanej pracy oraz podawania miejsca pracy. Uznano, że tego typu informacje zaburzają anonimowość, obniżają odsetek zgód rodziców, a ponadto generują znaczny odsetek braków odpowiedzi. Mimo prób wdrożenia standardów kodowania zawodów, trudno było w poprzednich rundach badań HBSC uzyskać porównywalne w przekroju międzynarodowym kategorie statusu społeczno-ekonomicznego rodzin bazujące na prestiżu zawodu i rodzaju wykonywanej pracy (Pfortner i in. 2015).

Jako **zobiektywizowany miernik zamożności** rodzin, sieć badawcza HBSC od lat posługuje się skalą zasobów materialnych rodziny FAS (*Family Affluence Scale*), która jest sukcesywnie modyfikowana. FAS jest głównym narzędziem umożliwiającym analizę społecznych nierówności w zdrowiu, wykorzystywanym w publikacjach krajowych (Kołoło i Woynarowska 2004; Mazur i in. 2009) i zagranicznych (Borraccino i in. 2009; Moor i in. 2014). Zwraca się też uwagę na korelację skali FAS ze wskaźnikami makroekonomicznymi (Hobza i in. 2017; Holstein i in. 2009). Skala zasobów materialnych FAS jest narzędziem rekomendowanym do analiz społecznych nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży, wykorzystywanym w kraju także w innych projektach własnych oraz poza Instytutem Matki i Dziecka (Kleszczewska i in. 2018; Wypych-Ślusarska i in. 2018).

W dwóch ostatnich rundach tych badań (2013/14 i 2017/18) funkcjonuje trzecia już wersja skali FAS. Składa się ona z sześciu pytań, dotyczących: posiadania własnego pokoju przez ucznia, liczby samochodów w rodzinie, liczby komputerów w rodzinie, wyjazdów z rodziną na wakacje lub ferie zagranicę oraz liczby łazienek w domu i wyposażenia w zmywarkę do naczyń. Wdrożenie nowej wersji skali FAS poprzedzały jakościowe i ilościowe badania walidacyjne, prowadzone też w Polsce (Hartley i in. 2016; Torsheim i in. 2016). Obecnie, skala FAS przyjmuje zakres od 0 do 13 punktów. Według rekomendacji międzynarodowych, rodziny dzieli się na: biedne (0-6 punktów); przeciętne (7-9) i zamożne (10-13 punktów). We wcześniejszych krajowych opracowaniach rodziny uboższe dzielone były dodatkowo na dwie grupy (0-4 i 5-6 punktów).

Z kolei, w opracowaniach międzynarodowych stosuje się dwa rodzaje kategoryzacji, według rozkładu bezwzględny i względny skali FAS. Według rozkładu

bezwzględnie przyjmuje się powyższe punkty odcięcia, a odsetek rodzin w każdej kategorii, w tym ubogich (0-6 punktów), znacząco różni się między krajami. Rozkład względny wiąże się z wyznaczeniem indywidualnie dla każdego kraju kwintyli (punktów odcięcia dzielących próbę na pięć równych części), a następnie z podzieleniem populacji w stosunku 20:60:20. Alternatywną metodą uzyskania miary względnej zamożności jest tzw. przekształcenie *ridit*³ pierwotnej skali FAS, coraz częściej stosowane przez naukowców z sieci HBSC, szczególnie w Kanadzie (Elgar i in. 2012). Oryginalna punktacja zostaje przekodowana w zależności od struktury zamożności populacji. Według danych polskich z 2018 roku bazujących na 5225 rekordach jest to następujące przekształcenie:

0	1	2	3	4	5	6
0,0002	0,0015	0,0064	0,0210	0,0537	0,1195	0,2326

7	8	9	10	11	12	13
0,3818	0,5422	0,6944	0,8199	0,9092	0,9651	0,9926

W świetle danych z 2018 roku skala FAS ma strukturę jednoczynnikową, a odsetek braków danych wyniósł 2,7%.

Dodatkowo przedstawiono **subiektywną ocenę pozycji społecznej** rodziny. Jest to ważne pytanie, wobec braku informacji na temat wykształcenia rodziców. W Polsce zrezygnowano z pytania zawartego w protokole, które obecnie jest opcjonalne. Jego wadą była koncentracja odpowiedzi w kategorii przeciętnej, a unikanie odpowiedzi skrajnych (w 2014 roku 0,8% rodzin bardzo biednych oraz 5,1% bardzo bogatych). Zastosowano w dwóch starszych grupach pytanie krajowe według skali wizualnej o zakresie 0-10 punktów⁴. Jest to znana z piśmiennictwa skala oceny subiektywnej według koncepcji McArthur, zaadaptowana do badań nad młodzieżą szkolną przez Goodman (Goodman i in. 2001) i wcześniej testowana w Polsce. Na pytanie to odpowiedziało 97,7% uczniów w wieku 13 i 15 lat. Umownie wyróżniono trzy grupy społeczne, podano średni indeks oraz porównano ocenę subiektywną z wcześniej opisanymi obiektywnymi wskaźnikami.

Ważniejsze wyniki

Prezentując wyniki dotyczące struktury i pozycji społecznej rodzin, zrezygnowano z pełnego rozkładu wartości według płci i wieku, na rzecz ogólnej charakterystyki

³ W programie SPSS łatwe do uzyskania komendą rangowania (RANK).

⁴ Forma graficzna podobna do drabiny Cantrila służącej do badania zadowolenia z życia, opisaną dalej w rozdziale na temat subiektywnej oceny zdrowia. Wyjaśniono, że rodziny będące na szczycie drabiny społecznej to takie, których członkowie są lepiej wykształceni, dobrze zarabiają i wykonują zawody cieszące się szczególnym szacunkiem.

badanej próby, poza wskaźnikiem subiektywnej oceny. Dokładniejszej analizie poddano zmiany w latach 2014-2018.

Analizując strukturę rodziny, wykazano, że (tab. 7):

- 77,8% ankietowanych w 2018 roku nastolatków mieszkało z obojgiem biologicznych rodziców, czyli o 1,4% mniej niż w 2014 roku;
- odsetek rodzin zrekonstruowanych obniżył się w latach 2014-2018 z 6,2% do 4,4%
- odsetek młodzieży mieszkającej tylko z jednym rodzicem zwiększył się z 14,4% do 16,2%.

Tabela 7. Struktura i kategorie rodzin ankietowanych uczniów

Struktura rodziny	N	%
Mieszka z:		
Mamą	4973	95,2
Tatą	4130	79,0
Macochą (partnerką Taty)	44	0,8
Ojczymem (partnerem Mamy)	226	4,3
Z innymi osobami	2992	57,3
W domu dziecka lub rodzinie zastępczej	37	0,7
Typ rodziny:		
Oboje biologicznych rodziców	4006	77,8
Rodzina rekonstruowana	227	4,4
Samotny rodzic	837	16,2
Inna sytuacja rodzinna	82	1,6

Tabela 8. Zatrudnienie rodziców

Zatrudnienie rodziców	Tata		Mama	
	N	%*	N	%*
Czy rodzic ma pracę				
• Tak	4733	91,2	4133	79,6
• Nie	166	3,2	963	18,6
• Nie wiem	70	1,3	52	1,0
• Nie mam lub nie widuję taty/mamy	218	4,2	42	0,8
Jeśli rodzic nie pracuje, to:				
• Choruje, na emeryturze, studiuje	71	44,1	53	5,7
• Szuka pracy	38	23,6	116	12,5
• Opiekuje się inną osobą lub zajmuje się domem	22	13,7	658	71,2
• Nie wiem, dlaczego nie pracuje	30	18,6	98	10,6

* odsetki powodów pozostawania bez pracy sumują się do 100%

Analizując zatrudnienie rodziców, wykazano, że (tab. 8):

- zdecydowana większość rodziców posiada pracę;
- w latach 2014-2018 odsetek pracujących ojców zwiększył się z 86,0% do 91,1%, podczas gdy wzrost odsetka pracujących matek był mniejszy (z 77,3% do 79,6%);
- coraz mniejszy odsetek niepracujących ojców szuka pracy (spadek z 31,7% do 23,6%), większy zajmuje się domem lub opiekuje innymi osobami;
- z kolei niepracujące matki, rzadziej szukają pracy (20,7% wobec 12,5%) oraz częściej zajmują się domem lub opieką nad innymi osobami (61,2% wobec 71,2%);
- w obu okresach badań zbliżony odsetek nastolatków nie wiedział, czy rodzice pracują lub nie znał przyczyn niepodejmowania przez nich pracy; ponadto odsetek braków danych okazał się większy w młodszych rocznikach.

Tabela 9. Zamożność rodziny według skali FAS w 2014 i 2018 roku

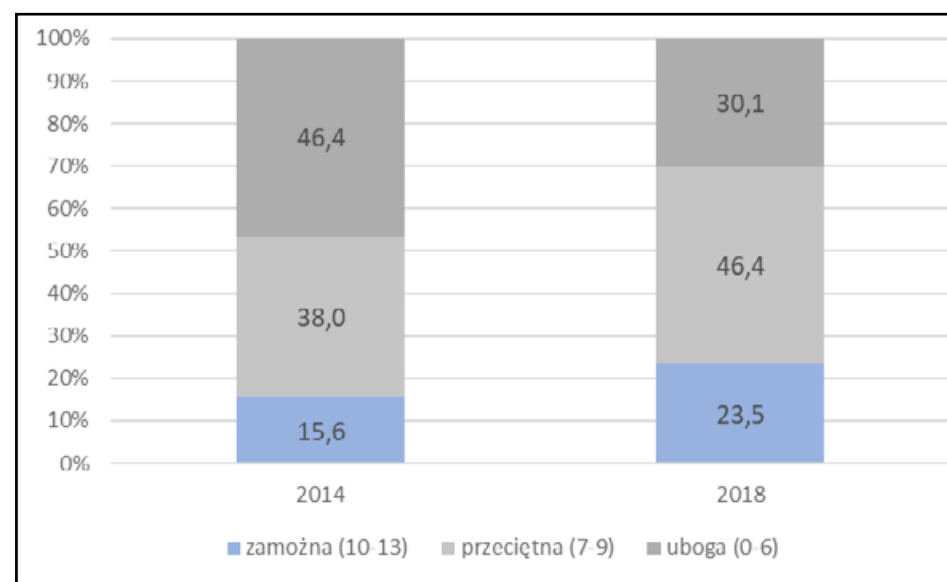
	2014		2018		Wsp. kontyngencji*
	N	%	N	%	
Posiadanie samochodu					
Nie	737	16,7	564	10,9	0,142
Jeden	2022	46,1	1895	38,3	
Dwa lub więcej	1631	37,2	2628	50,8	
Pokój do wyłącznego użytku					
Nie	1203	27,3	1217	23,5	0,044
Tak	3199	72,7	3959	76,5	
Liczba komputerów w rodzinie					
Żaden	98	2,2	43	0,8	0,192
Jeden	893	20,3	523	10,1	
Dwa	1356	30,9	1312	25,3	
Więcej niż dwa	2048	46,6	3316	63,8	
Liczba łazienek w domu					
Żadnej	93	2,1	22	0,4	0,096
Jedna	2720	61,7	2986	57,3	
Dwie	1305	29,6	1842	35,4	
Więcej niż dwie	289	6,6	358	6,9	
Posiadanie w domu zmywarki					
Nie	2114	48,0	1801	34,6	0,135
Tak	2292	52,0	3397	65,4	
Wyjazdy z rodziną poza Polskę w ostatnich 12 miesiącach					
Wcale	2233	50,7	2420	46,6	0,067
1 raz	1199	27,3	1354	26,1	
2 razy	539	12,3	711	13,7	
Więcej niż dwa razy	428	9,7	703	13,6	
Średnia skali FAS ± SD	6,88 ± 2,47		7,76 ± 2,31		0,169

* według testu chi-kwadrat różnice we wszystkich przypadkach istotne na poziomie $p < 0,001$; wsp. kontyngencji przy indeksie FAS dotyczy porównania trzech kategorii zamożności

Analiza odpowiedzi na pytania składowe skali zasobów materialnych FAS potwierdziła, że w latach 2014-2018 istotnie poprawił się poziom zamożności rodzin. Istotna poprawa dotyczy wszystkich składowych skali FAS ($p < 0,001$). Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę siłę związku, to największa poprawa zaszła w zakresie wyposażenia w komputery, samochody i zmywarkę. Prawie połowa ankietowanych uczniów nie wyjeżdżała z kraju z rodziną na wakacje lub ferie zimowe (tab. 9).

Średni indeks zamożności według skali FAS zwiększył się w latach 2014-2018 z 6,88 (SD=2,47) do 7,76 (SD=2,31), co stanowi istotną statystycznie poprawę – $p < 0,001$.

Poprawa zamożności rodzin wyrażała się też spadkiem odsetka rodzin ubogich, przy odpowiednim wzroście odsetka rodzin przeciętnie zamożnych i bogatych (ryc. 3). Należy również podkreślić, że w grupie rodzin ubogich znacząco zmniejszył się odsetek zakwalifikowanych do bardzo ubogich (0-4 punkty FAS). Był to spadek z 17,7% w 2014 roku do 7,5% w 2018 roku.



Ryc. 3. Zmiany zamożności rodzin w latach 2014-2018, wg trzech kategorii FAS

Analizując subiektywną ocenę pozycji społecznej rodziny, wykazano, że (tab. 10):

- w skali 0-10, młodzież oceniła swoje rodziny średnio na 7,27 punktów;
- 17,4% nastolatków uznało, że pozycja rodziny jest raczej niska;
- subiektywna ocena pozycji społecznej rodziny pogarsza się z wiekiem;
- dziewczęta oceniają pozycję społeczną swojej rodziny gorzej niż chłopcy;
- subiektywna ocena pozycji społecznej rodziny pogarsza się w przypadku braku zatrudnienia rodziców oraz braku wiedzy na temat tego zatrudnienia; na przykład odsetek oceny niskiej wzrasta do 38,8% w przypadku niepracującego ojca, do 29,1% w przypadku niepracującej matki i do 48,3% w przypadku niepracujących obojga rodziców;

- młodzież z rodzin pełnych ocenia lepiej pozycję społeczną swojej rodziny niż rówieśnicy z rodzin zrekonstruowanych i wychowywani przez samotnego rodzica (odpowiednio 15,4%; 20,6% i 24,8% ocen niskich w trzech powyższych kategoriach rodzin);
- subiektywna ocena pozycji rodziny koreluje z oceną zobiektywizowaną za pomocą skali zasobów materialnych FAS; (odpowiednio 28,8%; 16,1% oraz 6,5% ocen niskich w trzech kategoriach według rosnącej zamożności).

Tabela 10. Subiektywna ocena pozycji społecznej rodziny według płci i wieku

Grupa wieku			Pozycja społeczna rodziny			Średnia ± SD	
			niska	przeciętna	wysoka		
13 lat	Płeć	Chł.	N	103	427	271	7,58±1,79
			%	12,9%	53,3%	33,8%	
		Dz.	N	147	487	234	7,31±1,84
			%	16,9%	56,1%	27,0%	
	Ogółem		N	250	914	505	7,44±1,82
			%	15,0%	54,8%	30,3%	
15 lat	Płeć	Chł.	N	145	485	208	7,27±1,79
			%	17,3%	57,9%	24,8%	
		Dz.	N	201	530	183	6,97±1,81
			%	22,0%	58,0%	20,0%	
	Ogółem		N	346	1015	391	7,11±1,81
			%	19,7%	57,9%	22,3%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	248	912	479	7,42±1,79
			%	15,1%	55,6%	29,2%	
		Dz.	N	348	1017	417	7,13±1,83
			%	19,5%	57,1%	23,4%	
	Ogółem		N	596	1929	896	7,27±1,81
			%	17,4%	56,4%	26,2%	

Płeć: chi-kw.=33,26; df=2; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=20,85; df=2; p<0,001

Podsumowanie

Porównując próby młodzieży zbadanej w ramach badań HBSC w 2014 i 2018 roku, wykazano różnice w zakresie struktury i statusu ekonomiczno-społecznego rodzin ankietowanych nastolatków. Trudno jest ocenić, w jakim stopniu na pojawienie się różnic miało wpływ wylosowanie nowej próby. Trzeba mieć te różnice na względzie, interpretując zmiany innych wskaźników odnoszących się do zdrowia i stylu życia. W szczególności należy pamiętać o:

- poprawie zamożności rodzin;
- zmniejszającym się udziale rodzin pełnych;
- zmianach modelu funkcjonowania rodziny – w zakresie sprawowania obowiązków rodzinnych przez ojca i matkę.

Należy też pamiętać, że subiektywne i obiektywne mierniki pozycji statusu społeczno-ekonomicznego wykazują silną korelację, a odsetek młodzieży gorzej oceniającej pozycję społeczną rodziny gwałtownie wzrasta w przypadku bezrobocia obojga rodziców.

Piśmiennictwo

- Bacikova-Sleskova M, Benka J, Orosova O. (2015). Parental employment status and adolescents' health: the role of financial situation, parent-adolescent relationship and adolescents' resilience. *Psychology & Health*, 30(4):400–22.
- Borraccino A, Lemma P, Iannotti RJ, i in. (2009). Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Medicine & Science in Sports Exercise*, 41(4):749–56. Child Trends Databank. Family structure: Indicators on Children and Youth. Updated: December 2015. dostęp 20.11.2018 z https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2015/03/59_Family_Structure.pdf
- Elgar FJ, Xie A, Pfortner T.K, i in. (2012). Relative deprivation and risk factors for obesity in Canadian adolescents. *Social Science & Medicine*, 152:111–18.
- Goodman E, Adler NE, Kawachi I, i in. (2001). Adolescents' perceptions of social status: development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics*, 108(2):E31.
- Hartley JE, Levin K, Currie C. (2016). A new version of the HBSC Family Affluence Scale – FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indicators Research*, 9:233–45.
- Hobza V, Hamrik Z, Bucksch J, i in. (2017). The Family Affluence Scale as an Indicator for Socioeconomic Status: Validation on Regional Income Differences in the Czech Republic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12): 1540.
- Holstein BE, Currie C, Boyce W, i in. (2009). HBSC Social Inequalities Focus Group. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health*, Suppl 2:260–70.
- Kleszczewska D, Dzielska A, Salonna F, Mazur J. (2018). The Association Between Physical Activity and General Life Satisfaction in Lower Secondary School Students: The Role of Individual and Family Factors. *Community Mental Health Journal*, (8):1245–52.
- Kołoło H, Woynarowska B. (2004). Nieuzasadnione odchudzanie się przez dziewczęta a status ekonomiczno-społeczny ich rodzin. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 8(3):611–22.
- Mazur J, Małkowska-Szkutnik A, Oblacińska A, Kołoło H. (2009). Drabina Cantrila w badaniach stanu zdrowia i nierówności w zdrowiu uczniów w wieku 11-18 lat. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90(3):355–61.
- Mazur J., Mierzejewska E. (2004). Współczesne podejścia do oceny stanu zdrowia dzieci i młodzieży na poziomie populacji. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, VIII, 3 cz. I, 459–84.
- Moor I, Rathmann K, Stronks K, i in. (2014). Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(10):912–21.
- Pfortner TK, Moor I, Rathmann K, i in. (2015). 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*, 110(1):162–73.
- Richter M, Leppin A, Nic Gabhainn S. (2006). The relationship between parental socio-economic status and episodes of drunkenness among adolescents: findings from a cross-national survey. *BMC Public Health*, 6: 289.
- Tabak I, Mazur J, Granado-Alcon MC, i in. (2012). Examining Trends in Parent-Child Communication in Europe Over 12 Years. *Journal of Early Adolescence*, 32(1):26–54.
- Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, i in. (2016). FAS Development Study Group. Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale: a Latent Variable Approach. *Child Indicators Research*, 9:771–84.
- Torsheim T, Currie C, Boyce W, i in. (2004). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine*, 59(1): 1–12.
- Wojtyniak B, Mazur J (red.) (2016). Społeczne nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży w Polsce w świetle badań populacyjnych. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH.
- Wypych-Ślusarska A, Czech E, Kasznia-Kocot J, i in. (2018). Health inequalities among students of lower secondary schools in Bytom, Poland. *Annals Agricultural Environmental Medicine*, 25(1):4–8.

Rodzinne uwarunkowania komunikacji

Wstęp

Sposób, w jaki ludzie się komunikują, jest uwarunkowany kulturowo i kształtuje się głównie w rodzinie. Rodzina jest miejscem, w którym młodzi ludzie nabywają umiejętności komunikowania się, budują poczucie bezpieczeństwa, swój światopogląd, uczą się jak sobie radzić z trudnymi sytuacjami. Dobra komunikacja w rodzinie jest niezbędna do prawidłowego jej funkcjonowania. Komunikacja jest najpotężniejszym czynnikiem determinującym rodzaj relacji z innymi ludźmi i własny rozwój (Satir 2002).

Zadaniem rodziny jest przekazywanie dziecku rodzinnej mowy, zasad dobrego zachowania, obowiązujących w danym społeczeństwie norm i zwyczajów oraz przygotowanie do pełnienia określonych ról. Funkcją tą określa się jako funkcję socjalizującą (Ziemska 1979).

Pierwsze kontakty dziecko nawiązuje z matką a następnie z ojcem, rodzeństwem oraz z innymi członkami rodziny. Istnieje pogląd wyrażający się w twierdzeniu, że „postawy społeczne dorosłego człowieka są zdeterminowane przebiegiem socjalizacji w pierwszych latach życia. Rodzina kształtować ma zasadnicze postawy społeczne, które w późniejszym wieku nie ulegają poważniejszym zmianom” (Kowalski 1974).

Style komunikowania się, częstość rozmów, ich jakość i zakres tematyczny, poziom wzajemnego zaufania, biegłość językowa i poziom empatii to zasoby, które nabywa się w pierwszej kolejności w środowisku rodzinnym, co rzutuje na dalsze funkcjonowanie społeczne.

W tym rozdziale przedstawiono dane o tym, jak wygląda komunikacja w polskich rodzinach oraz próbę odpowiedzi na pytanie, czy polska młodzież rozmawia ze swoimi rodzicami o sprawach, które ją naprawdę niepokoją. Na wstępie jednak sprawdzono, czy polska młodzież widuje swoich rodziców lub opiekunów, czy mieszka z nimi i ma okazję rozmawiać. Porównania międzynarodowe pokazują, że w większości krajów w latach 90. zwiększał się odsetek młodzieży, której sprawia trudność lub dużą trudność rozmowa z rodzicami o sprawach, które ją naprawdę niepokoją, a później zaczęła następować stopniowa poprawa i różnice pomiędzy poszczególnymi krajami w tym zakresie zmniejszają się (Tabak i in. 2012). Najnowsze badania HBSC potwierdzają ten trend, który szczególnie dotyczy łatwości rozmów z ojcem, uwypuklając niekorzystne zmiany w Polsce (Brooks i in. 2015).

Pytania i wskaźniki

Za opracowanie pytań dotyczących rodziny odpowiedzialna jest grupa robocza FC FG (*Family Culture Focus Group*). Blok pytań dotyczących rodziny obejmował m.in. pytanie o dom, w którym młodzież mieszka lub spędza większość czasu, z kim zamieszkuje i jak się komunikuje. Pytanie dotyczące komunikowania się z członkami rodziny brzmiało: *Jak rozmawia ci się z niżej wymienionymi osobami o sprawach, które cię naprawdę niepokoją?* Możliwość odpowiedzi: *bardzo łatwo, łatwo, trudno, bardzo trudno, nie mam lub nie widuję tej osoby*. Wśród wymienionych znaleźli się: *mama, tata, ojczym, macocha*. Kategorie odpowiedzi uległy zmianie po 2010 roku, gdzie wśród wymienionych osób znaleźli się: *mama, tata, starszy brat (bracia) i starsza siostra (siostry)*.

Ważniejsze wyniki

Odsetki dzieci i młodzieży, które nie mają kontaktu lub nie widują swojego ojca, rosną z wiekiem od 5,5% w wieku 11 lat do 8,2% w wieku 17 lat. W stosunku do matki od 1,3% w wieku 11 lat do 1,6% w wieku 17 lat (tab.11).

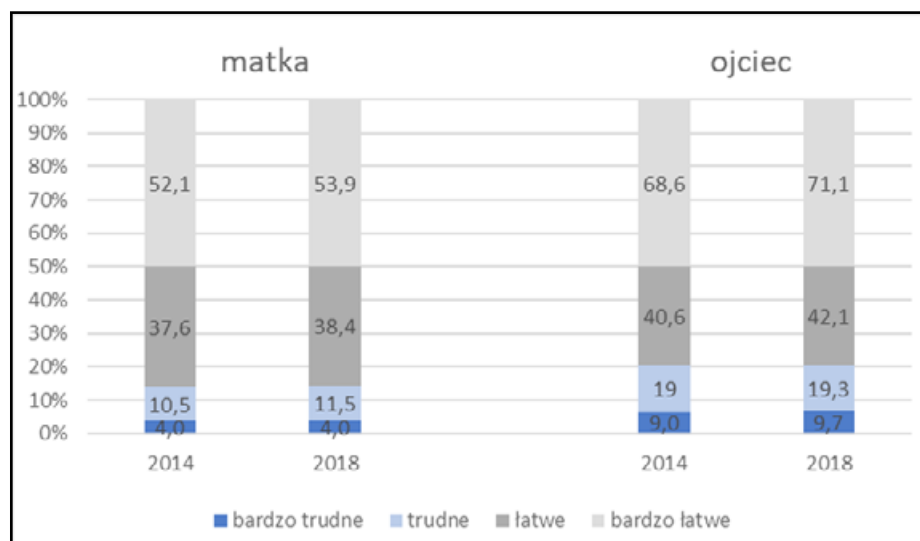
W Polsce zdecydowana większość młodzieży mieszka z matką (93,0%) i ojcem (88,1%), jednak 7,1% młodzieży nie ma lub nie widuje ojca a 1,8% nie mieszka lub nie widuje matki. Na 5225 ankietowanych 17 osób nie chciało odpowiadać na to pytanie.

Tabela 11. Młodzież, która nie ma lub nie widuje swoich rodziców lub opiekunów według płci i wieku

Grupa wieku			Nie mają kontaktu lub nie widują danej osoby				
			ojca	ojczyma	matki	macochy	
11 lat	Płeć	Chł.	N	48	615	11	648
			%	5,7%	86,7%	1,3%	91,3%
		Dz.	N	44	633	10	663
			%	5,4%	88,7%	1,2%	93,5%
	Ogółem		N	92	1248	21	1311
			%	5,6%	87,7%	1,3%	92,4%
13 lat	Płeć	Chł.	N	53	641	23	667
			%	6,4%	87,8%	2,8%	91,7%
		Dz.	N	74	713	19	757
			%	8,4%	88,2%	2,2%	94,0%
	Ogółem		N	127	1354	42	1424
			%	7,4%	88,0%	2,5%	93,0%

Grupa wieku			Nie mają kontaktu lub nie widują danej osoby				
			ojca	ojczyrna	matki	macochy	
15 lat	Płeć	Chł.	N	54	633	16	659
			%	6,5%	87,9%	1,9%	92,0%
		Dz.	N	90	728	12	771
			%	9,8%	89,0%	1,3%	94,8%
	Ogółem		N	144	1361	28	1430
			%	8,2%	88,5%	1,6%	93,5%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	155	1889	50	1974
			%	6,2%	87,5%	2,0%	91,7%
		Dz.	N	208	2074	41	2191
			%	8,0%	88,6%	1,6%	94,2%
	Ogółem		N	363	3963	91	4165
			%	7,1%	88,1%	1,8%	93,0%

Jak w związku z powyższym kształtuje się w polskich rodzinach aspekt komunikacji, który pozwala na budowanie poczucia bezpieczeństwa i jest odzwierciedleniem zaufania pomiędzy członkami rodziny? Według danych z badań HBSC 2018, w porównaniu z poprzednimi latami, można zaobserwować pogorszenie łatwości rozmów z matką, a także w mniejszym stopniu pogorszenie łatwości rozmów z ojcem. Pogorszenie jest względne, bo oznacza przesunięcie z kategorii bardzo łatwych rozmów do jedynie łatwych, a nie do trudnych (ryc. 4).



Ryc. 4. Zmiany łatwości rozmów z matką i ojcem w latach 2014-2018

Odpowiedzi respondentów wskazują na to, że tylko 71% młodych ludzi może łatwo lub bardzo łatwo rozmawiać o sprawach, które ich niepokoją ze swoimi ojca-mi. W stosunku do 2014 roku, odsetek ten zmniejszył się o 1%. Aż 29% badanych pomimo posiadania ojca i wspólnego z nim mieszkania twierdzi, że trudno lub bardzo trudno rozmawiać im z własnym ojcem. Trudność ta narasta z wiekiem: w wieku 11 lat tylko 5,4% zgłasza, że bardzo trudno rozmawia się im z ojcem, a w wieku 15 lat takich osób jest już 13,5% (tab. 12).

Rozmowy z matką stają się coraz trudniejsze wraz z wiekiem ankietowanych. Jak wynika z deklaracji, odsetek wskazujących na to, że trudno lub bardzo trudno im rozmawiać z matką o sprawach, które ich niepokoją wzrasta od 7,5% wśród 11-latków do 23,5% wśród 15-latków. Odpowiedzi na to pytanie odmówiło 18 osób (tab. 13).

Ogółem 84,5% badanej młodzieży wskazuje, że może łatwo i bardzo łatwo rozmawiać ze swoją matką o sprawach, które ich niepokoją (w 2014 r. – 85,5%).

Tabela 12. Łatwość rozmowy z ojcem w grupie, która ma ojca i go widuje według płci i wieku

Grupa wieku			Rozmowa z ojcem o sprawach, które niepokoją				
			bardzo łatwa	łatwa	trudna	bardzo trudna	
11 lat	Płeć	Chł.	N	347	313	97	35
			%	43,8%	39,5%	12,2%	4,4%
		Dz.	N	241	352	126	49
			%	31,4%	45,8%	16,4%	6,4%
	Ogółem		N	588	665	223	84
			%	37,7%	42,6%	14,3%	5,4%
13 lat	Płeć	Chł.	N	281	336	112	48
			%	36,2%	43,2%	14,4%	6,2%
		Dz.	N	148	344	200	110
			%	18,5%	42,9%	24,9%	13,7%
	Ogółem		N	429	680	312	158
			%	27,2%	43,1%	19,8%	10,0%
15 lat	Płeć	Chł.	N	223	342	149	67
			%	28,6%	43,8%	19,1%	8,6%
		Dz.	N	133	313	233	150
			%	16,0%	37,8%	28,1%	18,1%
	Ogółem		N	356	655	382	217
			%	22,1%	40,7%	23,7%	13,5%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	851	991	358	150
			%	36,2%	42,2%	15,2%	6,4%
		Dz.	N	522	1009	559	309
			%	21,8%	42,1%	23,3%	12,9%
	Ogółem		N	1373	2000	917	459
			%	28,9%	42,1%	19,3%	9,7%

Płeć chi-kw.=180,07; df=3; p<0,001; Grupa wieku chi-kw.=160,963; df=6; p<0,001

Tabela 13. Łatwość rozmowy z matką w grupie, która ma matkę i ją widuje według płci i wieku

Grupa wiek				Rozmowa z matką o sprawach, które niepokoją			
				bardzo łatwa	łatwa	trudna	bardzo trudna
11 lat	Płeć	Chł.	N	501	273	43	11
			%	60,5%	33,0%	5,2%	1,3%
		Dz.	N	497	242	56	14
			%	61,4%	29,9%	6,9%	1,7%
	Ogółem		N	998	515	99	25
			%	61,0%	31,5%	6,0%	1,5%
13 lat	Płeć	Chł.	N	371	338	72	23
			%	46,1%	42,0%	9,0%	2,9%
		Dz.	N	356	349	113	38
			%	41,6%	40,8%	13,2%	4,4%
	Ogółem		N	727	687	185	61
			%	43,8%	41,4%	11,1%	3,7%
15 lat	Płeć	Chł.	N	302	350	121	46
			%	36,9%	42,7%	14,8%	5,6%
		Dz.	N	291	379	172	68
			%	32,0%	41,6%	18,9%	7,5%
	Ogółem		N	593	729	293	114
			%	34,3%	42,2%	16,9%	6,6%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	1174	961	236	80
			%	47,9%	39,2%	9,6%	3,3%
		Dz.	N	1144	970	341	120
			%	44,4%	37,7%	13,2%	4,7%
	Ogółem		N	2318	1931	577	200
			%	46,1%	38,4%	11,5%	4,0%

Płeć chi-kw.=25,020; df=3; p<0,001; Grupa wieku chi-kw.=305,370; df=6; p<0,001

Tabela 14. Łatwość rozmowy z ojczymem w grupie, która ma ojczyma i go widuje według płci i wieku

Grupa wiek				Rozmowa z ojczymem o sprawach, które niepokoją			
				bardzo łatwa	łatwa	trudna	bardzo trudna
11 lat	Płeć	Chł.	N	28	42	14	10
			%	29,8%	44,7%	14,9%	10,6%
		Dz.	N	22	23	14	22
			%	27,2%	28,4%	17,3%	27,2%
	Ogółem		N	50	65	28	32
			%	28,6%	37,1%	16,0%	18,3%
13 lat	Płeć	Chł.	N	25	36	19	9
			%	28,1%	40,4%	21,3%	10,1%
		Dz.	N	12	33	29	21
			%	12,6%	34,7%	30,5%	22,1%
	Ogółem		N	37	69	48	30
			%	20,1%	37,5%	26,1%	16,3%

Grupa wiek				Rozmowa z ojczymem o sprawach, które niepokoją			
				bardzo łatwa	łatwa	trudna	bardzo trudna
15 lat	Płeć	Chł.	N	19	30	23	15
			%	21,8%	34,5%	26,4%	17,2%
		Dz.	N	17	30	18	25
			%	18,9%	33,3%	20,0%	27,8%
	Ogółem		N	36	60	41	40
			%	20,3%	33,9%	23,2%	22,6%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	72	108	56	34
			%	26,7%	40,0%	20,7%	12,6%
		Dz.	N	51	86	61	68
			%	19,2%	32,3%	22,9%	25,6%
	Ogółem		N	123	194	117	102
			%	22,9%	36,2%	21,8%	19,0%

Płeć chi-kw.=17,947; df=3; p<0,001; Grupa wieku chi-kw.=10,322; df=6; p=0,112

Wśród młodzieży, która ma i widuje ojczyma dwie osoby odmówiły odpowiedzi na to pytanie. 59,1% stwierdziło, że łatwo lub bardzo łatwo rozmawia im się z ojczymem o sprawach, które ich niepokoją (w 2014r. – 61%). Nie zaobserwowano tendencji, aby trudność rozmów z ojczymem wiązała się z wiekiem respondentów (tab. 14).

Tabela 15. Łatwość rozmowy z macochą w grupie, która ma macochę i ją widuje według płci i wieku

Grupa wiek				Rozmowa z macochą o sprawach, które niepokoją			
				bardzo łatwa	łatwa	trudna	bardzo trudna
11 lat	Płeć	Chł.	N	22	19	10	11
			%	35,5%	30,6%	16,1%	17,7%
		Dz.	N	12	19	6	9
			%	26,1%	41,3%	13,0%	19,6%
	Ogółem		N	34	38	16	20
			%	31,5%	35,2%	14,8%	18,5%
13 lat	Płeć	Chł.	N	16	20	14	10
			%	26,7%	33,3%	23,3%	16,7%
		Dz.	N	7	21	9	11
			%	14,6%	43,8%	18,8%	22,9%
	Ogółem		N	23	41	23	21
			%	21,3%	38,0%	21,3%	19,4%
15 lat	Płeć	Chł.	N	12	17	20	8
			%	21,1%	29,8%	35,1%	14,0%
		Dz.	N	7	12	9	14
			%	16,7%	28,6%	21,4%	33,3%
	Ogółem		N	19	29	29	22
			%	19,2%	29,3%	29,3%	22,2%

Wsparcie społeczne

Wstęp

Postrzegane wsparcie społeczne można zdefiniować jako „poznawczą ocenę bycia niezawodnie związanym z innymi” (Barrera 1986). Dla osób z problemami zdrowia psychicznego lub fizycznego, otrzymanie wsparcia wpływa korzystnie na różne obszary ich funkcjonowania (Bronowski i in. 2009; Heszen i Sęk 2012). Istnieje bogata literatura dokumentująca korzyści wsparcia społecznego w odniesieniu do zdrowia (Demaray i in. 2005; Barry i Wentzel 2006). Badania nad wsparciem społecznym dowodzą, że może ono być cenne nie tylko dla osób znajdujących się w przewlekłym stresie lub sytuacji kryzysowej, ale też jego brak – sam w sobie może stanowić źródło stresu (Gore 1978). Najczęściej wsparcie społeczne postrzegane jest jako pewien zasób, który może zostać zmobilizowany w trudnym okresie w celu ochrony zdrowia jednostki (Szymańska i Sienkiewicz 2011). Według Cohena (1988) może ono oddziaływać na zdrowie w sposób bezpośredni lub pośredni. Bezpośredni wpływ wsparcia społecznego redukuje lub eliminuje reakcję stresową poprzez modyfikację percepcji zagrożenia stresorem lub poprzez zmianę procesów fizjologicznych (zredukowanie napięcia, relaksację z towarzyszącymi zmianami w napięciu mięśniowym, szybkości uderzeń serca, ruchach gastrycznych). Efekt pośredni wsparcia społecznego przejawia się w stymulacji zachowań prozdrowotnych jednostki (np. przez zredukowanie zachowań ryzykownych – jak spożywanie dużych ilości alkoholu). Perspektywa społeczno-poznawcza zakłada, że wsparcie społeczne może wpływać na zdrowie poprzez wzmacnianie pozytywnej samooceny i pozytywnych emocji (Cohen i Wills 1985).

Wsparcie rodziny jest ważnym aspektem dynamiki rodziny i relacji rodzinnych. Wspieranie relacji rodzinnych odgrywa zasadniczą rolę w rozwoju nastolatków, ich socjalizacji, zdrowiu oraz samopoczuciu (Collins i Steinberg 2006). Pojęcie wsparcia rodzinnego jest istotne dla zdrowia nastolatków oraz ich zdrowego rozwoju (Kuntsche i Gmel 2004) z perspektywy rozwoju oraz w odniesieniu do stresu i radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Wsparcie społeczne wynikające ze stosunków rodzinnych może wspomagać radzenie sobie ze stresem (Wills, 1990).

Wyniki badań HBSC 2013/14 prezentowane były z uwzględnieniem według wieku i płci badanej młodzieży w kontekście postrzeganego wsparcia rodzinnego. Chłopcy w grupach wiekowych 13 i 15 lat deklarowali wyższe wsparcie niż dziewczęta. Analizy z uwzględnieniem wieku badanych wykazały, że wraz z wiekiem spada odsetek nastolatków, które zgłaszają wysoki poziom wsparcia rodzinnego (Brooks i in., 2016). We wcześniejszych analizach dotyczących polskiej młodzieży wykazano, że wsparcie rodziny jest powiązane z innymi wskaźnikami związków rodzinnych

Grupa wieku			Rozmowa z macochą o sprawach, które niepokoją				
			bardzo łatwa	łatwa	trudna	bardzo trudna	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	50	56	44	29
			%	27,9%	31,3%	24,6%	16,2%
		Dz.	N	26	52	24	34
			%	19,1%	38,2%	17,6%	25,0%
	Ogółem		N	76	108	68	63
			%	24,1%	34,3%	21,6%	20,0%

Płeć chi-kw.=8,291; df=3; p=0,040; Grupa wieku chi-kw.=10,352; df=3; p=0,111

Wśród badanej młodzieży 315 osób ma i widuje macochę i 58,4% z nich twierdzi, że łatwo i bardzo łatwo rozmawia im się o sprawach, które naprawdę ich niepokoją (w 2014r. – 54,2%). 41,6% określa, że trudno lub bardzo trudno rozmawiać im z macocha o sprawach, które naprawdę niepokoją (tab. 15).

Podsumowanie

- Trudność rozmów z rodzicami biologicznymi i w rodzinach rekonstruowanych rośnie z wiekiem.
- Młodzież częściej wskazuje na matkę jako na osobę, z którą łatwo i bardzo łatwo im rozmawiać o sprawach, które ich naprawdę niepokoją.
- W porównaniu do badania z 2014 roku pogarsza się łatwość rozmów o sprawach, które młodzież naprawdę niepokoją.
- Nie odnotowano tej prawidłowości w ocenie łatwości rozmowy z macochą, (partnerką ojca), gdzie zaobserwowano wzrost o 4,2% odsetka młodzieży, która ma i widuje macochę i deklaruje, że łatwo jej rozmawiać o sprawach, które ją naprawdę niepokoją.
- Częściej trudność w prowadzeniu rozmów o sprawach, które je naprawdę niepokoją mają dziewczęta niż chłopcy i to bez względu na wiek dziecka, czy płeć i status rodzica.

Piśmiennictwo

- Brooks F, Zaborskis A, Tabak I, i in. (2015). Trends in adolescents' perceived parental Communications cross 32 countries In Europe and North America from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, 25(Suppl.2):46-50.
- Kowalski S. (1974). *Socjologia wychowania w zarysie*. Warszawa: Wydawnictwo PWN, s. 296.
- Satir V. (2002). *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, Gdańsk: Wydawnictwo GWP, s. 56.
- Tabak I, Mazur J, Granado MC, i in. (2012). Examining trends in parent – child communication In Europe over 12 years. *Jurnal of Early Adolescence*, 32(1):26-54.
- Ziemska M. (1979). *Rodzina i dziecko*. Warszawa: Wydawnicwo PWN, s.235 – 41.

(takimi jak satysfakcjonująca komunikacja i częstotliwość posiłków rodzinnych) oraz z zadowoleniem młodych ludzi z życia. Ponadto dowiedziono, że wsparcie rodziny pośredniczy w związku między posiłkami rodzinnymi a zadowoleniem z życia (Tabak i in., 2013). Potwierdzono również ochronną rolę wsparcia rodzinnego wobec wielu powtarzających dolegliwości związanych ze stresem szkolnym (Tabak & Mazur, 2016).

Rówieśnicy odgrywają ważną rolę w rozwoju młodych ludzi. Relacje te działają m. in. jako wzór do naśladowania i standardy dla porównań społecznych. Kontakty rówieśnicze pozwalają zaspakajać potrzebę afiliacji, uczenia się i zabawy. Młodzi ludzie angażują się też w odmienne rodzaje aktywności z rówieśnikami niż z rodzicami (Larsson i Richards 1991). Środowisko rówieśnicze oferuje młodzieży różne możliwości praktykowania pewnych zachowań. Okres dojrzewania jest etapem rozwoju, gdy zmieniają się relacje rodzinne, a wzajemne relacje stają się bardziej intensywne i rozległe. W tym czasie rówieśnicy stają się coraz ważniejsi w pomaganiu sobie nawzajem, w określaniu swojej tożsamości i rozwijaniu kompetencji osobistych i społecznych (Pérez i in. 2007). Społeczne życie nastolatków i postrzeganie przynależności do grupy rówieśniczej odnosi się do zdrowia, jak również do dobrego samopoczucia i jakości życia. Chociaż grupy rówieśnicze są ważne w każdym wieku, przyjaźń odgrywa kluczową rolę w okresie dojrzewania. Na tym etapie rozwoju wsparcie rówieśnicze odgrywa kluczową rolę w wywieraniu wpływu na dobrostan psychospołeczny młodzieży (Berndt 2002). Nauka negocjowania i rozwiązywania problemów ułatwia dostosowanie społeczne i emocjonalne oraz dojrzewanie poznawcze (Demir i Urberg 2006). Wysokiej jakości, wspierające przyjaźnie wiążą się z wyższą samooceną, pewnością siebie, mniejszą samotnością, mniejszą liczbą objawów depresji, szerszą akceptacją rówieśniczą i lepszym przystosowaniem do szkoły (Demir i Urberg 2006). Laursen i in. (2007) wykazali, że izolacja społeczna przyczynia się do rozwoju zaburzeń eksternalizacyjnych i internalizacyjnych. W konsekwencji utrwalona społeczna izolacja jest trudna do modyfikacji, a młodzież ma coraz mniej możliwości rozwijania umiejętności społecznych.

W Polsce wsparcie społeczne jest monitorowane w populacji uczniów w ramach międzynarodowych badań HBSC od 2013/2014 roku, co pozwoliło na ocenę tendencji zmian w dwóch rundach tych analiz. W sieci badawczej HBSC za opracowanie pytań na temat wsparcia społecznego odpowiedzialne są dwie grupy robocze: *Peer Culture Focus Group* i *Family Culture Focus Group*. Zaproponowały one do protokołu HBSC 2013/14 dwie podskale wielokrotnie walidowanej (Brooks i in., 2013/2014) Wielowymiarowej Skali Postrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS – *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*), mierzącej różne źródła wsparcia, w tym ze strony rodziny i rówieśników⁵. Wykazano, że skala negatywnie koreluje z depresją i lękiem, a pozytywnie z opieką nad rodziną i odpornością (*resilience*). Narzędzie to było walidowane i wykorzystane w wielu różnych badaniach (Brooks

i in. 2012; Dahlem i in. 1991). Do jego wdrożenia do protokołu HBSC duży wkład wniósł zespół polski, w tym badania dr Izabeli Tabak.

Należy również zwrócić uwagę, że w zestawieniach międzynarodowych polska młodzież zajmuje niekorzystną pozycję pod względem oceny obu źródeł wsparcia, w większym jednak stopniu dotyczy to wsparcia rówieśniczego. Dystans między danymi polskimi a średnią międzynarodową jest bardziej widoczny w starszych rocznikach i u dziewcząt (Brooks i in. 2016).

Wsparcie rodzinne

Pytania i wskaźniki

W kwestionariuszu polskich badań HBSC zrealizowanych w roku szkolnym 2017/18, do oceny spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny, zastosowano we wszystkich grupach wieku skalę składającą się z czterech stwierdzeń, których dokładne brzmienie podane jest w kwestionariuszu zamieszczonym w aneksie. W obecnych badaniach analiza psychometryczna wykazała bardzo wysoką rzetelność skali (współczynnik alpha-Cronbacha=0,927) i jej homogeniczność (główna składowa wyjaśnia 82,4% całkowitej zmienności).

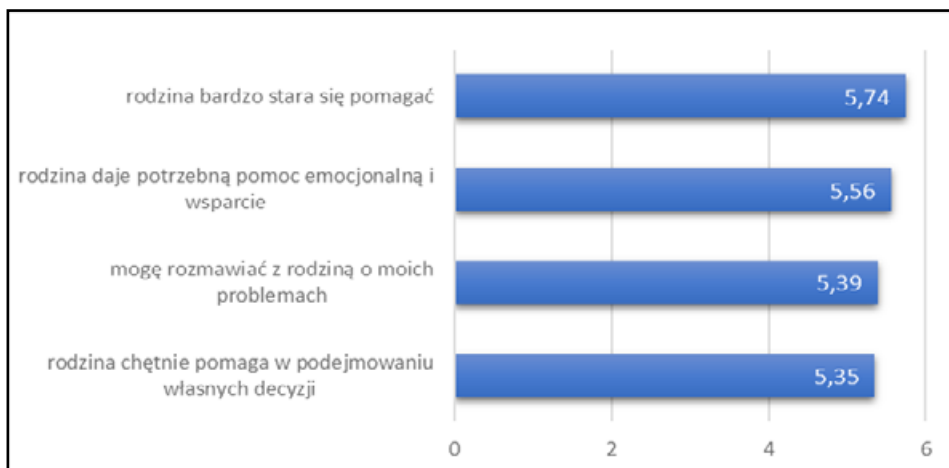
Za każdą odpowiedź w skali można uzyskać od 1 do 7 punktów, a pełna skala przyjmuje zakres od 4 do 28 punktów. Etykiety zostały przyporządkowane tylko skrajnym kategoriom (1 – całkowicie nie zgadzam się; 7 – całkowicie zgadzam się). Końcowy wynik określony zostaje jako ogólna punktacja lub po obliczeniu średniej arytmetycznej z odpowiedzi na cztery stwierdzenia wchodzące w skład skali. W analizach stosuje się pozytywny wskaźnik wsparcia ze strony rodziny – odsetek badanych uczniów, którzy mają wysoki spostrzegany poziom wsparcia rodzinnego (średnia z czterech itemów wynosząca co najmniej 5,5 punktu, czyli co najmniej 22 punkty indeksu sumarycznego). Biorąc pod uwagę wynik sumaryczny całej skali (4-28 punktów), im wyższy pełny uzyskany wynik, tym wyższy poziom wsparcia rówieśniczego. Punkty w przedziale 4-21 określono umownie jako niski poziom wsparcia, 22-25 punktów jako średni poziom, zakres 26-28 punktów uznano za wysoki poziom wsparcia.

Pytania skali są zrozumiałe i akceptowane przez młodzież, a liczba braków danych była niewielka i wynosiła dla całej skali tylko 1,8%.

Ważniejsze wyniki

Średnią uzyskaną przez uczniów punktacją dla poszczególnych pytań cząstkowych skali wsparcia ze strony rodziny przedstawiano na rycinie 5. Najgorzej oceniana jest pomoc rodziny przy podejmowaniu własnych decyzji.

⁵ Skala dotycząca osób zewnętrznych (SO) nie wchodzi do kwestionariusza HBSC.



Ryc. 5. Średnia punktacja (w skali 1-7) pytań skali wsparcia ze strony rodziny

W porównaniu z badaniami HBSC sprzed 4 lat, znacząco zwiększył się odsetek młodzieży zakwalifikowanej do grupy niskiego wsparcia ze strony rodziny (wzrost z 33,9% do 38,3%). Odpowiednio zmniejszył się odsetek w grupie przeciętnego wsparcia (27,4% wobec 22,3%). Na w miarę stabilnym poziomie utrzymuje się grupa postrzegająca wsparcie ze strony rodziców jako wysokie (38,7% wobec 39,4%), co prawdopodobnie miało wpływ na niewielkie zmiany średniego indeksu.

W tabeli 16 przedstawiono skategoryzowane wyniki uzyskane w skali wsparcia rodzicielskiego wraz z wartościami średnimi, z uwzględnieniem grupy wieku i płci badanych uczniów.

Tabela 16. Poziom postrzeganego wsparcia ze strony rodziców według płci i wieku

Grupa wieku				Poziom wsparcia ze strony rodziny			Średnia ± SD	
				niski	przeciętny	wysoki		
11 lat	Płeć	Chł.	N	171	198	471	24,39±4,82	
			%	20,4%	23,6%	56,1%		
		Dz.	N	194	168	460	24,05±5,33	
	%		23,6%	20,4%	56,0%			
	Ogółem			N	365	366	931	24,22±5,08
				%	22,0%	22,0%	56,0%	
13 lat	Płeć	Chł.	N	327	186	310	22,16±5,79	
			%	39,7%	22,6%	37,7%		
		Dz.	N	375	204	296	21,42±6,23	
	%		42,9%	23,3%	33,8%			
	Ogółem			N	702	390	606	21,78±6,03
				%	41,3%	23,0%	35,7%	

Grupa wieku				Poziom wsparcia ze strony rodziny			Średnia ± SD	
				niski	przeciętny	wysoki		
15 lat	Płeć	Chł.	N	410	171	253	20,85±6,24	
			%	49,2%	20,5%	30,3%		
		Dz.	N	483	211	226	19,79±6,69	
	%		52,5%	22,9%	24,6%			
	Ogółem			N	893	382	479	20,30±6,50
				%	50,9%	21,8%	27,3%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	908	555	1034	22,47±5,83	
			%	36,4%	22,2%	41,4%		
		Dz.	N	1052	583	982	21,67±6,37	
	%		40,2%	22,3%	37,5%			
	Ogółem			N	1960	1138	2016	22,06±6,13
				%	38,3%	22,3%	39,4%	

Płeć: chi-kw.=9,67; df=4; p=0,008 ; Wiek: chi-kw.=38,66; df=8; p<0,001

Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na istotne statystycznie różnice zależne od płci (p=0,008) oraz między grupami wieku (p<0,001). Średnio młodzież oceniła wsparcie rówieśników na 22,06 punktów w skali 4-28, wobec 22,26 (SD=6,25) w 2014 roku.

Podsumowanie

- W całej badanej grupie, stosując ogólnie przyjęte kryteria interpretacji tej skali, niski poziom wsparcia rodzicielskiego stwierdzono u 38,3% badanych; a umownie przyjęty wysoki poziom wsparcia u 39,4%.
- W latach 2014-2018 średni poziom wsparcia ze strony rodziny utrzymał się na zbliżonym poziomie, ale zwiększył się odsetek ocen negatywnych.
- Wraz z wiekiem, zarówno u chłopców, jak i dziewcząt, zmniejsza się istotnie odsetek młodzieży spostrzegającej wysoki poziom wsparcia ze strony rodziców. Różnica między 11-latkami a 15-latkami wynosi blisko 29 punktów.
- Porównując obecne wyniki z wynikami poprzednich badań HBSC, widoczne jest wraz z wiekiem nasilenie niekorzystnych zmian w postrzeganiu wsparcia rodzicielskiego.
- W grupie 13 i 15-latków stwierdzono istotne różnice w ocenie poziomu wsparcia ze strony rodziców między chłopcami i dziewczętami, na niekorzyść dziewcząt.

Wsparcie rówieśnicze

Pytania i wskaźniki

W kwestionariuszu polskich badań HBSC zrealizowanych w roku szkolnym 2017/18 do oceny postrzeganego wsparcia rówieśniczego posłużyła skala, na którą

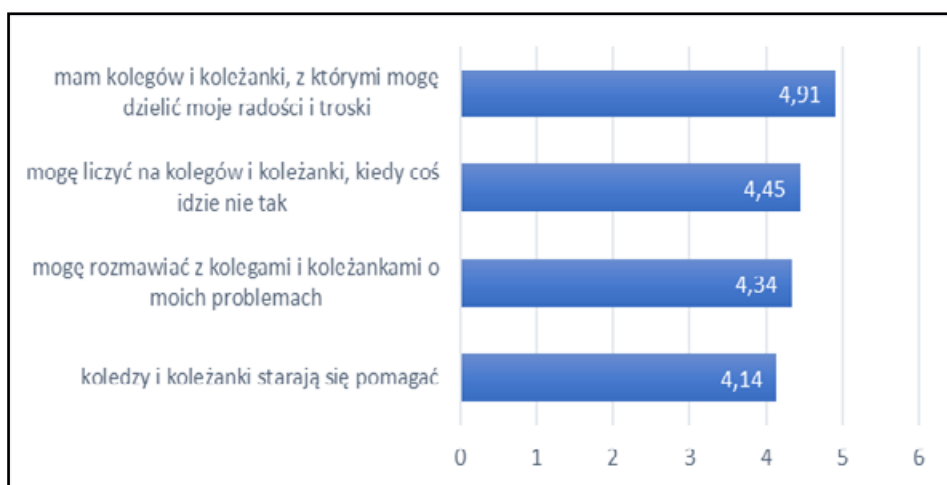
składają się cztery stwierdzenia, również zamieszczone w aneksie. Za każdą odpowiedź w skali można uzyskać od 1 do 7 punktów, a pełna skala przyjmuje zakres od 4 do 28 punktów. Zasady punktacji i wyznaczania kategorii wsparcia są identyczne, jak w odniesieniu do wsparcia ze strony rodziców. Im wyższy pełny uzyskany wynik, tym wyższy poziom wsparcia rówieśniczego.

Skala ta została włączona do badań HBSC po raz pierwszy w rundzie HBSC 2013/2014. W przedstawianych badaniach analiza psychometryczna wykazała bardzo wysoką rzetelność skali (współczynnik alpha-Cronbacha=0,890) i jej homogeniczność (główna składowa wyjaśnia 75,6% całkowitej zmienności).

Pytanie na temat wsparcia ze strony rówieśników były jasne i zrozumiałe dla badanych uczniów. Liczba braków danych w odniesieniu do pełnej skali była niewielka i wynosiła tylko 1,3%.

Ważniejsze wyniki

Średnią uzyskaną przez uczniów punktację dla poszczególnych pytań cząstkowych skali wsparcia ze strony rówieśników przedstawiano na rycinie 6. Najgorzej oceniono chęć pomocy, czyli ten aspekt, który był najlepiej punktowany w relacjach rodzinnych.



Ryc. 6. Średnia punktacja (w skali 1-7) pytań skali wsparcia ze strony rówieśników

Tabela 17. Poziom postrzeganego wsparcia rówieśniczego według płci i wieku

Grupa wieku				Poziom wsparcia ze strony kolegów			Średnia ± SD
				niski	przeciętny	wysoki	
11 lat	Płeć	Chł.	N	571	158	118	17,86±6,57
			%	67,4%	18,7%	13,9%	
		Dz.	N	455	199	167	19,15±6,72
			%	55,4%	24,2%	20,3%	
	Ogółem		N	1026	357	285	18,49±6,67
			%	61,5%	21,4%	17,1%	
13 lat	Płeć	Chł.	N	601	143	83	17,14±6,40
			%	72,7%	17,3%	10,0%	
		Dz.	N	569	168	143	18,11±6,65
			%	64,7%	19,1%	16,3%	
	Ogółem		N	1170	311	226	17,64±6,54
			%	68,5%	18,2%	13,2%	
15 lat	Płeć	Chł.	N	635	131	76	16,72±6,31
			%	75,4%	15,6%	9,0%	
		Dz.	N	593	191	139	18,15±6,60
			%	64,2%	20,7%	15,1%	
	Ogółem		N	1228	322	215	17,47±6,50
			%	69,6%	18,2%	12,2%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	1807	432	277	17,24±6,44
			%	71,8%	17,2%	11,0%	
		Dz.	N	1617	558	449	18,45±6,67
			%	61,6%	21,3%	17,1%	
	Ogółem		N	3424	990	726	17,86±6,59
			%	66,6%	19,3%	14,1%	

* Płeć: chi-kw.=65,27; df=4; p<0,001; Wiek: chi-kw.=31,70; df=8; p<0,001

W tabeli 17 przedstawiono skategoryzowane wyniki uzyskane w skali wsparcia rówieśniczego wraz z wartościami średnimi, z uwzględnieniem grupy wieku i płci badanych uczniów.

Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na istotne statystycznie różnice zależne od płci (p<0,001) oraz między grupami wieku (p<0,001). W całej badanej populacji wysoki poziom wsparcia rówieśniczego stwierdzono tylko u 14,1% młodzieży, co w porównaniu z poprzednią rundą badań HBSC, wskazuje na znaczne pogorszenie (w 2014 roku było w tej grupie 23,0% uczniów). Niski poziom wsparcia ze strony rówieśników deklaruje 2/3 badanych uczniów. W latach 2014-18 odsetek młodzieży oceniającej wsparcie rówieśnicze jako niskie zwiększył się z 47,1% do 66,6%. Średnio młodzież oceniła wsparcie rówieśników na 17,86 punktów w skali 4-28, czyli gorzej niż wsparcie ze strony rodziny. Jest to też znacznie gorszy wynik niż w 2014 roku (20,66±6,10).

Podsumowanie

- Wsparcie społeczne ze strony kolegów i koleżanek jest gorzej oceniane przez młodzież niż wsparcie ze strony rodziny;
- Wraz z wiekiem, zarówno u chłopców, jak i dziewcząt, zmniejsza się istotnie odsetek młodzieży postrzegającej wsparcie ze strony rówieśników jako wysokie, istotnie wzrasta odsetek uczniów deklarujących niski poziom wsparcia rówieśniczego.
- W każdej badanej grupie wiekowej (11, 13 i 15 lat) stwierdzono istotne różnice w ocenie poziomu wsparcia rówieśniczego między chłopcami i dziewczętami, na niekorzyść chłopców.
- W latach 2014-2018 poziom postrzeganego wsparcia ze strony rówieśników się pogorszył, co wyrażało się wzrostem odsetka oceniających wsparcie jako niskie o prawie 20 punktów procentowych i obniżeniem się ogólnego średniego indeksu.
- Wsparcie ze strony rówieśników jest gorzej oceniane niż wsparcie ze strony rodziny, przy zastosowaniu tych samych kryteriów oceny skali, a negatywne tendencje zmian w ostatnich czterech latach w większym stopniu dotyczyły relacji z rówieśnikami niż z rodziną.

Piśmiennictwo

- Barrera M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4):413–44.
- Barry CM, Wentzel KR. (2006). Friend influence on prosocial behavior: The role of motivational factors and friendship characteristics. *Developmental Psychology*, 42:153–63.
- Berndt TJ. (2002). Friendship Quality and Social Development. *Current Directions in Psychological Science*, 11(1):7–10.
- Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. (2009). Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1:43–50.
- Brooks F, Tabak I, Zaborskis A, I in. In F. Wild, A. Y. Alemán-Díaz, J. Inchley, C. Currie, M. Molcho, M. Lenzi, Z. Veselska (eds.) *Internal Protocol 2013/2014*. HBSC, pp. 253–70.
- Brooks T, Zaborskis A, Klemra E, i in. (2016). Family: communication with mother. Family: communication with father. Scientific discussion and policy reflection. In: Inchley J et al. (Eds.) *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Copenhagen: WHO.
- Cohen S, Wills TA. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98:310–57.
- Cohen S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3):269.
- Collins WA, Steinberg L. (2006). Adolescent development in interpersonal context. *Handbook of Child Psychology*. New York: Wiley.
- Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47(6):756–61.
- Demaray MK, Malecki CK, Davidson LM, i in. (2005). The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools*, 42:691–706.

- Demir M, Urberg KA. (2006). Friendship and adjustment among adolescents. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88: 68–82.
- Gore S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(2):157–65.
- Heszen I, Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kuntsche EN, Gmel G. (2004). Emotional well-being and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 99(3):331–39.
- Larson R, Richards MH. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental context. *Child Development*, 62:248–300.
- Laursen B, Bukowski WM, Aunola K, in. (2007). Friendship moderates prospective associations between social isolation and adjustment problems in young children. *Child Development*, 78:1395–1404.
- Pérez J, Maldonado T, Andrade C, i in. (2007). Judgments expressed by children between 9 to 11 years old, about behaviours and attitudes that lead to acceptance or social rejection in a school group. *Revistas Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 3(1):81–107.
- Szymańska J, Sienkiewicz E. (2011). Wsparcie społeczne. *Current Problems of Psychiatry*, 12(4): 550–53.
- Tabak I, Jodkowska M, Oblacinska A. (2013). Spożywanie wspólnych posiłków, wsparcie i komunikacja w rodzinie jako predyktory zdrowia subiektywnego i zadowolenia z życia nastolatków. *Pediatrica Polska*, 88:533–39.
- Tabak I, Mazur J. (2016). Social support and family communication as factors protecting adolescents against multiple recurrent health complaints related to school stress. *Developmental Period Medicine*, 20(1): 61–73.
- Wills TA. (1990). Social support and the family. In Blechman E. (Ed.) *Emotions and the family*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 75–98.

Środowisko szkolne

Wstęp

Środowisko szkolne, obok rodzinnego, stanowi jeden z ważniejszych elementów funkcjonowania młodzieży szkolnej. Prawidłowo funkcjonujące środowisko szkolne może w znacznym stopniu przyczynić się do wspierania rozwoju dzieci i młodzieży, wzmacniać potencjał rozwojowy, kształtować zachowania zdrowotne i zadowolenie z życia. W przypadku dysfunkcyjnego środowiska szkolnego może ono stać się czynnikiem ryzyka dla nastolatków.

W rozdziale omówiono wyniki dotyczące funkcjonowania w środowisku szkolnym i postrzegania wybranych elementów tego środowiska przez młodzież tj. samooceny osiągnięć szkolnych, stosunku do szkoły, odczuwania stresu szkolnego oraz postrzegania wsparcia ze strony rówieśników i nauczycieli.

W wielu opracowaniach wykazano, że nastolatki, które dobrze oceniają wsparcie społeczne w środowisku szkolnym: mają lepsze zdrowie psychiczne (Garcia-Moya i in. 2015; Torsheim i in. 2001), rzadziej podejmują ryzykowne zachowania zdrowotne związane np. z upijaniem się, paleniem papierosów lub używaniem marihuany (Perra i in. 2012). Udowodniono, że wsparcie społeczne w kontekście szkoły zapobiega przedwczesnemu kończeniu edukacji (Wrona i in. 2015). Wykazano także, że wysoki poziom stresu szkolnego wiąże się z częstszym odczuwaniem przez młodzież dolegliwości somatycznych (Mazur 2011).

Pytania dotyczące środowiska szkolnego mają w badaniach HBSC długą tradycję. Opracowaniem i analizą pytań z tego zakresu zajmuje się grupa robocza *Szkoła (School Focus Group)*. Pytania rekomendowane do kwestionariusza obowiązkowego były walidowane w osobnych projektach badawczych inicjowanych przez członków grupy *Szkoła*.

W wielu krajowych opracowaniach badano związek środowiska szkolnego ze zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi młodzieży. W ostatnich latach realizowano projekt Narodowego Centrum Nauki pt. „Środowisko fizyczne i społeczne oraz jakość funkcjonowania szkoły a zdrowie subiektywne i zachowania zdrowotne nastolatków – zastosowanie modeli strukturalnych i ścieżkowych szacowanych na danych o strukturze hierarchicznej”, którego metodologia częściowo oparta była na badaniach HBSC (Mazur i Małkowska-Szkutnik 2017). Zespół polski dokonał także analizy spostrzegania środowiska szkolnego w latach 1990-2010 (Woynarowska i in. 2015) oraz porównano jego spostrzeganie w zależności od tego, czy uczniowie mieli (lub nie) chorobę przewlekłą (Małkowska-Szkutnik i Mazur 2011; Małkowska-Szkutnik i in. 2018). Poszukiwano także czynników chroniących przed nadmiernym obciążeniem stresem szkolnym, wskazując na ważności wsparcia społecznego i komunikacji w rodzinie jako czynników chroniących (Tabak i Mazur 2016).

Pytania i wskaźniki

Uczniowie oceniali swoje osiągnięcia szkolne na skali wizualnej, która miała postać graficzną drabiny. Taki sposób pomiaru osiągnięć szkolnych zaczerpnięty został z koncepcji McArthur'a adaptowanej na potrzeby badań młodzieży (Goodman i in. 2007). Opisany sposób pomiaru osiągnięć szkolnych był użyty w innym badaniu, gdzie dokonano walidacji wizualnej skali samooceny osiągnięć szkolnych (Mazur 2015). Uczniom zaprezentowano rysunek drabiny, gdzie na górze umieszczono liczbę 10 umownie oznaczającą uczniów osiągających najlepsze wyniki w nauce w klasie. Na dole umieszczono cyfrę 0 umownie oznaczającą uczniów uzyskujących najgorsze oceny. Uczniów poproszono, aby pomyśleli o swojej klasie szkolnej i zastanowili się, na którym miejscu drabiny stanęliby. W dosłownym brzemieniu, obok rysunku drabiny, uczniom zaprezentowano następującą treść: *Obok jest rysunek drabiny. Na górze drabiny jest liczba 10 – umownie oznaczająca uczniów osiągających najlepsze wyniki w nauce w Twojej klasie szkolnej. Na dole drabiny umieszczono cyfrę 0 umownie oznaczającą uczniów uzyskujących najgorsze oceny. Pomyśl o swojej klasie szkolnej. Zastanów się, w którym miejscu drabiny Ty stanąłbyś. Zaznacz znakiem X jedną kratkę obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu.* Wyniki podzielono na 4 przedziały, gdzie zakres punktów: 0-4 oznaczał słabe; 5-6 oznaczał przeciętne; 7-8 oznaczał dobre i 9-10 oznaczał bardzo dobre osiągnięcia szkolne. Pytanie było zrozumiałe przez młodzież, odsetek braków danych wyniósł 1,1%.

Pytanie zostało użyte w badaniach HBSC pierwszy raz. Dotychczas pytano uczniów o subiektywną ocenę ich osiągnięć szkolnych, w kontekście tego, jak ich zdaniem oceniani są przez nauczycieli.

Ważniejsze wyniki

Ankietowana młodzież oceniała swoje osiągnięcia szkolne średnio na 6,48 punktów w skali 0-10 (SD=2,05). Najwyższą wartością średnią uzyskano dla 11-latków – 6,81 (SD=2,02), najniższą dla 13-latków – 6,24 (SD=2,03).

W odniesieniu do samooceny osiągnięć szkolnych (tab. 18) stwierdzono na podstawie wyników badań HBSC, że:

- odsetek młodzieży 11-15-letniej, która oceniła swoje osiągnięcia szkolne jako słabe, wyniósł 16%;
- odsetek młodzieży 11-15 – letniej, która oceniła swoje osiągnięcia szkolne jako bardzo dobre, wyniósł 18%;
- większość badanej młodzieży (66%) oceniała swoje osiągnięcia szkolne jako przeciętne lub dobre;
- samoocena osiągnięć szkolnych uwarunkowana jest płcią i wiekiem; jest istotnie gorsza u chłopców, w porównaniu z dziewczętami; związek z wiekiem nie jest liniowy – osiągnięcia szkolne jako bardzo dobre oceniło: 23% 11-latków, 14,9% 13-latków i 16,5% 15-latków;

- tempo zmian w zakresie samooceny osiągnięć szkolnych jest różne w zależności od płci; u chłopców zaobserwowano pogorszenie samooceny osiągnięć szkolnych u 13-latków i niewielki wzrost u 15-latków; u dziewcząt zanotowano pogorszenie u 13-latek, które utrzymywało się w grupie 15-latek.

Tabela 18. Samoocena osiągnięć szkolnych według płci i wieku

Grupa wieku			Samoocena osiągnięć szkolnych				Średnia ± SD	
			słabe	przeciętne	dobrze	bardzo dobrze		
11	Płeć	Chł.	N	106	280	300	165	6,69± 1,99
			%	12,5%	32,9%	35,3%	19,4%	
		Dz.	N	95	225	287	219	6,94± 2,04
			%	11,5%	27,2%	34,7%	26,5%	
	Ogółem		N	201	505	587	384	6,81± 2,02
			%	12,0%	30,1%	35,0%	22,9%	
13	Płeć	Chł.	N	161	285	269	114	6,23± 2,00
			%	19,4%	34,4%	32,4%	13,8%	
		Dz.	N	163	324	253	141	6,26± 2,06
			%	18,5%	36,8%	28,7%	16,0%	
	Ogółem		N	324	609	522	255	6,24± 2,03
			%	18,9%	35,6%	30,5%	14,9%	
15	Płeć	Chł.	N	150	300	256	137	6,31± 2,08
			%	17,8%	35,6%	30,4%	16,3%	
		Dz.	N	149	300	315	153	6,45± 2,06
			%	16,2%	32,7%	34,4%	16,7%	
	Ogółem		N	299	600	571	290	6,38± 2,07
			%	17,0%	34,1%	32,4%	16,5%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	417	865	825	416	6,41± 2,03
			%	16,5%	34,3%	32,7%	16,5%	
		Dz.	N	407	849	855	513	6,54± 2,07
			%	15,5%	32,4%	32,6%	19,6%	
	Ogółem		N	824	1714	1680	929	6,48± 2,05
			%	16,0%	33,3%	32,6%	18,0%	

Płeć: chi-kw.=8,77; df=3; p=0,033; Grupa wieku: chi-kw.=74,24; df=6; p<0,001

Stosunek do szkoły

Pytania i wskaźniki

Pytanie dotyczące stosunku młodzieży do szkoły stosowane jest w badaniach HBSC od 1985 roku. W badaniach HBSC 2018 uczniom zadano je w następujący sposób: *Co sądzisz obecnie o swojej szkole?*; kategorie odpowiedzi: *bardzo ją lubię, trochę ją lubię, niezbyt ją lubię, nie lubię jej wcale*. W takim brzmieniu pytanie

zostało zastosowane po raz drugi. W badaniu przeprowadzonym w 2014 roku zmieniono brzmienie pytania z: *Jakie obecnie są Twoje odczucia związane ze szkołą?* na obecne brzmienie. Zmiana brzmienia pytania wprowadzona w poprzednim badaniu HBSC prawdopodobnie wpłynęła na zmianę odpowiedzi młodzieży. Należy o tym pamiętać, analizując dane uzyskane w daniu HBSC 2018. Młodzież dobrze zrozumiała zadane pytanie – odsetek braków danych dla pytania wyniósł 0,6%.

Ważniejsze wyniki

W odniesieniu do stosunku młodzieży do szkoły stwierdzono, na podstawie wyników badań HBSC 2018, że (tab. 19):

- odsetek młodzieży 11-15-letniej, która niezbyt lubi szkołę lub nie lubi jej wcale, wyniósł 28,6%;
- stanowi to pogorszenie względem badań HBSC 2014, gdzie 22,3% młodzieży udzieliło odpowiedzi, że niezbyt lubią lub wcale nie lubią szkoły;
- odsetek młodzieży 11-15-letniej, która bardzo lubi swoją szkołę, wyniósł 30%, co stanowi pogorszenie w porównaniu do wyników uzyskanych w badaniach HBSC 2014 (37,9%);
- stosunek do szkoły jest uwarunkowany płcią i wiekiem, jest istotnie gorszy u chłopców i znacznie pogarsza się z wiekiem;
- tempo zmian w zakresie stosunku do szkoły jest różne w zależności od płci; u chłopców pogorszenie stosunku do szkoły obserwuje się u 13-latków; u dziewcząt znaczne pogorszenie (prawie 10 punktów procentowych) zanotowano u 15-latek.

Tabela 19. Stosunek do szkoły według płci i wieku

Grupa wieku			Co uczniowie sądzą o swojej szkole?				
			bardzo ją lubią	trochę ją lubią	niezbyt ją lubią	nie lubią jej wcale	
11 lat	Płeć	Chł.	N	313	363	115	74
			%	36,2%	42,0%	13,3%	8,6%
		Dz.	N	360	327	112	34
			%	43,2%	39,3%	13,4%	4,1%
	Ogółem		N	673	690	227	108
			%	39,6%	40,6%	13,4%	6,4%
13 lat	Płeć	Chł.	N	208	371	168	92
			%	24,8%	44,2%	20,0%	11,0%
		Dz.	N	261	377	173	72
			%	29,6%	42,7%	19,6%	8,2%
	Ogółem		N	469	748	341	164
			%	27,2%	43,4%	19,8%	9,5%

Grupa wieku				Co uczniowie sądzą o swojej szkole?			
				bardzo ją lubią	trochę ją lubią	niezbyt ją lubią	nie lubią jej wcale
15 lat	Płeć	Chł.	N	227	351	166	104
			%	26,8%	41,4%	19,6%	12,3%
		Dz.	N	192	357	231	144
			%	20,8%	38,6%	25,0%	15,6%
	Ogółem		N	419	708	397	248
			%	23,6%	40,0%	22,4%	14,0%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	748	1085	449	270
			%	29,3%	42,5%	17,6%	10,6%
		Dz.	N	813	1061	516	250
			%	30,8%	40,2%	19,5%	9,5%
	Ogółem		N	1561	2146	965	520
			%	30,1%	41,3%	18,6%	10,0%

Płeć: chi-kw.=7,14; df=3; p=0,067; Grupa wieku: chi-kw.=174,68; df=6; p<0,001

Stres szkolny

Pytania i wskaźniki

W badaniach HBSC pytanie dotyczące stresu szkolnego ma długą tradycję i stosowane jest od ponad 20 lat. W kolejnych latach zmieniano jego formę, co znacznie utrudnia śledzenie trendu. W badaniach HBSC 2018 zastosowano to samo pytanie, którego użyto w badaniu HBSC 2014. Uczniom zadano pytanie: *W jakim stopniu odczuwasz stres związany ze szkołą i nauką?*; kategorie odpowiedzi: *wcale, trochę, dość dużo, bardzo dużo*. Pytanie było dobrze zrozumiane przez młodzież, odsetek braków danych wyniósł 0,6%.

Ważniejsze wyniki

W odniesieniu do nasilenia odczuwania stresu szkolnego stwierdzono, na podstawie wyników badań HBSC 2018, że (tab. 20):

- odsetek młodzieży 11-15-letniej, która odczuwa duży poziom stresu, wyniósł 14,4%;
- stanowi to pogorszenie względem badań HBSC 2014, gdzie 10,2% młodzieży odczuwało duży poziom stresu w szkole;
- odsetek młodzieży 11-15-letniej, która wcale nie odczuwa stresu, wyniósł 7,8%, co stanowi znaczne pogorszenie w porównaniu do wyników uzyskanych w badaniach HBSC 2014 (18,5%);
- odczuwanie stresu jest uwarunkowane płcią i wiekiem; znacznie częściej duży poziom stresu odczuwają dziewczęta w porównaniu z chłopcami; wraz z wiekiem wzrasta odsetek uczniów, którzy odczuwają duży poziom stresu;
- tempo zmian w zakresie odczuwania stresu szkolnego jest różne w zależności od płci; u chłopców podobnie jak u dziewcząt wzrost odczuwania dużego poziomu stresu w szkole obserwuje się u 13-latków; jednak w populacji dziewcząt zaobserwowano większe różnice między 11- i 13-latkami.

Tabela 20. Nasilenie stresu szkolnego według płci i wieku

Grupa wieku				Odczuwanie stresu szkolnego			
				wcale	trochę	dość dużo	bardzo dużo
11 lat	Płeć	Chł.	N	158	501	152	58
			%	18,2%	57,7%	17,5%	6,7%
		Dz.	N	84	484	190	75
			%	10,1%	58,1%	22,8%	9,0%
	Ogółem		N	242	985	342	133
			%	14,2%	57,9%	20,1%	7,8%
13 lat	Płeć	Chł.	N	139	411	184	103
			%	16,6%	49,1%	22,0%	12,3%
		Dz.	N	44	380	270	189
			%	5,0%	43,0%	30,6%	21,4%
	Ogółem		N	183	791	454	292
			%	10,6%	46,0%	26,4%	17,0%
15 lat	Płeć	Chł.	N	175	386	177	111
			%	20,6%	45,5%	20,8%	13,1%
		Dz.	N	77	326	307	214
			%	8,3%	35,3%	33,2%	23,2%
	Ogółem		N	252	712	484	325
			%	14,2%	40,2%	27,3%	18,3%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	472	1298	513	272
			%	18,5%	50,8%	20,1%	10,6%
		Dz.	N	205	1190	767	478
			%	7,8%	45,1%	29,1%	18,1%
	Ogółem		N	677	2488	1280	750
			%	13,0%	47,9%	24,6%	14,4%

Płeć: chi-kw.=214,84; df=3; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=169,66; df=6; p<0,001

Wsparcie ze strony rówieśników z klasy

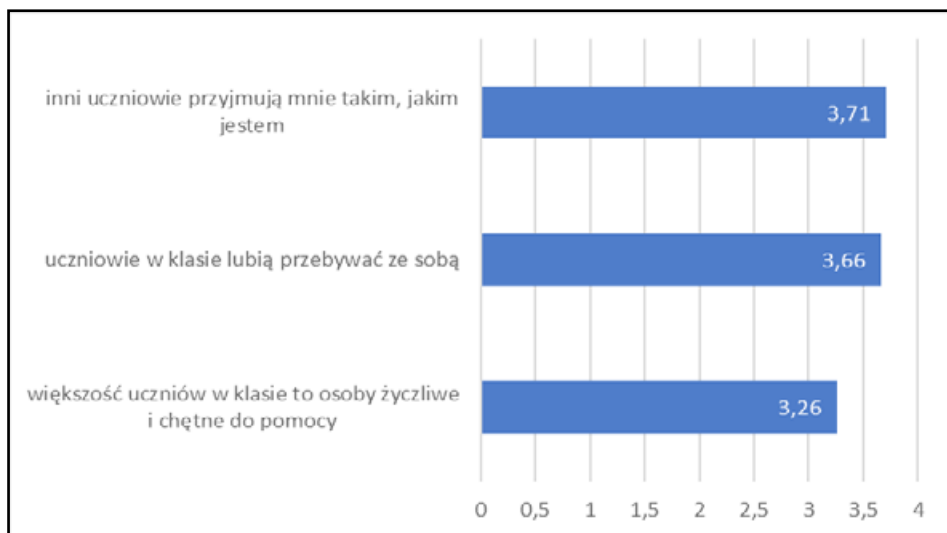
Pytania i wskaźniki

Pytania dotyczące wsparcia ze strony rówieśników z klasy zostały użyte pierwszy raz w badaniach HBSC w 1994 roku. Uczniowie odpowiadają na trzy pytania: *Uczniowie w mojej klasie lubią przebywać ze sobą; Większość uczniów w mojej klasie to osoby życzliwe i chętne do pomocy; Inni uczniowie w mojej klasie akceptują (przyjmują) mnie takim jakim jestem*; kategorie odpowiedzi: *zdecydowanie nie zgadzam się, nie zgadzam się, nie mam zdania, zgadzam się, zdecydowanie zgadzam się*. Odpowiedzi uczniów przekodowane są od 0 do 4. Uzyskane wyniki sumowane są w indeks, który tworzy skalę wsparcia ze strony rówieśników. Skala ma zakres od 0 do 12 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom wsparcia ze strony rówieśników. Zakres punktów 0-5 oznaczał niski, 6-9 średni i 10-12 wysoki poziom

wsparcia. Skala ma dobrą rzetelność w polskiej próbie HBSC 2018 – współczynnik alfa-Cronbacha = 0,729. Skala ma strukturę jednoczynnikową, główna składowa wyjaśnia 64,837 ogólnej zmienności danych wejściowych. Pytania były dobrze rozumiane przez młodzieży – brak danych wyniósł 0,7%.

Ważniejsze wyniki

Ankietowana młodzież w badaniu HBSC 2018 oceniała wsparcie ze strony rówieśników z klasy średnio na 7,62 punktów w skali 0-12 (SD=2,56). W badaniu HBSC 2014 uzyskano wynik średniej równy 8,44 (SD=2,43).



Ryc. 7. Średnia punktacja skali dotyczącej wsparcia ze strony rówieśników w szkole

Średnią punktację (w skali 1-5) odpowiedzi na każde pytanie przedstawiono na rycinie 7. Najgorzej oceniano życzliwość i chęć do pomocy.

Tabela 21. Poziom wsparcia ze strony rówieśników z klasy według płci i wieku

Grupa wieku				Poziom wsparcia ze strony rówieśników			Średnia ± SD	
				niski	przeciętny	wysoki		
11 lat	Płeć	Chł.	N	127	479	252	8,04± 2,53	
			%	14,8%	55,8%	29,4%		
		Dz.	N	136	441	254	8,06± 2,61	
			%	16,4%	53,1%	30,6%		
	Ogółem			N	263	920	506	8,05± 2,57
				%	15,6%	54,5%	30,0%	

Grupa wieku				Poziom wsparcia ze strony rówieśników			Średnia ± SD	
				niski	przeciętny	wysoki		
13 lat	Płeć	Chł.	N	124	526	180	7,88± 2,35	
			%	14,9%	63,4%	21,7%		
		Dz.	N	186	528	169	7,43± 2,54	
			%	21,1%	59,8%	19,1%		
	Ogółem			N	310	1054	349	7,65± 2,46
				%	18,1%	61,5%	20,4%	
15 lat	Płeć	Chł.	N	157	530	158	7,53± 2,51	
			%	18,6%	62,7%	18,7%		
		Dz.	N	256	553	112	6,90± 2,65	
			%	27,8%	60,0%	12,2%		
	Ogółem			N	413	1083	270	7,20± 2,60
				%	23,4%	61,3%	15,3%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	408	1535	590	7,82± 2,47	
			%	16,1%	60,6%	23,3%		
		Dz.	N	578	1522	535	7,44± 2,64	
			%	21,9%	57,8%	20,3%		
	Ogółem			N	986	3057	1125	7,63± 2,57
				%	19,1%	59,2%	21,8%	

Płeć: chi-kw.=30,83; df=2; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=125,87; df=4; p<0,001

W odniesieniu do wsparcia ze strony rówieśników z klasy (tab. 21) stwierdzono na podstawie wyników badań HBSC, że:

- wśród ankietowanej młodzieży 19,1% oceniało wsparcie ze strony rówieśników z klasy jako niskie; odsetek ten zwiększył się w porównaniu do danych z badań HBSC 2014 – 10,9%;
- 21,7% oceniało poziom wsparcia z tego źródła jako wysoki; w porównaniu z danymi HBSC 2014 stwierdzono obniżenie odsetka młodzieży, która oceniała poziom wsparcia jako wysoki – 31,6%;
- 59% oceniło wsparcie ze strony rówieśników jako przeciętne;
- postrzeganie wsparcia ze strony rówieśników uwarunkowane jest płcią i wiekiem; chłopcy częściej niż dziewczęta mają wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników; postrzeganie wsparcia obniża się wraz z wiekiem;
- tempo zmian w zakresie postrzegania wsparcia ze strony rówieśników jest podobne dla obu płci; największą zmianę – 8 punktów procentowych u chłopców i 11 punktów procentowych u dziewcząt stwierdzono porównując 11- i 13-latkę, na niekorzyść starszych uczniów.

Wsparcie ze strony nauczycieli

Pytania i wskaźniki

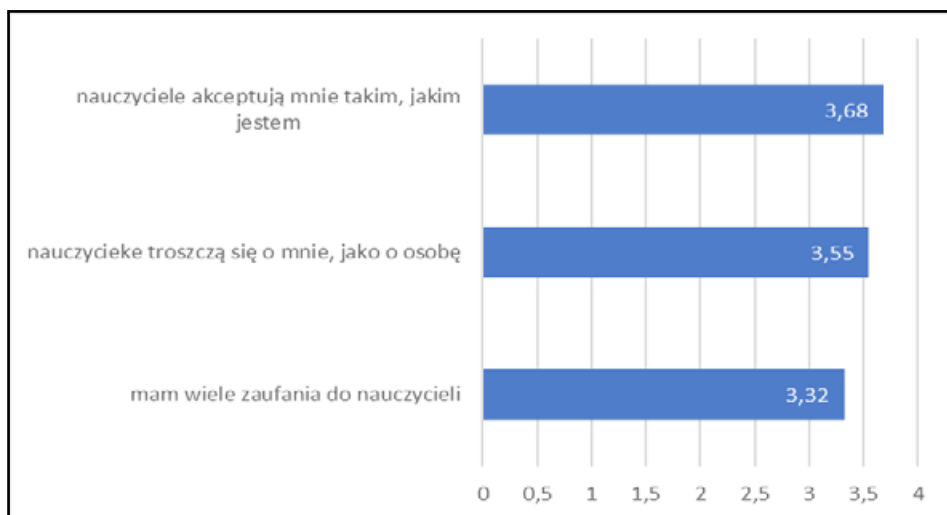
Pytania dotyczące wsparcia ze strony nauczycieli zostały zastosowane pierwszy raz w badaniach HBSC w 2010r. jako pakiet pytań nieobowiązkowych. Początkowo

skala składała się z 4 pytań. Wyniki badań walidacyjnych wykazały zasadność skrócenia skali do 3 pytań i rekomendowano jej użycie w kwestionariuszu obowiązkowym. Pierwszy raz w kwestionariuszu obowiązkowym skala została użyta w 2014r. Uczniowie odpowiadają na trzy pytania: *Mam poczucie, że moi nauczyciele akceptują mnie takim, jakim jestem; Mam poczucie, że moi nauczyciele troszczą się o mnie jako o osobę; Mam wiele zaufania do moich nauczycieli*; kategorie odpowiedzi: *zdecydowanie nie zgadzam się, nie zgadzam się, nie mam zdania, zgadzam się, zdecydowanie zgadzam się*. Analogicznie jak w odniesieniu do skali wsparcia ze strony rówieśników, odpowiedzi uczniów przekodowane zostały od 0 do 4. Uzyskane wyniki sumowane są w indeks, który tworzy skalę wsparcia ze strony rówieśników. Skala ma zakres od 0 do 12 punktów. Im wyższy wyniki tym wyższy poziom wsparcia ze strony rówieśników. Zakres punktów 0-5 oznaczał niski, 6-9 średni i 10-12 wysoki poziom wsparcia. Uzyskano dobrą rzetelność dla skali wsparcia ze strony nauczycieli – współczynnik alfa-Cronbacha = 0,850. Skala ma strukturę jednoczynnikową, główna składowa wyjaśnia 77,139 ogólnej zmienności danych wejściowych.

Pytania były dobrze rozumiane przez młodzieży – brak danych wyniósł 0,8%.

Ważniejsze wyniki

Młodzież objęta badaniami HBSC w 2018 roku oceniała wsparcie ze strony nauczycieli średnio na 7,34 punktów w skali 0-12 (SD=2,86). W 2014 roku uzyskano wynik średniej równy 7,95 (SD=2,79).



Ryc. 8. Średnia punktacja skali dotyczącej wsparcia ze strony nauczycieli w szkole

Średnią punktacją (w skali 1-5) odpowiedzi na każde pytanie przedstawiono na rycinie 8. Najgorzej oceniano zaufanie do nauczycieli.

Tabela 22. Poziom wsparcia ze strony nauczycieli według płci i wieku

Grupa wieku			Poziom wsparcia ze strony nauczycieli			Średnia ± SD	
			niski	przeciętny	wysoki		
11 lat	Płeć	Chł.	N	114	481	259	8,16± 2,74
			%	13,3%	56,3%	30,3%	
		Dz.	N	86	418	324	8,65± 2,55
			%	10,4%	50,5%	39,1%	
	Ogółem		N	200	899	583	8,40± 2,65
			%	11,9%	53,4%	34,7%	
13 lat	Płeć	Chł.	N	174	497	162	7,23± 2,82
			%	20,9%	59,7%	19,4%	
		Dz.	N	203	533	146	7,12± 2,73
			%	23,0%	60,4%	16,6%	
	Ogółem		N	377	1030	308	7,17± 2,77
			%	22,0%	60,1%	18,0%	
15 lat	Płeć	Chł.	N	233	485	128	6,83± 2,94
			%	27,5%	57,3%	15,1%	
		Dz.	N	317	520	86	6,23± 2,74
			%	34,3%	56,3%	9,3%	
	Ogółem		N	550	1005	214	6,52± 2,85
			%	31,1%	56,8%	12,1%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	521	1463	549	7,41± 2,89
			%	20,6%	57,8%	21,7%	
		Dz.	N	606	1471	556	7,29± 2,85
			%	23,0%	55,9%	21,1%	
	Ogółem		N	1127	2934	1105	7,35± 2,87
			%	21,8%	56,8%	21,4%	

Płeć: chi-kw.=4,40; df=2; p=0,111; Grupa wieku: chi-kw.=371,62; df=4; p<0,001

W odniesieniu do wsparcia ze strony nauczycieli (tab. 22) stwierdzono na podstawie wyników badań HBSC, że:

- wśród ankietowanej młodzieży 21,4% oceniało wsparcie ze strony nauczycieli jako niskie; odsetek ten zwiększył się w porównaniu do danych z badań HBSC 2014 – 16,3%;
- 21,8% oceniało poziom wsparcia z tego źródła jako wysoki; w porównaniu z danymi HBSC 2014 stwierdzono obniżenie odsetka młodzieży, która oceniała poziom wsparcia jako wysoki – 28,0%;
- 56,8% oceniło wsparcie ze strony nauczycieli jako przeciętne;
- spostrzeganie wsparcia ze strony nauczycieli nie jest istotnie zależne od płci, stwierdzono jednak tendencje zmian w postrzeganiu wsparcia z tego źródła, na korzyść dziewcząt;
- zmiany w postrzeganiu wsparcia ze strony nauczycieli zależne są od wieku; wraz z wiekiem istotnie zmniejsza się odsetek uczniów, którzy postrzegają wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli i zwiększa odsetek uczniów niezadowolonych ze wsparcia z tego źródła.

Podsumowanie

Odpowiedzi uzyskane od młodzieży w zakresie wskaźników oceniających środowisko szkolne prowadzą do następujących wniosków:

- dziewczęta, w porównaniu do chłopców, są częściej zadowolone ze swoich osiągnięć szkolnych; wraz z wiekiem zwiększa się odsetek uczniów niezadowolonych ze swoich osiągnięć szkolnych;
- stosunek uczniów do szkoły uległ pogorszeniu w stosunku do badań HBSC przeprowadzonych w 2014r. Należy poszukiwać przyczyn, dla których polskie nastolatki coraz rzadziej bardzo lubią szkołę i coraz częściej nie lubią jej wcale;
- dziewczęta i starsi uczniowie są częściej obciążeni dużym stresem szkolnym;
- w ciągu ostatnich 4 lat zwiększył się odsetek uczniów odczuwających duży poziom stresu szkolnego i znacznie obniżył się odsetek uczniów, którzy nie odczuwają go wcale;
- wraz z wiekiem obniża się odsetek uczniów, którzy mają wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników z klasy i ze strony nauczycieli;
- porównując wyniki badań HBSC 2018 z wynikami badań realizowanych w 2014 roku odnotowano pogorszenie postrzegania wsparcia społecznego związanego ze szkołą.

Piśmiennictwo

- Garcia-Moya I, Brooks F, Morgan A. (2015). Subjective well-being in adolescence and teacher connectedness. A health asset analysis. *Health Educational Journal*, 74(6): 641–54.
- Goodman E, Huang B, Schafer-Kalkhoff T, i in. (2007). Perceived socioeconomic status: a new type of identity the influences adolescents' self-rated health. *Journal of Adolescent Health*, 41(5): 479–87.
- Małkowska-Szkutnik A, Mazur J. (2011). Funkcjonowanie w szkole uczniów z chorobami przewlekłymi. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(2): 232–40.
- Małkowska-Szkutnik A, Woynarowska B, Mazur J. (2018). Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły i funkcjonowanie w niej uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 1(247): 179–97.
- Mazur J, Dzielska A, Woynarowska B, Zawadzka D. (2015). Środowisko gimnazjów w opinii uczniów i dyrektorów szkół. *Zdrowie i szkoła 2015. Raport techniczny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur J, Małkowska-Szkutnik A. (red.) (2017). Środowisko fizyczne i społeczne oraz jakość funkcjonowania szkoły a zdrowie subiektywne i zachowania zdrowotne nastolatków. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur J. (2011). Związek między osiągnięciami w szkole a dolegliwościami subiektywnymi młodzieży 15-letniej na tle szerszych uwarunkowań środowiskowych. W: Mazur J. (red.). *Spółeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Perra O, Fletcher A, Bonell C. (2012). School-related predictors of smoking, drinking and drug use: evidence from Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence*, 35(2): 315–24.
- Tabak I, Mazur J. (2016). Social support and family communication as factors protecting adolescents against multiple recurrent health complaints related to school stress. *Developmental Period Medicine*, 20(1): 27–39.
- Torsheim T, Wold B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 24(6): 701–13.
- Woynarowska B, Małkowska-Szkutnik A, Woynarowska-Soldan M, Mazur J. (2015). Postrzeganie przez młodzież w wieku 11-15 lat wybranych aspektów środowiska psychospołecznego szkoły. *Tendencje zmian w latach 1990-2010. Kwartalnik Pedagogiczny*, 1(235): 185–205.
- Wrona A, Małkowska-Szkutnik A, Tomaszewska-Pękała H. (2015). Perceived support from parents, teachers and peers as a factor of early leaving from upper secondary school in Poland. *Sociological Review*, 64(1):61–81.

ROZDZIAŁ II. ZDROWIE

Joanna MAZUR

Subiektywna ocena zdrowia

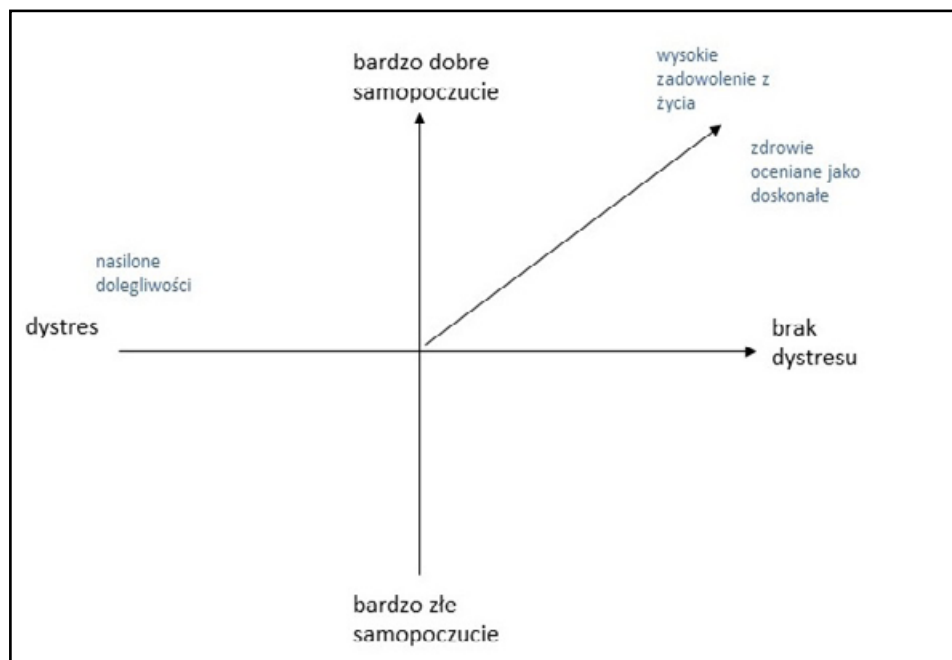
Wstęp

Obecnie, w krajach wysokorozwiniętych odchodzi się od analiz zdrowia jedynie w kontekście leczenia i zapobiegania różnym chorobom przewlekłym lub o ostrym przebiegu. Tradycyjne wskaźniki chorobowości i umieralności powinny być uzupełniane wskaźnikami subiektywnej oceny zdrowia, pochodzącymi z reprezentatywnych badań ankietowych. Uzupełnienie administracyjnie zbieranych statystyk jest szczególnie ważne w odniesieniu do starszych dzieci i młodzieży, czyli grup wieku uznawanych za najzdrowsze w populacji, jeśli wziąć pod uwagę niskie wskaźniki umieralności. Z drugiej strony, okres adolescencji uznaje się za krytyczny ze względu na zwiększone ryzyko zaburzeń o podłożu psychicznym oraz rozwój i utrwalanie korzystnych lub niekorzystnych zachowań zdrowotnych. Odpowiednie inwestowanie w zdrowie młodzieży warunkuje dalsze funkcjonowanie społeczeństwa, nawet w perspektywie kilkudziesięciu lat (Burt 2002).

Według współczesnych definicji, zdrowie ma wiele wymiarów, ponieważ dotyczy: funkcjonowania fizycznego, psychicznego (w aspekcie poznawczym i emocjonalnym) oraz społecznego. Często, jako kolejny ważny wymiar zdrowia traktuje się zdrowie duchowe, powiązane z systemem wartości człowieka.

Według protokołu badań HBSC, dalej opisane pytania, stosowane jako obowiązkowe we wszystkich krajach, dotyczą: samooceny zdrowia (Bleidablik i in. 2009), ogólnego zadowolenia z życia (Levin i Currie 2013) oraz odczuwania dolegliwości psychosomatycznych (Haugland i in. 2001). Zostały one w różnym okresie wprowadzone do protokołu badań HBSC z inicjatywy grupy roboczej *Positive Health Focus Group* (PH FG) po odpowiednich badaniach walidacyjnych. Odnoszą się głównie do wymiaru fizycznego zdrowia oraz psychicznego w aspekcie emocjonalnym. Funkcjonowanie społeczne badane jest szeregiem pytań dotyczących rodziny, szkoły i rówieśników (wdrażanych przez inne grupy robocze), a zdrowiu duchowemu poświęcony jest odrębny pakiet opcjonalny (Michaelson i in. 2016). PH FG zaproponowała do tej rundy badań HBSC szereg pakietów opcjonalnych, które również dotyczą zdrowia fizycznego (np. na temat chorób przewlekłych i niepełnosprawności, używania leków bez wskazań lekarza), zdrowia psychicznego (np. skale stresu, depresji) oraz zdrowia społecznego (np. samoskuteczność w relacjach społecznych, uczestnictwo w życiu społecznym, pozytywny rozwój). Obszar zainteresowań grupy roboczej zajmującej się w sieci HBSC pomiarem zdrowia stale poszerza się. Przykładem tego jest wdrożenie pytań opcjonalnych na temat długości i jakości snu (Paiva i in. 2015).

Model pomiaru zdrowia zaproponowany w protokole badań HBSC 2018 przedstawiono na rycinie 9 (Inchley i in. 2016). Przyjęto założenie, że zdrowie mierzy się na kontinuum, ale w ujęciu dwuwymiarowym, osobno analizując poziom stresu i ogólnego dobrostanu. Dobra samoocena zdrowia i zadowolenie z życia świadczą o stanie optymalnym ze względu na oba uwzględnione na rycinie wymiary. Nasilenie dolegliwości psychosomatycznych obrazuje zmienność na osi poziomej odnoszącej się do odczuwania stresu (dystresu).



Ryc. 9. Model subiektywnej oceny zdrowia według protokołu HBSC

Dotychczasowe opracowania krajowe i zagraniczne wykorzystujące pytania obowiązkowe na temat subiektywnej oceny zdrowia koncentrowały się wokół: tendencji zmian w czasie (Ottová-Jordan i in. 2015), różnic związanych z płcią (Cavallo i in. 2006), wiekiem i rejonem zamieszkania (Torsheim i in. 2006), uwarunkowań negatywnych lub pozytywnych wskaźników zbudowanych na bazie tych pytań (More i in. 2017; Mazur i in. 2008), ich wzajemnych zależności (Mazur i in. 2018) oraz wokół związku z zachowaniami zdrowotnymi (Iannotti i in. 2009).

Należy zwrócić uwagę, że w świetle różnych opracowań, polska młodzież stale zajmuje niekorzystną pozycję pod względem subiektywnej oceny zdrowia, na tle innych krajów sieci HBSC. W grupie 42 krajów porównanych w międzynarodowym raporcie z badań 2013/14, w rankingu od najbardziej do najmniej korzystnych wskaźników, polskie 15-latki zajmowały trzecią od końca pozycję pod względem samooceny zdrowia (po Łotwie i Walii), drugą od końca pozycję pod względem

zadowolenia z życia (po Macedonii) oraz szóstą od końca pozycję pod względem częstości występowania powtarzających się dolegliwości psychosomatycznych (na końcu rankingu znalazły się Malta, Włochy i Izrael) (Inchley i in. 2016).

Pytania i wskaźniki

Pytanie na temat **samooceny zdrowia** (SRH – *Self-rated Health*) jest powszechnie stosowane w badaniach ankietowych ludności, także w badaniach ekonomicznych i społecznych nie dotyczących bezpośrednio zdrowia. Dzieci i młodzież lepiej oceniają swoje zdrowie niż osoby dorosłe, lecz wczesne sygnalizowanie problemów zdrowotnych prognozuje gorsze funkcjonowanie w późniejszych latach, większą podatność na choroby i przedwczesną umieralność (Idler i Benyamini 1997). Istnieje szereg alternatywnych sposobów sformułowania tego pytania i kategorii odpowiedzi. Wg protokołu HBSC, uczniowie mają za zadanie ocenić, czy swoje zdrowie uważają za: *doskonałe, dobre, niezłe lub słabe*. W 2010 r. zdecydowano zmienić w Polsce tłumaczenie odpowiednich kategorii odpowiedzi, aby zwiększyć porównywalność z danymi międzynarodowymi (Schnohr i in. 2016). Interpretując wyniki, najczęściej buduje się wskaźnik negatywny – odsetek młodzieży, która uważa swoje zdrowie za gorsze niż dobre. Pytanie na temat samooceny zdrowia jest zrozumiałe i akceptowane przez młodzież, a odsetek braków danych w 2018 roku był niewielki (0,4%).

Skala dolegliwości stosowana w badaniach HBSC nazywana jest często HBSC-SCL, czyli listą kontrolną symptomów (ang. *checklist*), inaczej określanych jako nieswoiste dolegliwości subiektywne. Młodzież pytana jest o występowanie w ostatnich 6 miesiącach: *bólu głowy, bólu brzucha, bólu pleców, zawrotów głowy, przygnębienia, rozdrażnienia lub złego humoru, zdenerwowania, trudności w zasypianiu*¹. Pierwsze cztery są traktowane, jako dolegliwości somatyczne, pozostałe cztery mają silniejsze podłoże psychiczne. Blok pytań na temat dolegliwości subiektywnych stosowany był w niezmienionej postaci począwszy od badań HBSC z 1994 roku, chociaż ciągle modyfikowane są metody interpretacji wyników (Ravens-Sieberer 2008). Uwzględnia się 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*.

Budując indeksy sumaryczne, przekodowuje się odpowiedzi w kolejności odwrotnej, a wysoka punktacja jest stanem negatywnym.

Istnieje szereg metod interpretacji wyników:

- analiza występowania poszczególnych symptomów;
- zidentyfikowanie maksymalnej częstości występowania po porównaniu ośmiu symptomów;
- ogólny indeks, przyjmujący zakres 0-32 punktów lub dwa indeksy cząstkowe (0-16 punktów), odpowiadające dolegliwościom somatycznym i psychicznym;
- liczba symptomów odczuwanych codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu.

¹ Poza protokołem w 2018 roku w Polsce pytano również o odczuwanie zmęczenia.

W wielu opracowaniach (jak też w raporcie międzynarodowym) stosowany jest wskaźnik negatywny – odsetek młodzieży, która odczuwa dwie lub więcej dolegliwości, częściej niż 1 raz w tygodniu lub codziennie. Określany jest on jako wskaźnik mnogich dolegliwości (*multiple symptoms*) powtarzających się dolegliwości psychosomatycznych (*recurrent symptoms*).

Skala częstości występowania ośmiu dolegliwości (0-32 punkty) ma dobrą rzetelność w polskiej próbie HBSC z 2018 roku (współczynnik alfa-Cronbacha=0,790), jednak interpretując jej wynik należy mieć na względzie strukturę dwuczynnikową. Ponadto, jak sygnalizowano już w krajowym raporcie z badań HBSC 2014, zakwalifikowanie trudności w zasypianiu do dolegliwości psychicznych jest umowne. Także w świetle danych z 2018 roku symptom ten umiarkowanie pasuje do bloku dolegliwości somatycznych (ładunek 0,390) i psychicznych (0,419). Satisfakcjonująca rzetelność (alfa-Cronbacha=0,715) i struktura dwuczynnikowa dotyczy też uproszczonego indeksu (0-8 punktów).

Odsetek braków danych wahał się od 0,8% do 2,0% dla poszczególnych symptomów, a szczególnie kłopotliwe okazało się pytanie na temat bólu pleców. Pełną ocenę za pomocą indeksów ośmiu dolegliwości można było przeprowadzić u 97,0% ankietowanych.

Pytanie dotyczące ogólnego **zadowolenia z życia** znajduje się w protokole badań HBSC w niezmienionej postaci od 2002 roku, jako adaptacja tzw. skali Cantrila. Jest to skala wizualna, przypominająca drabinę. Można ją uznać za proste narzędzie do pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem. Uczniom wyjaśnia się: *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 lub dla niego dobre. Tego typu skala pozwala uniknąć pułapek językowych wynikających z tłumaczeń kategorii odpowiedzi z jasno przypisanymi etykietami. Zakłada się, że osoby, które wybrały poziom 0-5 pkt. są niezadowolone z życia; 6-8 pkt. są przeciętnie zadowolone; a ci, którzy zakreślili 9-10 pkt. są bardzo zadowoleni ze swojego życia. Możliwy jest również podział dychotomiczny na niezadowolonych i zadowolonych oraz prezentacja wartości średnich.

W 2018 roku na pytanie dotyczące zadowolenia z życia nie odpowiedziało 1,1% ankietowanych.

Ważniejsze wyniki

Badanie przeprowadzone w 2018 roku potwierdziły, że wskaźniki subiektywnej oceny zdrowia są ze sobą powiązane. Młodzież oceniającą swoje zdrowie jako gorsze niż dobre charakteryzował niższy poziom zadowolenia z życia i częstsze odczuwanie dolegliwości subiektywnych. Średnie zadowolenie z życia w skali Cantrila kształtowało się w grupie gorzej i lepiej oceniających zdrowie odpowiednio na poziomie

5,95±2,2 i 7,74±1,77 punktów. Średni indeks nasilenia dolegliwości subiektywnych wynosił w obu tych grupach odpowiednio 14,55±6,94 oraz 8,26±5,94.

W odniesieniu do samooceny zdrowia (tab. 23) stwierdzono na podstawie wyników badań HBSC 2018, że:

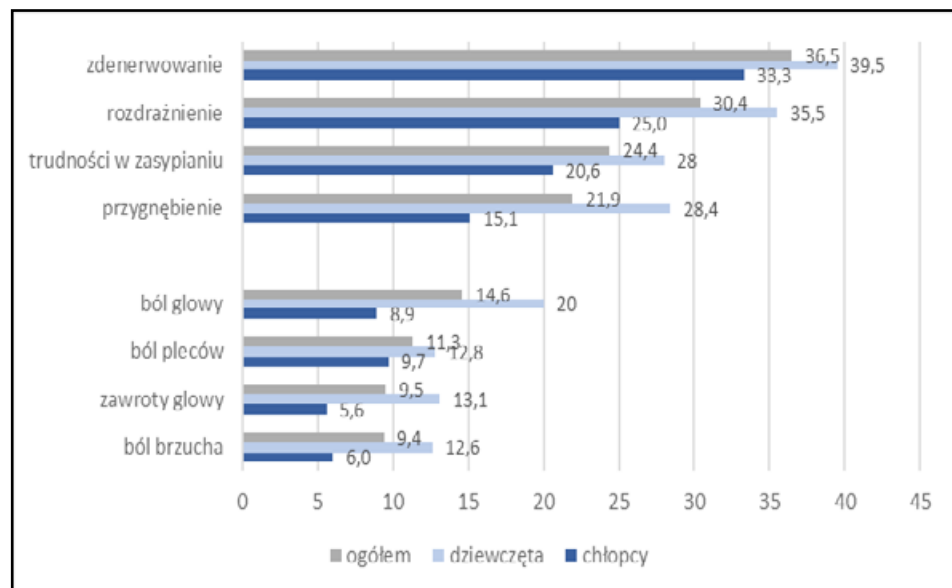
- odsetek młodzieży w wieku 11-15 lat, która ocenia swoje zdrowie jako gorsze niż dobre, równy jest 14,2%;
- stanowi to poprawę względem badań HBSC z 2014 roku (16,2%), jednak należy pamiętać o mniejszym udziale przewlekłe chorych w próbie;
- równocześnie jednak znacząco obniżył się odsetek uznających swoje zdrowie za doskonałe (z 27,4% do 22,0%);
- samoocena zdrowia jest nadal silnie uwarunkowana płcią i wiekiem; jest dużo gorsza u dziewcząt oraz wyraźnie pogarsza się z wiekiem;
- tempo zmian samooceny zdrowia różni się u obu płci; u dziewcząt jest to systematyczne pogorszenie w kolejnych rocznikach, podczas gdy u chłopców pogorszenie notowane jest dopiero u 15-latków.

Tabela 23. Samoocena zdrowia wg płci i wieku

Grupa wieku			Zdrowie				
			doskonałe	dobrze	nieźle	słabo	
11	Płeć	Chł.	N	291	495	74	9
			%	33,5%	57,0%	8,5%	1,0%
		Dz.	N	215	543	53	18
			%	25,9%	65,5%	6,4%	2,2%
	Ogółem		N	506	1038	127	27
			%	29,8%	61,1%	7,5%	1,6%
13	Płeć	Chł.	N	213	544	69	8
			%	25,5%	65,2%	8,3%	1,0%
		Dz.	N	132	613	117	22
			%	14,9%	69,3%	13,2%	2,5%
	Ogółem		N	345	1157	186	30
			%	20,1%	67,3%	10,8%	1,7%
15	Płeć	Chł.	N	185	524	114	27
			%	21,8%	61,6%	13,4%	3,2%
		Dz.	N	108	589	183	43
			%	11,7%	63,8%	19,8%	4,7%
	Ogółem		N	293	1113	297	70
			%	16,5%	62,8%	16,8%	3,9%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	689	1563	257	44
			%	27,0%	61,2%	10,1%	1,7%
		Dz.	N	455	1745	353	83
			%	17,3%	66,2%	13,4%	3,1%
	Ogółem		N	1144	3308	610	127
			%	22,0%	63,8%	11,8%	2,4%

Płeć: chi-kw.=82,15; df=3; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=169,57; df=6; p<0,001

Na rycinie 10 porównano częstość zgłaszania przez młodzież powtarzających się dolegliwości, tworząc ich ranking osobno w grupie symptomów somatycznych i tych o silniejszym podłożu psychicznym. Najczęściej zgłaszane jest zdenerwowanie, a głównym symptomem somatycznym są bóle głowy. Obecnie symptomy o podłożu psychicznym występują dużo częściej od dolegliwości określaných jako somatyczne.



Ryc. 10. Odsetek młodzieży zgłaszającej wybrane dolegliwości częściej niż 1 raz w tygodniu lub prawie codziennie wg grup dolegliwości i płci ankietyowanych

W latach 2014-2018 istotnie zmniejszyła się częstość występowania bólu głowy, brzucha i pleców oraz zawrotów głowy, istotnie częściej notowane było rozdrażnienie, zdenerwowanie i trudności z zasypianiem. Tylko powtarzające się uczucie przygnębenia notowane było w obu rundach badań HBSC z podobną częstością (brak istotnego wzrostu w 2018 roku). Dokładnej analizie tendencji zmian szeregu wskaźników zdrowotnych poświęcone będzie odrębne opracowanie.

Analizując wyniki badań HBSC 2018 pod kątem występowania dolegliwości psychosomatycznych, wykazano, że (tab. 24):

- 41,4% ankietyowanych nastolatków zgłaszało powtarzające się dwie lub więcej dolegliwości;
- odsetek ten zwiększył się o 3,1% w porównaniu z danymi z 2014 roku;
- dziewczęta zgłaszają powtarzające się dolegliwości częściej niż chłopcy;
- obciążenie dolegliwościami psychosomatycznymi zwiększa się z wiekiem;
- u chłopców zwiększenie częstości występowania dolegliwości subiektywnych następuje w 15 roku życia, podczas gdy u dziewcząt obserwuje się systematyczny wzrost w kolejnych trzech rocznikach.

Tabela 24. Powtarzające się dolegliwości subiektywne według płci i wieku

Grupa wieku			Liczba dolegliwości odczuwanych często			Średnia \pm SD*		
			żadna	jedna	dwie lub więcej	Indeks 0-8 pkt.	Indeks 0-32 pkt.	
11	Płeć	Chł.	N	410	173	243	1,05 \pm 1,40	6,83 \pm 5,48
			%	49,6%	20,9%	29,4%		
		Dz.	N	351	170	289	1,37 \pm 1,68	8,20 \pm 6,24
			%	43,3%	21,0%	35,7%		
	Ogółem		N	761	343	532	1,21 \pm 1,55	7,51 \pm 5,91
			%	46,0%	22,1%	31,9%		
13	Płeć	Chł.	N	372	179	258	1,16 \pm 1,48	7,53 \pm 5,54
			%	46,0%	22,1%	31,9%		
		Dz.	N	280	156	435	1,94 \pm 1,94	10,77 \pm 6,75
			%	32,1%	17,9%	49,9%		
	Ogółem		N	652	335	693	1,56 \pm 1,77	9,21 \pm 6,40
			%	38,8%	19,9%	41,3%		
15	Płeć	Chł.	N	345	143	330	1,44 \pm 1,67	8,56 \pm 6,01
			%	42,2%	17,5%	40,3%		
		Dz.	N	237	145	535	2,30 \pm 2,04	12,46 \pm 6,76
			%	25,8%	15,8%	58,3%		
	Ogółem		N	582	288	865	1,89 \pm 1,94	10,62 \pm 6,71
			%	33,5%	16,6%	49,9%		
Ogółem	Płeć	Chł.	N	1127	495	831	1,22 \pm 1,53	8,56 \pm 6,01
			%	45,9%	20,2%	33,9%		
		Dz.	N	868	471	1259	1,89 \pm 1,94	12,46 \pm 6,76
			%	33,4%	18,1%	48,5%		
	Ogółem		N	1995	966	2090	1,56 \pm 1,78	10,62 \pm 6,71
			%	39,5%	19,1%	41,4%		

Płeć: chi-kw.=128,21; df=2; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=113,64; df=2; p<0,001

* Indeks 0-8 dotyczy liczby dolegliwości odczuwanych częściej niż 1 raz w tygodniu; Indeks 0-32 to ogólna punktacja częstości występowania ośmiu dolegliwości.

Przedstawienie szczegółowych danych odnośnie każdego symptomu przekracza ramy tego opracowania. Jako element uzupełniający dołączono tylko dane na temat odczuwania zmęczenia, co analizowane było poza protokołem międzynarodowym. Jest to niezwykle często raportowana dolegliwość, jednak nie tworząca spójnego indeksu z HBSC-SCL. Odczuwanie zmęczenia jednak koreluje z innymi dolegliwościami, szczególnie z zaburzeniami snu (Findlay 2008).

Ponad połowa ankietyowanych nastolatków odczuwa zmęczenie częściej niż 1 raz w tygodniu (54,4%), w tym 35,6% prawie codziennie (tab. 25). Zmęczenie zgłaszane jest więc dużo częściej niż dolegliwości wykazane we wcześniejszym zestawieniu. W przypadku tej dolegliwości celowe było zbudowanie wskaźnika odnoszącego się do epizodów powtarzających się prawie codziennie. Dziewczęta odczuwają zmęczenie częściej niż chłopcy, a młodzież starsza częściej niż młodsza.

Tabela 25. Częstość odczuwania zmęczenia według płci i wieku

Grupa wieku				Odczuwanie zmęczenia				
				prawie codziennie	częściej niż 1 raz w tyg.	prawie w każdym tyg.	prawie w każdym mies.	rzadko lub nigdy
11	Płeć	Chł.	N	226	146	129	138	194
			%	27,1%	17,5%	15,5%	16,6%	23,3%
		Dz.	N	235	137	134	144	168
			%	28,7%	16,7%	16,4%	17,6%	20,5%
	Ogółem		N	461	283	263	282	362
			%	27,9%	17,1%	15,9%	17,1%	21,9%
13	Płeć	Chł.	N	229	146	151	152	142
			%	27,9%	17,8%	18,4%	18,5%	17,3%
		Dz.	N	389	147	139	116	87
			%	44,3%	16,7%	15,8%	13,2%	9,9%
	Ogółem		N	618	293	290	268	229
			%	36,4%	17,3%	17,1%	15,8%	13,5%
15	Płeć	Chł.	N	260	190	171	111	104
			%	31,1%	22,7%	20,5%	13,3%	12,4%
		Dz.	N	475	191	135	66	45
			%	52,1%	20,9%	14,8%	7,2%	4,9%
	Ogółem		N	735	381	306	177	149
			%	42,0%	21,8%	17,5%	10,1%	8,5%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	715	482	451	401	440
			%	28,7%	19,4%	18,1%	16,1%	17,7%
		Dz.	N	1099	475	408	326	300
			%	42,1%	18,2%	15,6%	12,5%	11,5%
	Ogółem		N	1814	957	859	727	740
			%	35,6%	18,8%	16,9%	14,3%	14,5%

Płeć: chi-kw.=116,44; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=202,18; df=8; p<0,001

Podobnie jak w przypadku innych wskaźników subiektywnej oceny zdrowia obserwuje się też:

- nasilenie różnic zależnych od płci od 13 roku życia;
- szybsze tempo zmian u dziewcząt; odsetek dziewcząt odczuwających prawie codziennie zmęczenia zwiększa się o 23,4% między 11 a 15 rokiem życia, podczas gdy u chłopców jest to tylko wzrost o 4%, który następuje od 13 roku życia.

Przechodząc do trzeciego zagadnienia, należy zaznaczyć, że w 2018 roku ankietowana młodzież oceniała swoje zadowolenie z życia średnio na 7,48 punktów w skali 0-10 (SD=1,95), co stanowi niewielki wzrost w porównaniu z rokiem 2014 (7,38±2,13). W tym samym czasie odsetek wyraźnie niezadowolonych zmniejszył się z 19,4% do 16,0%. Do kategorii ocen bardzo wysokich zakwalifikowany został zbliżony odsetek nastolatków, tak więc poprawę może interpretować jako przesunięcie z stanu niezadowolenia do oceny przeciętnej.

Tabela 26. Zadowolenie z życia w skali Cantrila według płci i wieku

Grupa wieku				Poziom zadowolenia z życia			Średnia ±SD
				niski 0-5 pkt	przeciętny 6-8 pkt	wysoki 9-10 pkt	
11	Płeć	Chł.	N	86	364	404	8,08±1,80
			%	10,1%	42,6%	47,3%	
		Dz.	N	91	342	391	8,02±1,84
			%	11,0%	41,5%	47,5%	
	Ogółem		N	177	706	795	8,05±1,82
			%	10,5%	42,1%	47,4%	
13	Płeć	Chł.	N	92	439	298	7,75±1,76
			%	11,1%	53,0%	35,9%	
		Dz.	N	207	448	223	7,04±2,04
			%	23,6%	51,0%	25,4%	
	Ogółem		N	299	887	521	7,39±1,94
			%	17,5%	52,0%	30,5%	
15	Płeć	Chł.	N	119	518	208	7,32±1,87
			%	14,1%	61,3%	24,6%	
		Dz.	N	229	518	173	6,77±1,96
			%	24,9%	56,3%	18,8%	
	Ogółem		N	348	1036	381	7,03±1,94
			%	19,7%	58,7%	21,6%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	297	1321	910	7,72±1,84
			%	11,7%	52,3%	36,0%	
		Dz.	N	527	1308	787	7,25±2,02
			%	20,1%	49,9%	30,0%	
	Ogółem		N	824	2629	1697	7,48±1,95
			%	16,0%	51,0%	33,0%	

Płeć: chi-kw.=70,95; df=2; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=274,07; df=4; p<0,001

Analizując wyniki badań HBSC 2018, wykazano ponadto, że (tab. 26):

- podobnie jak w poprzednich rundach tych badań dziewczęta są mniej zadowolone z życia niż chłopcy, jednak różnice zależne od płci pojawiają się dopiero w 13-tym roku życia;
- poziom zadowolenia z życia wyraźnie pogarsza się z wiekiem;
- tempo zmian jest inne u obu płci; między 11 a 15 rokiem życia odsetek niezadowolonych z życia chłopców zmniejsza się o 4%, a odsetek niezadowolonych z życia dziewcząt o prawie 14%.

Podsumowanie

Odpowiedzi na trzy główne bloki pytań na temat subiektywnej oceny zdrowia prowadzą do spójnych wniosków:

- podobnie jak w poprzednich rundach badań, dziewczęta oceniają swoje zdrowie gorzej niż chłopcy, ale różnice związane z płcią pojawiają się dopiero około 13 roku życia;
- samoocena zdrowia i zadowolenia z życia pogarsza się z wiekiem;
- tempo zmian omawianych subiektywnych wskaźników związane z wiekiem jest silniejsze u dziewcząt;
- w porównaniu z wynikami badań HBSC z 2014 roku zmienił się rozkład odpowiedzi na pytania oceniające zdrowie i zadowolenie z życia; znacząco zwiększył się odsetek młodzieży, która wybierała odpowiedzi przeciętne; równocześnie zaś zmniejszył się udział odpowiedzi skrajnie negatywnych i skrajnie pozytywnych;
- zmniejszeniu częstości występowania dolegliwości somatycznych towarzyszy częstsze występowanie dolegliwości o podłożu psychicznym;
- porównanie subiektywnej oceny zdrowia w 2014 i 2018 roku może być obciążone różnicami w charakterystyce prób, na przykład spadkiem odsetka młodzieży z długotrwałymi problemami zdrowotnymi;
- należy zwracać uwagę na inne dolegliwości, nieuwjęte w narzędziu badawczym stosowanym w kwestionariuszu HBSC, takie jak nagminne zmęczenie;
- w dalszych analizach należy zwrócić uwagę na uwarunkowania i potencjalne skutki gorszej oceny zdrowia oraz zmian w tym zakresie, jakie zachodzą w okresie adolescencji;
- w dalszych opracowaniach, szczególnie dotyczących trendów, warto byłoby jako czynnik zakłócający porównania, uwzględnić zmieniający się w kolejnych rundach badań HBSC odsetek uczniów z chorobami przewlekłymi.

Piśmiennictwo:

- Breidablik H, Meland E, Lydersen S. (2009). Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *European Journal of Public Health*, 19:73–8.
- Burt MR. (2002). Reasons to invest in adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 31:136–52.
- Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, i in. (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15:1577–85.
- Findlay SM. (2008). The tired teen: A review of the assessment and management of the adolescent with sleepiness and fatigue. *Paediatr Child Health*, 13(1):37–42.
- Haugland S, Wold B, Stevenson J, i in. (2001). Subjective health complaints in adolescence. *European Journal of Public Health*, 11:4–10.
- Iannotti R, Janssen I, Haug E, i in. (2009). Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *International Journal of Public Health*, 54:191–8.
- Idler EL, Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21–37.

- Inchley J, Currie D, Samdal O, i in. editors. (2016). Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-Being, Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study, International Report from the 2013/2014 Survey. World Health Organization.
- Levin KA, Currie C. (2013). Reliability and Validity of an Adapted Version of the Cantril Ladder for Use with Adolescent Samples. *Social Indicators Research*, 119:1047–63.
- Mazur J, Szkulciecka-Dębek M, Dzielska A, (2018). What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Archives of Medical Science*, 14(1):18289.
- Mazur J, Tabak I, Kołło H. (2008). Czynniki ryzyka i ochronne wśród uwarunkowań subiektywnych dolegliwości młodzieży 15-letniej. *Przegląd Epidemiologiczny*, 62(3):633v41.
- Michaelson V, Brooks F, Inchley I, Whitehead R., King N., Walsh S., Davidson C., Mazur J., Pickett W. and HBSC Spiritual Health Writing Group (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM – Population Health*, 2:294–303.
- Moore GF, Littlecott HJ, Evans R, i in. (2017). School composition, school culture and socioeconomic inequalities in young people's health: Multi-level analysis of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Wales. *British Educational Research Journal*, 43(2):310–29.
- Ottová-Jordan V, Smith ORF, Augustine L, i in. (2015). 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*, 25:83–9.
- Paiva T, Gaspar T, Matos MG. (2015). Sleep deprivation in adolescents: correlations with health complaints and health-related quality of life. *Sleep Medicine*, 16(4):521–7.
- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, i in. (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18:294–9.
- Schnohr CW, Gobina I, Santos T, i in. (2016). Semantics bias in cross-national comparative analyses: is it good or bad to have 'fair' health? *Health and Quality of Life Outcomes*, 14:70.
- Torsheim T, Currie C, Boyce W, i in. (2006). Country material distribution and adolescents' perceived health: multilevel study of adolescents in 27 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:156–61.

Rozwój fizyczny i samoocena masy ciała

ROZWÓJ FIZYCZNY

Wstęp

Prawidłowy, harmonijny rozwój fizyczny uważany jest za główny pozytywny miernik zdrowia. Proces rozwoju somatycznego przebiegający najintensywniej w okresie dojrzewania w drugiej dekadzie życia, określane jest przyrostami wymiarów somatycznych (parametrów antropometrycznych), głównie wysokości i masy ciała. Pomiar wysokości i masy ciała, prowadzone w tym okresie, pomagają ocenić dynamikę zmian somatycznych, wykryć ewentualne zaburzenia oraz prognozować dalszy przebieg rozwoju. Ponadto, do oceny stanu odżywienia, stosuje się wyliczony matematycznie wskaźnik względnej masy ciała BMI (*Body Mass Index*), określający proporcje masy ciała do wysokości. Jest on najpowszechniej używanym wskaźnikiem do wykrywania nadwagi i otyłości, co wielu autorów uzasadnia tym, że jest względnie wysoko skorelowany z zawartością tkanki tłuszczowej (Ikeda i in. 2006). Przez część naukowców jest krytykowany, jako nie wskazujący wprost na zawartość tkanki tłuszczowej badanej osoby (Stupnicki i Tomaszewski 2016). Łatwość obliczenia wskaźnika BMI sprawiła jednak, że powszechnie używa się go do wagowo-wzrostowej oceny poszczególnych osób, zwłaszcza w badaniach populacyjnych.

Nieprawidłowości w rozwoju somatycznym, zarówno dotyczące stanu odżywienia (zwłaszcza nadmiar masy ciała) jak i wzrastania (niskorosłość) mogą być u młodzieży nie tylko skutkiem różnego rodzaju problemów zdrowotnych, ale także rzutować na postrzeganie swego zdrowia, wyglądu, a nawet stać się przyczyną zaburzeń psychicznych, charakteryzujących się występowaniem ciągłych obaw związanych z przekonaniem o swoim nieestetycznym wyglądzie lub budowie ciała, czyli tzw. dysmorfofobii (Bielecka-Jasiocha i Rymkiewicz-Kluczyńska 2008).

Najczęstszym zaburzeniem rozwoju fizycznego występującym u dzieci i młodzieży jest nadwaga i otyłość. Ze względu na znaczenie tego problemu z punktu widzenia zdrowia publicznego (konsekwencje medyczne, psychologiczne i ekonomiczne), tendencje w tym zakresie są najczęściej monitorowane. W ogólnopolskich badaniach pt. „Opracowanie norm ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w Polsce OLAF” prowadzonych od 2007 do 2008 roku w reprezentatywnej grupie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (Kułaga i in. 2011), w odniesieniu do interesującej nas grupy nastolatków, nadwaga i otyłość występowała u 20% 11-latków obojga płci, u 19% chłopców i 14% dziewcząt 13-letnich oraz u 16% chłopców i 12% dziewcząt w wieku 15 lat. Badacze HBSC, analizując tendencje zmian w częstości

występowania nadwagi i otyłości w latach 2002-2010 w 25 krajach (Ahluwalia i in. 2015) zaobserwowali, że w krajach Europy Środkowo-Wschodniej odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością ulegał w tym czasie zwiększeniu. W Polsce zwiększał się on średnio o około 1 punkt procentowy rocznie, zarówno u chłopców jak i dziewcząt.

Niedobór masy ciała jest przedmiotem badań populacyjnych znacznie rzadziej, niż otyłość i dotyczy zazwyczaj dzieci i młodzieży z różnymi chorobami przewlekłymi (Sands i in. 2015). W Polsce, w ogólnopolskich badaniach populacyjnych przeprowadzonych w 2008 roku wśród młodzieży 13-letniej, niedobór masy ciała (BMI < 5 centyla) występował u 4,1% badanych (Jodkowska i in. 2010).

Podobnie, badania dotyczące niskorosłości u nastolatków także dotyczą głównie dzieci chorych przewlekle (Umławska i Prusek-Dutkiewicz 2007). Przekrojowe badania populacyjne są rzadko publikowane i dotyczą populacji pozaeuropejskich (Zayed i in. 2016). W Polsce, w wymienionych wyżej badaniach z 2008 roku (Jodkowska i in. 2010), niskorosłość (< 10 c) stwierdzono u 6% 13-latków, w tym znaczny niedobór wysokości (< 3 centyla) u 2,6% badanych. Zaburzenie to występowało z podobną częstością wśród dziewcząt i chłopców. Wysokorosłość (>97 centyla), która społecznie postrzegana jest raczej jako cecha pozytywna, stwierdzono dwa razy częściej u dziewcząt niż u chłopców (8% vs 4%).

Pytania i wskaźniki

Wskaźnik BMI częściej określany jest na podstawie pomiarów antropometrycznych, ale Światowa Organizacja Zdrowia zaleca również jego stosowanie w badaniach, do których dane zbierane są za pomocą kwestionariusza wypełnianego przez ankietera lub ankiety wypełnianej przez samego respondenta (World Health Organization, Copenhagen 1996). Zalecenia te znajdują zastosowanie w badaniach epidemiologicznych (Supranowicz 2003).

Pytania dla obliczenia wskaźnika masy ciała BMI, wykorzystywane są w badaniach HBSC od 1997/98 roku, początkowo jako dodatkowe, a od roku 2001/2002 – włączone do pakietu pytań obowiązkowych, dla wszystkich grup wieku. Pytania zostały przygotowane przez grupę ED FG (*Eating & Dieting Focus Group*). Brzmiały one w następujący sposób: *Ile ważysz bez ubraniakg?* oraz *Jaki jest twój wzrost bez obuwia.....cm?* Pytanie to pozostaje w niezmienionej formie od 2002 roku, kiedy to po raz pierwszy pojawiło się w badaniach polskich. Ponieważ, ze względu na organizacyjnych, w wylosowanych szkołach nie dokonywano pomiarów masy i wysokości ciała uczniów przed badaniem ankietowym, odsetek braków danych na temat BMI był stosunkowo duży i wynosił 9,3%, nieco więcej, niż w 2014 roku (8,4%). W odniesieniu do samej wysokości ciała było to 5,9%.

BMI obliczono według wzoru: masa ciała (w kg)/wysokość ciała (w m²).

Aby obliczyć BMI z-score odpowiedni dla płci i wieku (BMI-for-age), zastosowano punkty odcięcia zgodne z zaleceniami WHO 2007 (de Onis i in. 2007), a do

obliczeń wykorzystano makro WHO AnthroPlus dla programu SPSS². Niedobór masy ciała to odsetek dzieci o wartościach BMI od -1SD do -2SD, a znaczny niedobór - poniżej -2SD nadwagę zdefiniowano jako odsetek dzieci o wartości BMI od +1SD z-score do +2SD, a otyłość powyżej +2SD z-score. Jako niskorosłe zakwalifikowano osoby, których wysokość ciała odpowiadała wartości od -1SD do -2SD, a ze znacznym niedoborem wzrostu - wartości poniżej -2SD wg WHO (Blössner i in. 2009; Global Database on Child Growth and Malnutrition 2018). Dla porównania wyników badań z danymi z poprzedniej rundy HBSC, niedobór masy ciała, nadwagę i otyłość zdefiniowano także na podstawie punktów odcięcia międzynarodowego standardu *International Obesity Task Force (IOTF)* (Cole i Lobstein 2012), według wartości granicznych BMI (cut off points), ustalonych osobno dla chłopców, dziewcząt i grup wieku z dokładnością do jednego miesiąca.

Ważniejsze wyniki

Najważniejsze wyniki przedstawiono w tabelach 27-30 z uwzględnieniem wieku i płci ankietowanych.

Tabela 27. Podstawowe wskaźniki antropometryczne według płci i wieku

Grupa wieku			Wysokość (cm)	Masa ciała (kg)	Wskaźnik masy ciała - BMI
11 lat Płeć	Chł.	Średnia	151,87	43,36	18,73
		SD	8,95	10,02	3,34
	Dz.	Średnia	152,85	42,09	18,08
		SD	8,16	8,91	3,22
	Ogółem	Średnia	152,36	42,74	18,41
		SD	8,57	9,51	3,30
13 lat Płeć	Chł.	Średnia	166,22	55,71	20,10
		SD	9,16	12,63	3,62
	Dz.	Średnia	161,91	51,20	19,47
		SD	6,69	9,76	3,22
	Ogółem	Średnia	163,97	53,38	19,77
		SD	8,25	11,46	3,43
15 lat Płeć	Chł.	Średnia	176,77	66,08	21,15
		SD	7,40	11,64	3,27
	Dz.	Średnia	165,83	55,50	20,17
		SD	6,17	8,74	2,82
	Ogółem	Średnia	171,02	60,64	20,64
		SD	8,71	11,53	3,09

² <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>

Tabela 28. Kategorie wskaźnika masy ciała BMI według wartości referencyjnych WHO 2007 (z-score) według płci i wieku

Grupa wieku				Kategorie masy ciała wg WHO 2007				
				znaczny niedobór masy ciała	niedobór masy ciała	norma	nadwaga	otyłość
11 lat	Płeć	Chł.	N	36	78	378	181	69
			%	4,9%	10,5%	50,9%	24,4%	9,3%
		Dz.	N	41	117	441	101	28
			%	5,6%	16,1%	60,6%	13,9%	3,8%
	Ogółem		N	77	195	819	282	97
			%	5,2%	13,3%	55,7%	19,2%	6,6%
13 lat	Płeć	Chł.	N	28	84	410	182	60
			%	3,7%	11,0%	53,7%	23,8%	7,9%
		Dz.	N	41	136	521	112	20
			%	4,9%	16,4%	62,8%	13,5%	2,4%
	Ogółem		N	69	220	931	294	80
			%	4,3%	13,8%	58,4%	18,4%	5,0%
15 lat	Płeć	Chł.	N	27	89	506	154	33
			%	3,3%	11,0%	62,5%	19,0%	4,1%
		Dz.	N	28	139	629	55	14
			%	3,2%	16,1%	72,7%	6,4%	1,6%
	Ogółem		N	55	228	1135	209	47
			%	3,3%	13,6%	67,8%	12,5%	2,8%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	91	251	1294	517	162
			%	3,9%	10,8%	55,9%	22,3%	7,0%
		Dz.	N	110	392	1591	268	62
			%	4,5%	16,2%	65,7%	11,1%	2,6%
	Ogółem		N	201	643	2885	785	224
			%	4,2%	13,6%	60,9%	16,6%	4,7%

Płeć: chi-kw.=184,55; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=78,98; df=8; p<0,001

Tabela 29. Kategorie wskaźnika masy ciała BMI według standardu International Obesity Task Force (IOTF) według płci i wieku

Grupa wieku				Kategorie masy ciała wg IOTF			
				niedobór masy ciała	norma	nadwaga	otyłość
11 lat	Płeć	Chł.	N	84	488	144	26
			%	11,3%	65,8%	19,4%	3,5%
		Dz.	N	115	516	83	14
			%	15,8%	70,9%	11,4%	1,9%
	Ogółem		N	199	1004	227	40
			%	13,5%	68,3%	15,4%	2,7%

Grupa wieku			Kategorie masy ciała wg IOTF				
			niedobór masy ciała	norma	nadwaga	otyłość	
13 lat	Płeć	Chł.	N	57	516	165	26
			%	7,5%	67,5%	21,6%	3,4%
		Dz.	N	141	585	90	14
	%		17,0%	70,5%	10,8%	1,7%	
	Ogółem		N	198	1101	255	40
			%	12,4%	69,1%	16,0%	2,5%
15 lat	Płeć	Chł.	N	63	583	143	20
			%	7,8%	72,1%	17,7%	2,5%
		Dz.	N	137	668	49	11
	%		15,8%	77,2%	5,7%	1,3%	
	Ogółem		N	200	1251	192	31
			%	11,9%	74,7%	11,5%	1,9%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	204	1587	452	72
			%	8,8%	68,6%	19,5%	3,1%
		Dz.	N	393	1769	222	39
	%		16,2%	73,0%	9,2%	1,6%	
	Ogółem		N	597	3356	674	111
			%	12,6%	70,8%	14,2%	2,3%

Płeć: chi-kw.=155,62; df=3; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=24,05; df=6; p=0,001

Należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, że normy referencyjne WHO 2007 są bardziej rygorystyczne i dają większe odsetki nadmiaru masy ciała. Z bazy danych do opracowania tych norm dla dzieci i młodzieży 5-19 lat wykluczono bowiem 2,8% obserwacji dotyczących chłopców i 3% dziewcząt z nadmierną masą ciała (de Onis i in. 2007). Wykluczenie osób otyłych z badanej próby stworzyło normy bardziej „restrykcyjne” dla oceny nadwagi i otyłości. Interpretując tendencję zmian w czasie lub porównując wyniki różnych badań, należy zawsze brać pod uwagę przyjęte kryteria.

Tabela 30. Kategorie wysokości ciała według wartości referencyjnych WHO 2007 (z-score) według płci i wieku

Grupa wieku			Kategorie wysokości ciała wg WHO 2007					
			znacznym niedobór wzrostu	niskoro-słość	norma	wzrost wysoki	wzrost bardzo wysoki	
11 lat	Płeć	Chł.	N	17	39	396	196	119
			%	2,2%	5,1%	51,6%	25,6%	15,5%
		Dz.	N	11	44	423	198	91
	%		1,4%	5,7%	55,1%	25,8%	11,9%	
	Ogółem		N	28	83	819	394	210
			%	1,8%	5,4%	53,4%	25,7%	13,7%

13 lat	Płeć	Chł.	N	4	45	399	227	114
			%	0,5%	5,7%	50,6%	28,8%	14,4%
		Dz.	N	12	44	542	224	41
	%		1,4%	5,1%	62,8%	26,0%	4,8%	
	Ogółem		N	16	89	941	451	155
			%	1,0%	5,4%	57,0%	27,3%	9,4%
15 lat	Płeć	Chł.	N	8	21	477	251	64
			%	1,0%	2,6%	58,1%	30,6%	7,8%
		Dz.	N	3	28	603	223	54
	%		0,3%	3,1%	66,2%	24,5%	5,9%	
	Ogółem		N	11	49	1080	474	118
			%	0,6%	2,8%	62,4%	27,4%	6,8%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	29	105	1272	674	297
			%	1,2%	4,4%	53,5%	28,4%	12,5%
		Dz.	N	26	116	1568	645	186
	%		1,0%	4,6%	61,7%	25,4%	7,3%	
	Ogółem		N	55	221	2840	1319	483
			%	1,1%	4,5%	57,7%	26,8%	9,8%

Płeć: chi-kw.=52,30; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=79,61; df=8; p<0,001

Podsumowanie

W poniższym podsumowaniu przedstawiono negatywne wskaźniki rozwoju fizycznego młodzieży w wieku 11 – 15 lat, wskazując raczej na skalę problemu dysharmonii rozwoju fizycznego, niż jego prawidłowości.

- Niedobór masy ciała:
 - według kategorii WHO 2007, w ogólnej grupie młodzieży występował z częstotnością 13,6%, istotnie częściej u dziewcząt (16,2%) niż chłopców (10,8%);
 - znaczny niedobór masy ciała (<2SD) występował u 4,2% badanych (4,5% dziewcząt i 3,9% chłopców), co mieści się w zakresie 3-5% populacji, czyli nie przekracza poziomu 5 centyla według norm referencyjnych dla BMI;
 - przy zastosowaniu kryterium wskaźnika masy ciała według standardu IOTF, młodzież z niedoborem masy ciała stanowiła 12,6% ogółu badanych, prawie dwukrotnie częściej u dziewcząt (16,2%) niż chłopców (8,8%);
 - biorąc pod uwagę grupy wieku, umiarkowany niedobór masy ciała (wg WHO 2007) występował z podobną częstotnością, nieco ponad 13%, znaczny niedobór masy ciała, wraz z wiekiem występował rzadziej – od 5,2% u 11-latków do około 3,3% u 15-latków.

Stosując standard IOTF, również zaobserwowano spadek częstości niedoboru masy ciała wraz z wiekiem badanych, od 13,5% u 11-latków, do 11,9% u 15 latków.

- Nadwaga i otyłość:
 - zgodnie z kategoriami BMI według WHO 2007, nadmierna masa ciała (nadwaga + otyłość) występowała u 21,3%, w tym otyłość u 4,7% ankietowanych

Samoocena masy ciała

Wstęp

Od wielu lat nie tylko obiektywna masa ciała, ale także jej ocena subiektywna bywa często wykorzystywana w badaniach polskich, a także międzynarodowych (Puhl i in. 2017).

Subiektywna masa ciała jest szczególnie ważna w okresie dojrzewania, ponieważ w tym wieku wpływa na ogólne zadowolenie z życia i właściwą interakcję społeczną nastolatków (Griffiths i in. 2017; Khambalia i in. 2012).

Młodość w okresie adolescencji ma jednak trudności z adekwatną do rzeczywistości oceną masy ciała, a jej postrzeganie w znacznym stopniu różnicowane jest przez płeć i wiek – dziewczęta częściej oceniają swoją masę ciała jako nieprawidłową. Szczegółowe badania międzynarodowe (Carter i in. 2017) wykazały, że wysoki odsetek dziewcząt niezadowolonych z ich wyglądu zwiększa się wraz z wiekiem (Ames i in. 2015), choć nie znajduje to potwierdzenia w obiektywnych odsetkach częstości występowania nadwagi i otyłości. Propagowany we współczesnych mediach wzorzec bardzo szczupłej kobiety i silnego, umięśnionego mężczyzny, kształtując między innymi społeczne oczekiwania młodzieży, także może zaburzać samoocenę masy ciała nastolatków.

Ponadto, postrzeganie swojej masy ciała jako zbyt dużej może stać się źródłem różnych problemów psycho-emocjonalnych (Ter Bogt i in. 2006), czy stosowania w sposób niekontrolowany różnego rodzaju diet (Ojala i in. 2012).

Wyniki kolejnych rund międzynarodowych badań HBSC wskazują, że Polska jest krajem, w którym dziewczęta mają najmniej korzystną ocenę swojej masy ciała (Inchley i in. 2016). W każdym kraju występują znaczące rozbieżności między obiektywną i subiektywną oceną masy ciała przez nastolatków. Dane międzynarodowe wskazują, że około 15% piętnastolatków ma nadwagę pod względem BMI, podczas gdy dwa razy więcej osób w tym wieku uważa się za zbyt grubych. W Polsce ta rozbieżność jest jeszcze bardziej widoczna (Kleszczewska i in. 2017).

Polskie, 15-letnie, dziewczęta uważają siebie za zbyt grube o wiele częściej niż ich rówieśniczki z 42 innych krajów, chociaż nie jest to potwierdzone w kategoriach BMI.

Pytania i wskaźniki

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 roku 1993/94. Od roku 2001/2 zmieniono kategorie odpowiedzi, usuwając wariant *nie myślę o tym*. (Currie i in. 2001). Pytanie to było jasne i zrozumiałe dla badanych uczniów. Liczba braków danych była niewielka i wynosiła 0,7%. W poniższych analizach połączono odpowiedzi *zdecydowanie za szczupły i za szczupły* oraz *zdecydowanie za gruby i za gruby*.

nastolatków, istotnie częściej u chłopców (odpowiednio 29,3%; 7,0%) niż dziewcząt (odpowiednio 13,7%; 2,6%);

- analizując wskaźnik masy ciała według kryteriów standardu IOTF, nadwaga i otyłość występowała u 16,5% badanych, w tym otyłość u 2,3%, również istotnie częściej u chłopców (odpowiednio 22,6%; 3,1%), niż dziewcząt (odpowiednio 10,8%; 1,6%);
- częstość występowania nadwagi i otyłości według WHO 2007 malała wraz z wiekiem badanych – od 25,8% u 11-latków, do 15,3% u 15-latków. Podobnie, malejące wraz z wiekiem badanych nastolatków, odsetki osób z nadwagą i otyłością obserwuje się, kategoryzując ich wskaźnik BMI według kryterium IOTF – od 18,1% u 11-latków do 13,4% u 15-latków;
- grupą, w której nadwaga i otyłość występowały najczęściej, byli 13-letni chłopcy (31,7% według WHO 2007; 25% według IOTF);
- odsetek uczniów 11, 13 i 15 lat z nadwagą i otyłością (według kryterium IOTF) wzrósł od 2014 roku o prawie 2 punkty procentowe (16,5% vs 14,8%). Wzrost odsetka uczniów z nadwagą i otyłością był znacząco większy u chłopców (3,4 p.), niż u dziewcząt (0,4 p.).
- Niskorosłość:
 - zgodnie z kategoriami wysokości ciała według *z-score*, niskorosłość (umiarkowany niedobór wzrostu) (od $<-1SD$ do $-2SD$) występowała u 4,5% ogółu młodzieży 11-15 lat, prawie w równych odsetkach u chłopców i dziewcząt. Znaczny niedobór wzrostu ($-2SD$), odpowiadający w przybliżeniu wartościom poniżej 3 centyla według norm populacyjnych (3% populacji), stwierdzono tylko u 1,1% badanych, równie często u chłopców i dziewcząt (odpowiednio 1,2%; 1,0%);
 - w odniesieniu do kolejnych grup wieku, odsetek młodzieży ze znacznym i umiarkowanym niedoborem wzrostu istotnie maleje, od 7,2% u 11-latków do 3,4% u 15-latków.
- Wysokorosłość i bardzo wysoki wzrost:
 - dotyczyły ogółem 36,6% młodzieży 11-15 lat, częściej chłopców (40,9%) niż dziewcząt (32,7%). Bardzo wysoki wzrost ($>2SD$) – ogółem 9,8%, także częściej występował u chłopców (12,5%) niż dziewcząt (6,8%);
 - Odsetki młodzieży wysoko i bardzo wysokorosłej przekraczają rozkład tej cechy według norm populacyjnych, 90 i 97 centyla, (10% i 3%), około trzykrotnie – w przypadku wysokorosłości 26.8% vs 10%, a bardzo wysokiego wzrostu 9,8% vs 3%;
 - Podobnie, jak w przypadku niskorosłości, odsetek młodzieży cechującej się bardzo wysokim wzrostem istotnie zmniejszał się wraz z wiekiem, od 13,7% u 11-latków do 6,8% u 15 latków. Może mieć to związek z kończącym się u młodzieży 15-letniej, wzrostowym skokiem pokwitaniowym.

Ważniejsze wyniki

Najważniejsze wyniki przedstawiono w tabelach 31-32 z uwzględnieniem wieku i płci ankietowanych oraz w grupie ogólnej na rycinie 11.

Tabela 31. Samoocena masy ciała według płci i wieku

Grupa wieku				Gdy myślisz o sobie, to sądzisz, że jesteś...				
				zdecydowanie za szczupły	trochę za szczupły	w sam raz	trochę za gruby	zdecydowanie za gruby
11 lat	Płeć	Chł.	N	32	103	466	237	29
			%	3,7%	11,9%	53,7%	27,3%	3,3%
		Dz.	N	26	73	408	268	56
	%		3,1%	8,8%	49,1%	32,3%	6,7%	
	Ogółem		N	58	176	874	505	85
			%	3,4%	10,4%	51,5%	29,7%	5,0%
13 lat	Płeć	Chł.	N	36	126	413	223	40
			%	4,3%	15,0%	49,3%	26,6%	4,8%
		Dz.	N	22	58	372	344	87
	%		2,5%	6,6%	42,1%	39,0%	9,9%	
	Ogółem		N	58	184	785	567	127
			%	3,4%	10,7%	45,6%	32,9%	7,4%
15 lat	Płeć	Chł.	N	52	190	340	224	43
			%	6,1%	22,4%	40,0%	26,4%	5,1%
		Dz.	N	25	72	349	386	90
	%		2,7%	7,8%	37,9%	41,9%	9,8%	
	Ogółem		N	77	262	689	610	133
			%	4,3%	14,8%	38,9%	34,4%	7,5%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	120	419	1219	684	112
			%	4,7%	16,4%	47,7%	26,8%	4,4%
		Dz.	N	73	203	1129	998	233
	%		2,8%	7,7%	42,8%	37,9%	8,8%	
	Ogółem		N	193	622	2348	1682	345
			%	3,7%	12,0%	45,2%	32,4%	6,6%

Płeć: chi-kw.=191,75; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=67,39; df=8; p<0,001

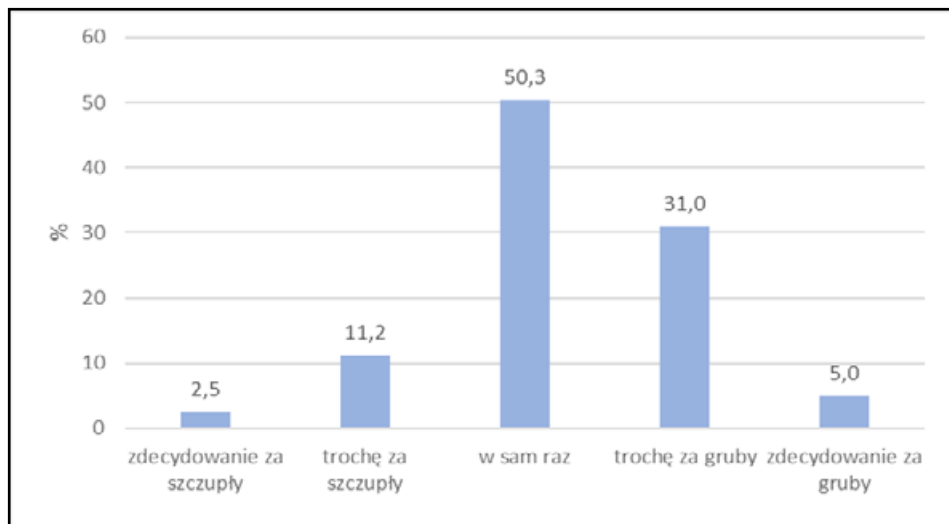
Tabela 32 zawiera informacje, jak postrzegają swoją masę ciała nastolatki w wieku 11-15 lat, które mają prawidłową masę ciała (BMI od -1SD do +1SD).

Tabela 32. Samoocena masy ciała przez młodzież z prawidłowym wskaźnikiem BMI, według płci i wieku

Grupa wieku				Gdy myślisz o sobie, to sądzisz, że jesteś...				
				zdecydowanie za szczupły	trochę za szczupły	w sam raz	trochę za gruby	zdecydowanie za gruby
11 lat	Płeć	Chł.	N	10	48	241	70	6
			%	2,7%	12,8%	64,3%	18,7%	1,6%
		Dz.	N	9	26	233	147	25
	%		2,0%	5,9%	53,0%	33,4%	5,7%	
	Ogółem		N	19	74	474	217	31
			%	2,3%	9,1%	58,2%	26,6%	3,8%
13 lat	Płeć	Chł.	N	14	74	240	76	6
			%	3,4%	18,0%	58,5%	18,5%	1,5%
		Dz.	N	5	21	228	222	44
	%		1,0%	4,0%	43,8%	42,7%	8,5%	
	Ogółem		N	19	95	468	298	50
			%	2,0%	10,2%	50,3%	32,0%	5,4%
15 lat	Płeć	Chł.	N	26	127	241	100	12
			%	5,1%	25,1%	47,6%	19,8%	2,4%
		Dz.	N	7	25	265	278	52
	%		1,1%	4,0%	42,3%	44,3%	8,3%	
	Ogółem		N	33	152	506	378	64
			%	2,9%	13,4%	44,7%	33,4%	5,6%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	50	249	722	246	24
			%	3,9%	19,3%	55,9%	19,1%	1,9%
		Dz.	N	21	72	726	647	121
	%		1,3%	4,5%	45,7%	40,8%	7,6%	
	Ogółem		N	71	321	1448	893	145
			%	2,5%	11,2%	50,3%	31,0%	5,0%

Płeć: chi-kw.=327,43; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=38,80; df=8; p<0,001

Rozkład samooceny masy ciała w całej grupie młodzieży, z prawidłową masą ciała (bez podziału na płeć i wiek) przedstawia wykres na rycinie 11. Ma on charakter skośny, z wyraźnym przesunięciem w kierunku samooceny „Zbyt gruby”.



Ryc. 11. Samoocena masy ciała młodzieży z prawidłową masą ciała

Podsumowanie

- W 2018 roku 45,2% uczniów 11 – 15 lat oceniło swoją masę ciała jako prawidłową (*w sam raz*). Odsetek ten praktycznie nie zmienił się od 2014 roku (42,4%). Chłopcy częściej oceniali swoją masę ciała jako prawidłową (47,7%), niż dziewczęta (42,8%).
 - we wszystkich grupach wieku istotnie więcej młodzieży oceniło swoją masę ciała jako zbyt dużą (*zdecydowanie i trochę za gruby*) – 34,7-41,9%, niż zbyt małą (*zdecydowanie i trochę za szczupły*) – 13,8-19,1%;
 - wraz z wiekiem rośnie odsetek młodzieży, zarówno oceniającej swoją masę ciała jako zbyt małą (głównie spowodowany odpowiedziami chłopców), jak i oceniających swoją masę ciała jako zbyt dużą (głównie spowodowany odpowiedziami dziewcząt);
 - w grupie 13 – i 15-letnich dziewcząt, odsetek oceniających się jako zbyt grube przekraczał odsetek oceniających swoją masę ciała jako prawidłową (u 13-latek odpowiednio 48,0% vs 42,1%, u 15-latek: 51,7% vs 37,9%).
- Samoocena masy ciała w grupie młodzieży z prawidłową masą ciała (BMI od – 1SD do +1SD):
 - nieco ponad połowa (50,3%) młodzieży 11 – 15 lat adekwatnie oceniła swoją prawidłową masę ciała jako *w sam raz*, częściej byli to chłopcy (55,9%) niż dziewczęta (45,7%);
 - w ogólnej grupie badanej młodzieży z prawidłową masą ciała, ponad jedna trzecia (36%) oceniła swoją masę ciała jako zbyt dużą (*zdecydowanie i trochę za gruby*), a jako zbyt małą – co siódmy nastolatek (13,7%).

Piśmiennictwo

Ahluwalia N, Dalmasso P, Rasmussen M, i in. (2015). 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*, 25(Suppl. 2): 28–32.

- Ames ME, Wintre MG, Flora DB. (2015) Trajectories of BMI and internalizing symptoms: Associations across adolescence. *Journal of Adolescence*, 45:80-88.
- Bielecka-Jasiocha J, Rymkiewicz-Kluczyńska B. (2008). Psychospołeczne funkcjonowanie dzieci niskorosłych. *Endokrynologia Pediatryczna*, 7:71–79.
- Blössner M, Siyam A, Borghi E i in. (2009). WHO Anthro Plus for personal computers manual: software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva, World Health Organization, http://www.who.int/entity/growthref/tools/who_anthroplus_manual.pdf
- Carter A, Forrest J, Kaida A. (2017). Association Between Internet Use and Body Dissatisfaction Among Young Females: Cross-Sectional Analysis of the Canadian Community Health Survey. *J Med Internet Res*; 19(2):e39.
- Cole TJ, Lobstein T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity, *Pediatric Obesity*, 7(4):284-94.
- Currie C, Samdal O, Boyce W, i in. (2001). 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.
- de Onis M, Onyango AW, Borghi E i in. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85: 660–67 http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf
- Global Database on Child Growth and Malnutrition. (2018). Pobrane z: <http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/>
- Griffiths S, Murray SB, Bentley C. i in. (2017) Sex Differences in Quality of Life Impairment Associated with Body Dissatisfaction in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(1):77–82
- Ikeda JP, Crawford PB, Woodward-Lopez G. (2006). BMI screening in schools: helpful or harmful. *Health Education Research*, 21(6): 761–69
- Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, et. al. Growing up unequal. HBSC 2016 study (2013/2014 survey). <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up>
- Jodkowska M., Oblacińska A, Tabak I. i in. (2010). Występowanie zaburzeń wzrastania i stanu odżywienia u polskich 13-latków w pierwszej dekadzie XXI wieku. *Przegląd Epidemiologiczny*, 64: 565–70.
- Khambalia A, Hardy LL, Bauman A. i in. (2012). Accuracy of weight perception, life-style behaviours and psychological distress among overweight and obese adolescents. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(3):220–27
- Kleszczewska D, Dzielska A, Nałęcz H. i in. (2017). Physical activity, BMI and body weight perception among 15-year-old boys and girls in Poland in the light of international comparisons. *Developmental Period Medicine*, XXI, 3:235–47.
- Kułaga Z, Litwin M, Tkaczyk M, i in. (2011). Polish 2010 growth references for school-aged children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 170:599–609.
- Ojala K, Tynjälä J, Välimaa R i in. (2012). Overweight Adolescents' Self-Perceived Weight and Weight Control Behaviour: HBSC Study in Finland 1994-2010. *Journal of Obesity*; May 28.
- Puhl RM, Wall MM, Chen C, i in. (2017). Experiences of weight teasing in adolescence and weight-related outcomes in adulthood: A 15-year longitudinal study. *Preventive Medicine*, 100:173-79.
- Sands D, Umlawska W, Zielińska A. (2015). A cross-sectional study of growth, nutritional status and body proportions in children and adolescents at a medical center specializing in the treatment of cystic fibrosis in Poland. *Archives of Medical Science*, 11(1): 155–63.
- Stupnicki R, Tomaszewski P. (2016). Wskaźnik masy ciała a zawartość tkanki tłuszczowej u dorosłych. *Hygeia Public Health*, 51(4): 335–38.
- Supranowicz P. (2003). Względna trafność samooceny sylwetki i wskaźnika BMI (body mass index). *Roczn. PZH*, 54, 3: 301–9.
- Ter Bogt T, Dorsselaer S, Monshouwer K, i in. (2006). Body mass index and body weight perception as risk factors for internalizing and externalizing problem behavior among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39(1): 27–34.
- Umlawska W, Prusek-Dutkiewicz A. (2007). Niskorosłość u dzieci z niektórymi schorzeniami przewlekłymi. *Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieku Rozwojowego*, 13(3):79–82.
- WHO/WHO Anthro (2011) <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>
- World Health Organization, Copenhagen, (1996). WHO Regional Publications, European Series, No. 58. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107328>
- Zayed AA, Beano AM, Haddadin FI, i in. (2016). Prevalence of short stature, underweight, overweight, and obesity among school children in Jordan. *BMC Public Health*. Oct 3;16(1):1040.

Urazy wymagające pomocy medycznej

Wstęp

Urazy dzieci i młodzieży oraz ich skutki zdrowotne i społeczne są poważnym problemem zdrowia publicznego zarówno w Europie, jak i w Polsce. Są najczęstszą przyczyną zgonów, hospitalizacji oraz krótko – lub długotrwałej niepełnosprawności w tej grupie wieku (Sethi i in. 2008; Harvey i in. 2009; MacKay i in. 2012). Liczba zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat z przyczyn zewnętrznych przewyższa liczbę zgonów z powodu wszystkich pozostałych przyczyn (Mazur i in. 2017).

Obserwując trendy w krajach europejskich, obejmujące też Polskę, można stwierdzić, że umieralność nastolatków z powodu urazów maleje w przeciwieństwie do częstości leczenia szpitalnego. Najbardziej rozpowszechnionym problemem zdrowotnym populacji dorastającej młodzieży są urazy leczone ambulatoryjnie lub w szpitalu, wymagające zabiegów chirurgicznych oraz rehabilitacji (Molcho i in. 2015).

W Polsce urazy wymagające pomocy medycznej bada się w populacji uczniów w ramach HBSC od 1994 roku, co pozwoliło na ocenę tendencji zmian już w siedmiu punktach czasowych. W porównaniu z innymi krajami Polska była na końcu rankingów ze stosunkowo niską urazowością. Tendencje zmian występowania urazów wśród polskich nastolatków omówiono w krajowym raporcie z roku 2012, w którym zauważono, że w latach 1994-2010 nastąpił trend wzrostowy we wszystkich grupach wiekowych, a szczególnie u 15-latków, zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt. Słaba tendencja wzrostowa utrzymała się po 2010 roku.

Za opracowanie pytań na temat urazów w ramach międzynarodowych badań HBSC odpowiedzialna jest grupa robocza d.s. przemocy i urazów (*Violence & Injuries Prevention Focus Group – VIP FG*). Pytania na temat urazów są dobrze zweryfikowane, a ich rzetelność została potwierdzona poprzez szerokie zastosowanie w badaniach HBSC z lat poprzednich (Durbin i in. 1999). Członkowie grupy VIP FG opublikowali szereg prac pokazujących związek różnych zachowań zdrowotnych oraz czynników środowiskowych i społecznych z występowaniem urazów wśród nastolatków. Badania te pokazały silne uwarunkowania behawioralne, potwierdzając, że przejawianie zachowań ryzykownych, takich jak: picie alkoholu i upijanie się, stosowanie substancji psychoaktywnych, używanie marihuany lub haszyszu, zwiększa ryzyko urazu „nie-sportowego”, w tym tzw. urazów powtarzających się (dwóch lub więcej razy w ciągu roku) (Pickett i in. 2002; Chiolero i Schmid 2002; De Looze i in. 2012; Molcho i in. 2015). Inną grupą uwarunkowań występowania urazów i poważnych obrażeń, są zachowania związane z przemocą rówieśniczą, udział w bójkach, noszenie broni oraz doświadczanie bullingu (Inchley i in. 2015).

Z drugiej strony zwraca się uwagę, że intensywna aktywność fizyczna zwiększa ryzyko urazów sportowych. Szczególnie narażona jest na nie młodzież mniej

sprawna i otyła. Stwierdzono ponadto, że ryzyko urazów sportowych wzrasta wraz z wiekiem (Chiolero i Schmid, 2002; Pickett 2008). W kontekście zapobiegania wypadkom i urazom sportowym zwraca się uwagę na działania prewencyjne związane z dostosowaniem podejmowanej aktywności fizycznej do indywidualnych zdolności i możliwości nastolatków, kontroli bezpieczeństwa miejsca i sprzętu sportowego, robienia rozgrzewki oraz stosowania sprzętu ochronnego.

Analizy wykorzystujące dane HBSC, wskazują na uwarunkowania środowiskowe i społeczne różnych typów urazów. Dużo uwagi przypisuje się urazom sportowym w szkole, w miejscach rekreacji oraz urazom drogowym, szczególnie rowerowym. Zauważono, że urazy sportowe i drogowe częściej występują u nastolatków z rodzin o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym, podczas gdy urazy z powodu bójek i doświadczania przemocy fizycznej u młodzieży z rodzin ubogich (Pickett i in. 2005).

Społeczny klimat środowisk, w których żyją nastolatki chroni je przed poważnymi urazami. Badania Picketta i in. (2006) pokazały, że ci uczniowie, którzy oceniają wysoko wsparcie ze strony swojej rodziny i szkoły rzadziej podejmują zachowania szkodliwe dla zdrowia i w konsekwencji są w mniejszym stopniu narażone na uraz w wyniku takich zachowań.

Zrozumienie behawioralnych, środowiskowych i społecznych uwarunkowań urazów pozwala lepiej zaplanować i dostosować programy prewencyjne oraz interwencje, które powinny być skierowane zarówno do dzieci i młodzieży szkolnej, jak i ich rodziców i opiekunów. Krajowe programy obejmujące populację dzieci i młodzieży szkolnej powinny być wdrażane i dostosowane do potrzeb i możliwości lokalnych społeczności we współpracy instytucji oświatowych z lokalnym samorządem. Za prewencję urazów dzieci i młodzieży szkolnej odpowiedzialni są nie tylko ich rodzice lub opiekunowie, ale również samorząd i społeczność poprzez realizowanie programów w zdrowiu publicznym w celu poprawy bezpieczeństwa w środowisku ich życia, w domu, szkole, w miejscach sportu i rekreacji, w ruchu drogowym (Sethi i in. 2008). W Polsce ciągle brakuje kompleksowego krajowego programu zapobiegania urazom wśród nastolatków. Poza analizami umieralności według przyczyn, raportowane statystyki urazów oraz działania prewencyjne dotyczą głównie wypadków drogowych (Malinowska-Cieślik i in. 2012).

Pytania i wskaźniki

W kwestionariuszu polskich badań HBSC zrealizowanych w roku szkolnym 2017/18 do oceny urazów zastosowano we wszystkich grupach wiekowych jedno obowiązkowe pytanie z międzynarodowego protokołu. Brzmiało ono w następujący sposób: *Ile razy w ostatnich 12 miesiącach doznałeś urazu, z powodu którego musiałeś być leczony przez lekarza lub pielęgniarkę?*, z kategoriami odpowiedzi: *nie doznałem urazu w ostatnich 12 miesiącach; 1 raz; 2 razy; 3 razy; 4 lub więcej*. Pytanie poprzedzone było wstępem wyjaśniającym, opisującym co to jest uraz, przypadkowe zatrucie i oparzenie (Scheidt i in. 1995). Pytanie to było jasne i zrozumiałe dla badanych uczniów. Liczba braków danych była niewielka i wynosiła 1%.

Ważniejsze wyniki

Najważniejsze wyniki przedstawiono w tabeli 33 z uwzględnieniem wieku i płci ankietowanych.

Interpretując uzyskane wyniki, zaleca się definiować wskaźniki dychotomiczne. Przykładowe wskaźniki to odsetek uczniów, którzy nie doznali urazów lub tych, którzy doznali przynajmniej 1 raz urazu wymagającego pomocy medycznej. Alternatywny wskaźnik dotyczy „urazów powtarzających się”, czyli przypadków, gdy uczniowie zaznaczyli, że przynajmniej 2 razy doznali takiego urazu w ostatnich 12 miesiącach.

W tabeli 33 przedstawiono odsetek uczniów, którzy doznali urazu w ostatnim roku, z uwzględnieniem grupy wiekowej i płci badanych. Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na niewielkie, ale już istotne statystycznie różnice zależne od płci oraz brak istotnych różnic między grupami wiekowymi.

Tabela 33. Młodzież, która doznała urazów wymagających pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach według płci i wieku

Grupa wieku			Liczba urazów					
			wcale	1 raz	2 razy	3 razy	4 razy lub więcej	
11 lat	Płeć	Chł.	N	525	209	78	30	27
			%	60,4%	24,1%	9,0%	3,5%	3,1%
		Dz.	N	548	171	60	19	29
			%	66,3%	20,7%	7,3%	2,3%	3,5%
	Ogółem		N	1073	380	138	49	56
			%	63,3%	22,4%	8,1%	2,9%	3,3%
13 lat	Płeć	Chł.	N	508	187	84	32	25
			%	60,8%	22,4%	10,0%	3,8%	3,0%
		Dz.	N	542	198	79	32	33
			%	61,3%	22,4%	8,9%	3,6%	3,7%
	Ogółem		N	1050	385	163	64	58
			%	61,0%	22,4%	9,5%	3,7%	3,4%
15 lat	Płeć	Chł.	N	500	202	91	34	23
			%	58,8%	23,8%	10,7%	4,0%	2,7%
		Dz.	N	582	193	82	37	32
			%	62,9%	20,8%	8,9%	4,0%	3,5%
	Ogółem		N	1082	395	173	71	55
			%	60,9%	22,2%	9,7%	4,0%	3,1%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	1533	598	253	96	75
			%	60,0%	23,4%	9,9%	3,8%	2,9%
		Dz.	N	1672	562	221	88	94
			%	63,4%	21,3%	8,4%	3,3%	3,6%
	Ogółem		N	3205	1160	474	184	169
			%	61,7%	22,3%	9,1%	3,5%	3,3%

Płeć: chi-kw.=10,12; df=4; p=0,038; Grupa wieku: chi-kw.=7,22; df=8; p=0,513

Podsumowanie

- Wykazano, że 38,2% nastolatków, czyli co trzeci z badanych uczniów, w ostatnich 12 miesiącach doznał przynajmniej jednego urazu wymagającego pomocy medycznej, a 15,9% doznało powtarzających się urazów w tym samym okresie.
- Urazy występowały częściej u chłopców (40,0%) niż u dziewcząt (36,6%). W przypadku urazów powtarzających się (przynajmniej 2 razy) różnica w częstości ich występowania u obu płci była bardzo mała (1,3%), a odpowiednie częstości wynosiły 16,6% u chłopców oraz 15,3% u dziewcząt.
- Urazy wymagające pomocy medycznej występują ze zbliżoną częstością w kolejnych grupach wieku. Zaobserwowano niewielką (i nieistotną statystycznie) różnicę między grupą 11-latków, a połączonymi dwoma starszymi grupami wieku (36,7% u 11-latków oraz odpowiednio 39,0% i 39,1% u 13 – i 15-latków).
- W porównaniu z wynikami badań HBSC sprzed 4 lat występowanie urazów wymagających pomocy medycznej utrzymało się na zbliżonym poziomie (38,8% w 2014 roku). W dłuższej perspektywie czasowej (od 1994 roku) można jednak mówić o rosnącej urazowości młodzieży szkolnej w Polsce.

Piśmiennictwo

- Chiolero A, Schmid H (2002). Repeated self-reported injuries and substance use among young adolescents: the case of Switzerland Soz. – Präventivmed, 47 (5): 289–97.
- De Looze ME, Pickett W, Raaijmakers Q, i in. (2012). Early risk behaviors and adolescent injury in 25 European and North American countries: a cross-national consistent relationships. JEA, 32:104–25.
- Durbin DR, Winston FK, Applegate SM, i in. (1999). Development and validation of the injury severity assessment survey. Parent report: a new injury severity assessment survey. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153(4): 404–408.
- Harvey A, Towner E, Peden M i in. (2009). Injury prevention and the attainment of child and adolescent health. Bulletin of the World Health Organization 87: 390–94.
- Inchley J, Kaufmann N, Whitehead R. (2015). Adolescent Injuries. HBSC Briefing Paper 19. CAHRU. Scotland.
- MacKay M, Vincenten J, Malinowska-Cieslik M, i in. (2012). Child Safety Report Card 2012: Poland. European Child Safety Alliance: Birmingham. <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/info/poland-report-card.pdf>
- Malinowska-Cieślak M, Mokrzycka A, Kowalska I, i in. (2012). Ocena prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i nastolatków w Polsce. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 10(2):80–94.
- Mazur J, Malinowska-Cieślak M, Oblacińska A. (2017). Przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat w Polsce w świetle międzynarodowych statystyk od 2000 roku. Developmental Period Medicine, XXI(2):88-100.
- Molcho M., Walsh S., Donnelly P, i in. (2015). Trend in injury-related mortality and morbidity among adolescents across 30 countries from 2002 to 2010. European Journal of Public Health, 25(suppl 2):33–36.
- Pickett W, Dostaler S, Craig W, (2006). Associations between risk behavior and injury and the protective roles of social environments: an analysis of 7235 Canadian school children. Injury Prevention, 12: 87–92.
- Pickett W, Molcho M, Simpson K, i in. (2005). Cross national study of injury and social determinants in adolescents. Injury Prevention, 11: 213–218.
- Pickett W, Schmid H, Boyce WF, i in. (2002). Multiple risk behaviours and injury: an international study of youth in 12 countries. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156:786–93.
- Pickett W. (2008). Injury and Physical Trauma. In: Healthy Settings for Young People in Canada. Boyce W, King M, Roche J. (Eds). The Public Health Agency of Canada. Ottawa, Ontario.
- Scheidt PC, Harel Y, Trumble AC, i in. (1995). The Epidemiology of Nonfatal Injuries among US Children and Youth. American Journal of Public Health, 85(7): 932–38.
- Sethi D, Towner E, Vincenten J, i in. (2008). European report on child injury prevention. Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health Organization.

ROZDZIAŁ III. ZACHOWANIA ZDROWOTNE

Dorota KLESZCZEWSKA, Anna DZIELSKA

Aktywność fizyczna młodzieży

Wstęp

Aktywność fizyczna jest warunkiem niezbędnym dla zachowania zdrowia fizycznego i psychicznego człowieka. Od lat jej niezastąpiony wpływ na zdrowie podkreśla WHO w oficjalnych wytycznych. W ogłoszonej w 2015r. strategii dotyczącej aktywności fizycznej dla regionu Europy na lata 2016-2025 WHO zwrócono uwagę, że aktywność fizyczna pełni funkcję profilaktyczną we wszystkich grupach wieku – od małych dzieci po osoby starsze¹. Liczne badania naukowe potwierdzają wpływ aktywności fizycznej na ograniczenie występowania tzw. chorób cywilizacyjnych: otyłości (Inchley i in. 2017), cukrzycy (Sigal i in. 2018), czy chorób układu krążenia (Ahmad i Testani 2017). Ponadto aktywność fizyczna ma również znaczenie dla wzmacniania zdrowia psychicznego (Petty i in. 2009). Osoby uprawiające sport mają m.in. wyższe poczucie własnej wartości (Spruit i in. 2016), mniej się stresują (Kremer i in. 2014) oraz mają lepsze relacje społeczne (Howie i in. 2010). Szczególnie istotną rolę aktywność fizyczna odgrywa w kształtowaniu stylu życia oraz nawyków zdrowotnych młodych ludzi, wpływając na ich dobre samopoczucie (Schneider i in. 2008) oraz będąc inwestycją w przyszłe zdrowie.

W ramach sieci HBSC poziom aktywności fizycznej nastolatków bada się od lat 90-tych. Dzięki temu możliwe są analizy szerokiego spectrum tematów, wyznaczenia trendów, uwarunkowań aktywności fizycznej oraz ocena jej związku z szeregiem wskaźników zdrowotnych, też w kontekście środowiska rodzinnego, szkolnego czy tzw. sąsiedztwa. W przeprowadzonych ostatnio, na podstawie metodologii badań HBSC krajowych analizach, uwzględniono jako determinanty aktywności fizycznej nie tylko wiek i płeć, ale też czynniki społeczno-ekonomiczne (Kleszczewska i in. 2018). W piśmiennictwie bazującym na danych HBSC pojawiają się pozycje dotyczące zależności odwrotnej, gdzie aktywność fizyczna jest determinantą zdrowia. Badano między innymi jej wpływ na jakość snu (Chaput i Janssen 2016), ocenę obrazu własnego ciała (Kleszczewska i in. 2017), czy występowania dolegliwości psychosomatycznych (Janssen i in. 2004).

Pomimo powszechnie uznanej ochronnej roli aktywności fizycznej dla zdrowia, odsetek młodych osób spełniających rekomendacje WHO okresowo się zmniejsza (Kołoło 2011). Wyniki ostatniej rundy badań HBSC (2013/14) pokazują, że

¹ WHO. (2015). Physical Activity Strategy for WHO European Region. Pobrane z <http://www.euro.who.int/>.

rekomendacje co do zalecanej intensywnej aktywności fizycznej spełniało tylko 15,8% ankietowanych nastolatków. Odsetek ten wahał się od 7,7% w Izraelu do 23,4% w Mołdawii. Polska, z częstością 17,8%, zajmowała dość korzystne, bo 31 miejsce, w międzynarodowym rankingu 42 krajów według wzrastających wartości wskaźnika VPA (Inchley i in. 2016).

Za opracowanie pytań na temat aktywności fizycznej w ramach międzynarodowych badań HBSC odpowiedzialna jest grupa robocza d.s. aktywności fizycznej (*Physical Activity Focus Group – PA FG*). Pytania zadawane młodzieży zostały dobrze zweryfikowane, a ich rzetelność i trafność została potwierdzona w badaniach walidacyjnych prowadzonych przez zespół sieci HBSC w poprzednich latach (Biddle i in. 2011; Bobakova i in. 2015). Członkowie grupy PA FG są autorami szeregu prac pokazujących związek aktywności fizycznej ze wskaźnikami zdrowotnymi, społecznymi oraz środowiskowymi.

Pytania i wskaźniki

Pomiar aktywności fizycznej wg protokołu badań HBSC dokonywany jest, przede wszystkim na podstawie dwóch narzędzi: MVPA (*Moderate-to-Vigorous Physical Activity*) – miara tzw. umiarkowanej aktywności fizycznej oraz VPA (*Vigorous Physical Activity*) miara intensywnej aktywności fizycznej. Oba pytania należą obecnie do puli pytań obowiązkowych w kwestionariuszu HBSC.

Pierwsze z nich, MVPA – zaczerpnięte z testu Prochaska i wsp. jest stosowane w badaniach HBSC od 2002 r. – bada codzienną umiarkowaną aktywność fizyczną i pozwala w prosty sposób określić, czy ogólny jej poziom odpowiada zaleceniom WHO (Prochaska i in. 2001). Ankietowani w ramach badań HBSC nastolatkowie mają za zadanie odpowiedzieć: *W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?* sumując wszystkie codzienne aktywności. Odpowiedź zaznaczają na wizualnej skali przyjmującej wartości od 0 do 7 (dni).

Wskaźnik VPA stosowany był w badaniach HBSC od 1986 r. jako pytanie obowiązkowe, z wyłączeniem rundy badań prowadzonych w 2002 r., kiedy pytanie to wchodziło w skład pakietu opcjonalnego. Do rundy badań 2013/14, wskaźnik intensywnej aktywności fizycznej opisywano za pomocą dwóch pytań odnoszących się do częstości i czasu trwania tego typu aktywności w ciągu tygodnia. W badaniach HBSC 2017/18 ograniczono się do pytania o częstość podejmowania intensywnej aktywności fizycznej. Wskaźnik VPA oznacza aktywność powodującą znaczne wydatkowanie energii (>6METs), przyspieszony oddech oraz tętno, np.: bieganie, szybka jazda na rowerze, szybkie pływanie, czy gry zespołowe. Pytanie zadane nastolatkom brzmiało: *Jak często w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. czujesz, że brakuje ci tchu, pocisz się?* – z 7 kategoriami odpowiedzi do wyboru: *codziennie; 4-6 razy w tygodniu; 2-3 razy w tygodniu; 1 raz w tygodniu;*

1 raz w miesiącu; mniej niż 1 raz w miesiącu; nigdy. Rekomendowana częstość intensywnej aktywności fizycznej dla dzieci i młodzieży odnosi się do podejmowania tego rodzaju aktywności co najmniej 4 razy w tygodniu (WHO 2014)².

Analizując otrzymane wyniki, należy zaznaczyć, że młodzież bardzo chętnie odpowiada na pytania dotyczące aktywności fizycznej, zarówno tej umiarkowanej, jak i intensywnej. Spośród 5225 badanych uczniów 99,0% odpowiedziało na pytania dotyczące aktywności fizycznej.

W niniejszym opracowaniu analizowano dwa wskaźniki pozytywne odzwierciedlające podejmowanie aktywności fizycznej na zalecanym poziomie: 1) wskaźnik zalecanej aktywności umiarkowanej do intensywnej (MVPA) podejmowanej przez 7 dni w tygodniu oraz 2) wskaźnik intensywnej aktywności podejmowanej co najmniej 4 razy w tygodniu. Dokonano też kategoryzacji odpowiedzi na pytania, zgodnie z zapisem w tabelach 34-35.

Ważniejsze wyniki

W tabelach 34-35 przedstawiono rozkład częstości podejmowania umiarkowanej oraz intensywnej aktywności fizycznej, z uwzględnieniem grupy wieku i płci badanych uczniów. Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na istotne statystycznie różnice zależne od płci i wieku badanych uczniów.

Tabela 34. Częstość podejmowania umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej (MVPA) według płci i wieku

Grupa wieku			Aktywność fizyczna umiarkowana MVPA				Średnia ±SD	
			0-1 dni	2-4 dni	5-6 dni	7 dni		
11 lat	Płeć	Chł.	N	65	322	270	208	4,66±1,92
			%	7,5%	37,2%	31,2%	24,0%	
		Dz.	N	61	345	242	179	4,50±1,95
			%	7,4%	41,7%	29,3%	21,6%	
	Ogółem		N	126	667	512	387	4,58±1,93
			%	7,4%	39,4%	30,3%	22,9%	
13 lat	Płeć	Chł.	N	73	369	256	134	4,28±1,92
			%	8,8%	44,4%	30,8%	16,1%	
		Dz.	N	89	386	273	132	4,20±1,93
			%	10,1%	43,9%	31,0%	15,0%	
	Ogółem		N	162	755	529	266	4,24±1,93
			%	9,5%	44,1%	30,9%	15,5%	

² Rekomendowany jest poziom 3 lub więcej razy w tygodniu. Wg klasycznego pytania z protokołu HBSC można było przyjąć punkt odcięcia „2-3 razy” lub „4-6 razy”. Uznano, że druga opcja jest bliższa zaleceniom, chociaż bardziej rygorystyczna.

Grupa wieku			Aktywność fizyczna umiarkowana MVPA				Średnia ±SD	
			0-1 dni	2-4 dni	5-6 dni	7 dni		
15 lat	Płeć	Chł.	N	84	384	222	156	4,18±2,00
			%	9,9%	45,4%	26,2%	18,4%	
		Dz.	N	142	490	214	79	3,59±1,92
			%	15,4%	53,0%	23,1%	8,5%	
	Ogółem		N	226	874	436	235	3,87±1,98
			%	12,8%	49,4%	24,6%	13,3%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	222	1075	748	498	4,37±1,95
			%	8,7%	42,3%	29,4%	19,6%	
		Dz.	N	292	1221	729	390	4,08±1,97
			%	11,1%	46,4%	27,7%	14,8%	
	Ogółem		N	514	2296	1477	888	4,23±1,97
			%	9,9%	44,4%	28,5%	17,2%	

Płeć: chi-kw.=30,00; df=3; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=109,50; df=6; p<0,001

Tabela 35. Częstość podejmowania intensywnej aktywności fizycznej (VPA) według płci i wieku

Grupa wieku			Aktywność fizyczna intensywna wg VPA					
			codziennie	4-6 razy w tygodniu	2-3 razy w tygodniu	1 raz w tygodniu	rzadziej lub nigdy	
11 lat	Płeć	Chł.	N	153	216	272	103	119
			%	17,7%	25,0%	31,5%	11,9%	13,8%
		Dz.	N	123	174	262	138	134
			%	14,8%	20,9%	31,5%	16,6%	16,1%
	Ogółem		N	276	390	534	241	253
			%	16,3%	23,0%	31,5%	14,2%	14,9%
13 lat	Płeć	Chł.	N	120	188	263	134	129
			%	14,4%	22,5%	31,5%	16,1%	15,5%
		Dz.	N	103	138	262	180	198
			%	11,7%	15,7%	29,7%	20,4%	22,5%
	Ogółem		N	223	326	525	314	327
			%	13,0%	19,0%	30,6%	18,3%	19,1%
15 lat	Płeć	Chł.	N	124	170	271	118	165
			%	14,6%	20,0%	32,0%	13,9%	19,5%
		Dz.	N	55	148	316	152	249
			%	6,0%	16,1%	34,3%	16,5%	27,1%
	Ogółem		N	179	318	587	270	414
			%	10,1%	18,0%	33,2%	15,3%	23,4%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	397	574	806	355	413
			%	15,6%	22,6%	31,7%	13,9%	16,2%
		Dz.	N	281	460	840	470	581
			%	10,7%	17,5%	31,9%	17,9%	22,1%
	Ogółem		N	678	1034	1646	825	994
			%	13,1%	20,0%	31,8%	15,9%	19,2%

Płeć: chi-kw.=77,18; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=81,31; df=8; p<0,001

Podsumowanie

Należy stwierdzić, że tylko niewielki odsetek nastolatków podejmuje aktywność fizyczną, zarówno umiarkowaną, jak i intensywną, na rekomendowanym poziomie. Częstość podejmowania aktywności fizycznej związana jest istotnie z płcią i wiekiem badanych nastolatków.

Umiarkowana aktywność fizyczna (MVPA):

- Zalecenia co do MVPA spełnia jedynie 17,2% młodzieży, co stanowi mniej niż jedną piątą badanej populacji.
- Ogólny średni wskaźnik MVPA dni, w których młodzież była aktywna fizycznie przez co najmniej 60 minut wynosił w badanej grupie 4,23±1,97 dnia, (SD=2,09).
- MVPA na rekomendowanym poziomie podejmuje prawie 5% więcej chłopców, niż dziewcząt.
- Obserwuje się spadek wraz z wiekiem odsetka nastolatków aktywnych fizycznie przez 7 dni w tygodniu. Przy czym liniową zależność obserwuje się w grupie dziewcząt, a wśród chłopców najniższy odsetek wypełniających zalecenia występuje wśród 13-latków (16,1%).
- Chłopcy częściej są aktywni fizycznie na zalecanym poziomie niż dziewczęta. W najstarszej grupie wieku znacznie pogłębia się różnica w aktywności fizycznej związana z płcią, a niższy odsetek dotyczy grupy dziewcząt. W najmłodszej grupie wieku różnica ta wynosi 2,4%, wśród 13-latków zaledwie 1,1%, a wśród 15-latków aż 9,9%.
- Porównując dane uzyskane w dwóch ostatnich rundach badań, z lat 2014 i 2018 stwierdzono statystycznie istotne różnice w poziomie aktywności fizycznej młodzieży. Zaznaczył się w tym okresie wyraźny negatywny trend, czyli zmniejszenie odsetka młodzieży spełniającej zalecenia WHO co do umiarkowanej aktywności fizycznej, z 24,2% w 2014 r. do 17,2% w 2018 r..

Intensywna aktywność fizyczna (VPA):

- Intensywną aktywność fizyczną w wymiarze zgodnym z zaleceniami WHO (co najmniej 4 razy w tygodniu) podejmuje 1/3 badanych nastolatków (33,1%).
- Odsetki młodzieży spełniającej rekomendacje w tym zakresie zmniejszają się wraz z wiekiem: zalecenia spełnia 39,3% 11-latków i ponad 10% mniej 15-latków (28,1%).
- Dziewczęta wypadają gorzej na tle chłopców. Ogółem intensywną aktywność fizyczną co najmniej 4 dni w tygodniu podejmuje 10% mniej dziewcząt niż chłopców. Różnica na niekorzyść dziewcząt zwiększa się wraz z wiekiem.
- Porównując dane uzyskane w dwóch ostatnich rundach badań, z lat 2014 i 2018 stwierdzono statystycznie istotne pogorszenie w poziomie intensywnej aktywności fizycznej młodzieży. Odsetek nastolatków ćwiczących co najmniej 4 razy w tygodniu zmniejszył się z 40,5% do 33,1% (p<0,001).

Pogłębiona analiza aktywności fizycznej polskiej młodzieży w świetle danych HBSC 2018 przedstawiona zostanie w odrębnym opracowaniu realizowanym w 2018 roku na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki³.

Piśmiennictwo:

- Ahmad T, Testani MJ. (2017). Physical Activity Prevents Obesity and Heart Failure. *Heart Failure*, 5: 385–387.
- Biddle S, Gorely T, Pearson N, i in. (2011). An assessment of self-reported physical activity instruments in young people for population surveillance: Project ALPHA. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1):1–9.
- Bobakova D, Hamrik Z, Badura P. i in. (2015). Test–retest reliability of selected physical activity and sedentary behaviour HBSC items in the Czech Republic, Slovakia and Poland. *International Journal of Public Health*, 60(1):59–67.
- Chaput J, Janssen I. (2016). Sleep duration estimates of Canadian children and adolescents. *Journal of Sleep Research*, 25(5):541–48.
- Howie L, Lukacs S, Pastor P, i in. (2010). Participation in activities outside of school hours in relation to problem behavior and social skills in middle childhood. *Journal of School Health*, 80(3):119–125.
- Inchley J, Currie D, Jewell J, i in. (2017). Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. Pobrane z <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/2017>.
- Inchley J, Currie D, Young T, i in. (2016). Growing up unequal. HBSC 2016 study (2013/2014 survey). *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 7. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Janssen I, Katzmarzyk P, Boyce W. i in. (2004). The independent influence of physical inactivity and obesity on health complaints in 6th to 10th grade Canadian youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 4:331–43.
- Kleszczewska D, Dzielska A, Nałęcz H. i in. (2017). Physical activity, BMI and body weight perception among 15-year-old boys and girls in Poland in the light of international comparisons. *Developmental Period Medicine*, 21(3): 235–247.
- Kleszczewska D, Dzielska A, Salonna F. i in. (2018). The Association Between Physical Activity and General Life Satisfaction in Lower Secondary School Students: The Role of Individual and Family Factors. *Community Mental Health Journal*, 54(8):1245–1252.
- Koło H. (2011). The impact of physical activity on the self-assessed health of 11,13 and 15-year-olds according to the background of socio-economic conditions. W: Mazur, J. (red.). *Social determinants of health of school-aged youth*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 93–110.
- Kremer P, Elshaug C, Leslie E, i in. (2014). Physical activity, leisure-time screen use and depression among children and young adolescents. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17(2):183–187.
- Petty K, Davis C, Tkacz J, i in. (2009). Exercise effects on depressive symptoms and self-worth in overweight children: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(9): 929–939.
- Prochaska J, Sallis J, Long B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 155(5):554–559.
- Schneider M, Dunton G, Cooper D. (2008). Physical activity and physical self concept among sedentary adolescent females: an intervention study. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(1): 1–14.
- Sigal J, Armstrong M, Bacon S. i in. (2018). Physical Activity and Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 42:S54–S63.
- Spruit A, Assink M, van Vugt E, i in. (2016). The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 45:56–71.
- WHO. (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. What is Moderate-intensity and Vigorous-intensity Physical Activity? Intensity of physical activity. Pobrane z http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/en/

³ Mazur J, Kleszczewska D. Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 10-19 lat w świetle badań HBSC 2018 (Health Behaviour in School-aged Children). [w:] Fijałkowska A. (red.) Aktualna ocena aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018 (ekspertyza w formie elektronicznej)

Barbara WOYNAROWSKA

Zachowania sedentarne przed ekranem w czasie wolnym

Wstęp

Określenie „zachowania sedentarne”⁴ (ang. *sedentary behaviours*) odnosi się do różnych czynności/zajęć wykonywanych przez człowieka w pozycji siedzącej, w których wydatek energii jest niewielki (ok. 1,5 podstawowej przemiany materii METs). Zachowania te podejmuje codziennie przez wiele godzin większość ludzi w różnych grupach wieku, preferując sedentarny tryb życia. Dotyczy to także dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, która siedzi w szkole, przy odrabianiu lekcji, w środkach lokomocji oraz w czasie wolnym. W ostatnich dekadach dokonały się znaczące zmiany wzorów spędzania czasu wolnego przez młodzież spowodowane m.in. rozwojem technologii informacyjno-komunikacyjnych, dostępnością różnych narzędzi, serwisów społecznościowych itd. W Polsce w 2017r. posiadało komputer w domu i dostęp do internetu 97,5% gospodarstw domowych z dziećmi; 91,5% młodych ludzi w wieku 16-24 lat miało smartfon (GUS 2017). Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych jest dla dzieci i młodzieży bardzo atrakcyjne. Częstość i czas korzystania z różnych narzędzi tej technologii zwiększa się z wiekiem i utrzymuje się od wczesnego dzieciństwa do okresu adolescencji (Biddle i in. 2010).

Używanie technologii informacyjno-komunikacyjnych przez młodych ludzi ułatwia im uczenie się, dostęp do informacji i ich przetwarzanie. Jednakże zbyt długi czas spędzany w unieruchomieniu przed ekranem lub monitorem (ang. *screen time behaviour*) zwiększa ryzyko wystąpienia u nich wielu zaburzeń rozwoju i zdrowia (Tremblay i in. 2011). Należą do nich:

- Nadwaga i otyłość (Mark i Jenssen 2008; Lazarou i Soteriades 2009; Sigmund i in. 2015). Rozwojowi nadwagi sprzyja zwłaszcza oglądanie telewizji (bierna forma zachowań sedentarnych), któremu często towarzyszy spożywanie niekorzystnych dla zdrowia przekąsek i tzw. „bezmysłne” (nieuważne) jedzenie.
- Zaburzenia narządu ruchu (Kratenova i in. 2007) i bóle pleców (Kleszczewska i in. 2017) związane z nieprawidłową, często wymuszoną pozycją ciała.
- Dolegliwości somatyczne i psychiczne, zwłaszcza bóle i zawroty głowy, zdenerwowanie, rozdrażnienie i zły humor (Kleszczewska i in. 2017), a nawet stany lękowe i depresję, zwłaszcza przy długotrwałych grach komputerowych (Maras i in. 2015) oraz zaburzenia psychiczne, myśli i próby samobójcze przy patologicznym używaniu internetu (Kaess i in. 2014).

⁴ Wyraz „sedentarny” (łac. *sedentarius*) w słownikach języka polskiego oznacza siedzący, pozbawiony ruchu, osiadły.

Długotrwałe i częste korzystanie przez młodzież z nowych mediów cyfrowych i interaktywnej technologii informacyjno-komunikacyjnej, tworzących cyberprzestrzeń, może stwarzać zagrożenia dla jej zdrowia psychicznego. Nowym zjawiskiem są różne uzależnienia behawioralne (zachowania nałogowe, kompulsywne), w tym od komputera, internetu, hazardu, zakupów (Brezing i in. 2010; Kaess i in. 2014; Pisarska i in. 2015). Młodzi ludzie mogą być narażeni w cyberprzestrzeni m.in. na cyberbullying, cyberpornografię, cyberprostitutcję, cyberseks, zagrożenia ze strony pedofilów (Andrzejewska 2014; Pyżalski 2011).

Kontrowersyjną kwestią jest związek między zachowaniami sedentarnymi i aktywnością fizyczną. Na podstawie wyników wcześniejszych badań uważano, że zachowania te są konkurencyjne dla aktywności fizycznej młodzieży i przyczyną jej zmniejszenia. Obecnie przyjmuje się, że zachowania sedentarne i aktywność fizyczna są niezależnymi zachowaniami (Pearson i in. 2014) i duży poziom aktywności fizycznej nie jest w stanie zrównoważyć niekorzystnego wpływu długotrwałego unieruchomienia przed ekranem/monitorem na masę ciała nastolatków.

Pytania dotyczące zachowań sedentarnych włączono do kwestionariusza HBSC jako obowiązkowe, po raz pierwszy w 1985/86 r. Są one opracowywane przez roboczą grupę tematyczną „Aktywność fizyczna”. W kolejnych rundach badań pytania ulegały modyfikacjom związanym z rozwojem technologii informacyjno-komunikacyjnej i zmianami wzorów spędzania czasu wolnego przez młodzież. Obecna wersja pytań w kwestionariuszu jest zbliżona, jak w 2013/14r. co umożliwia śledzenie zmian. Na podstawie wyników badań uznano, że rzetelność i trafność tych pytań jest zadowalająca (Bobakova i in. 2015).

Pytania i wskaźniki

W kwestionariuszu HBSC 2017/18 dla wszystkich grup wieku uwzględniono trzy pytania dotyczące samooceny czasu spędzanego przez młodzież przed ekranem (ang. *screen time*). Pytania te zmieniły w tej rundzie badań status z obowiązkowych na dodatkowe, ale zostały uwzględnione w polskim kwestionariuszu.

Badanych pytano: *Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle:*

- *oglądasz filmy lub programy w telewizji, na komputerze lub przez Internet (w tym You Tube lub podobne serwisy), DVD lub inne programy rozrywkowe?*
- *grasz w gry komputerowe lub na konsoli (np. Playstation, Xbox, GameCube), tablecie czy smartfonie lub innym sprzęcie z wyjątkiem gier ruchowych (np. Playstation Move, Nintendo Wii)?*
- *korzystasz z komputera, tabletu lub smartfona do innych celów (odrabianie lekcji, wysyłanie wiadomości e-mail, Tweeter, Facebook, Instagram, Snapchat, czatowanie, korzystanie z Internetu itp.)?*

Każde pytanie dotyczyło dni szkolnych i dni weekendu, z kategoriami odpowiedzi od *wcale* do *około 7 lub więcej godzin dziennie*. Pytania te były zrozumiałe i akceptowane przez młodzież, gdyż odsetek wykluczonych z analizy (brak odpowiedzi) wyniósł 0,7%.

W badaniach HBSC przyjęto, za Amerykańską Akademią Pediatrii (American Academy of Pediatrics Committee on Public Education 2001), że maksymalny czas spędzania przed ekranem nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie. W analizie wyników wyodrębniono dwa wskaźniki negatywne: 1) zbyt długie zajęcia sedentarne – odpowiedź dwie godziny lub więcej dziennie, 2) bardzo długie zajęcia sedentarne – odpowiedź cztery godziny lub więcej dziennie. Obliczono też średnią liczbę godzin, jako średnią ważoną z dni szkolnych i dni weekendu.

Ważniejsze wyniki

Wyniki przedstawione są w tabelach 36-43

Tabela 36. Liczba godzin dziennie przeznaczanych zwykle przez młodzież w czasie wolnym na oglądanie filmów lub programów w telewizji, na komputerze, w internecie, DVD w dni szkolne według płci i wieku

Grupa wieku				Oglądanie filmów lub programów w dni szkolne				
				wcale	0,5-1 godzina	2-3 godziny	4-5 godzin	6 lub więcej godzin
11 lat	Płeć	Chł.	N	69	321	352	99	29
			%	7,9%	36,9%	40,5%	11,4%	3,3%
		Dz.	N	35	329	353	90	21
			%	4,2%	39,7%	42,6%	10,9%	2,5%
	Ogółem		N	104	650	705	189	50
			%	6,1%	38,3%	41,5%	11,1%	2,9%
13 lat	Płeć	Chł.	N	54	258	361	123	42
			%	6,4%	30,8%	43,1%	14,7%	5,0%
		Dz.	N	48	321	364	114	36
			%	5,4%	36,4%	41,2%	12,9%	4,1%
	Ogółem		N	102	579	725	237	78
			%	5,9%	33,6%	42,1%	13,8%	4,5%
15 lat	Płeć	Chł.	N	33	218	395	134	70
			%	3,9%	25,6%	46,5%	15,8%	8,2%
		Dz.	N	52	300	401	128	43
			%	5,6%	32,5%	43,4%	13,9%	4,7%
	Ogółem		N	85	518	796	262	113
			%	4,8%	29,2%	44,9%	14,8%	6,4%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	156	797	1108	356	141
			%	6,1%	31,2%	43,3%	13,9%	5,5%
		Dz.	N	135	950	1118	332	100
			%	5,1%	36,1%	42,4%	12,6%	3,8%
	Ogółem		N	291	1747	2226	688	241
			%	5,6%	33,6%	42,9%	13,2%	4,6%

Płeć: chi-kw.=21,85; df=4; p<0,001 ; Wiek: chi-kw.=58,29; df=8; p<0,001

Tabela 37. Liczba godzin dziennie przeznaczanych zwykle przez młodzież w czasie wolnym na oglądanie filmów lub programów w telewizji, na komputerze, w internecie, DVD w dni weekendu według płci i wieku

Grupa wieku				Oglądanie filmów lub programów w dni weekendu				
				wcale	0,5-1 godzina	2-3 godziny	4-5 godzin	6 lub więcej godzin
11 lat	Płeć	Chł.	N	26	166	372	186	119
			%	3,0%	19,1%	42,8%	21,4%	13,7%
		Dz.	N	31	152	372	191	81
	%		3,7%	18,4%	45,0%	23,1%	9,8%	
	Ogółem		N	57	318	744	377	200
			%	3,4%	18,8%	43,9%	22,2%	11,8%
13 lat	Płeć	Chł.	N	19	109	309	254	146
			%	2,3%	13,0%	36,9%	30,3%	17,4%
		Dz.	N	10	118	361	258	136
	%		1,1%	13,4%	40,9%	29,2%	15,4%	
	Ogółem		N	29	227	670	512	282
			%	1,7%	13,2%	39,0%	29,8%	16,4%
15 lat	Płeć	Chł.	N	20	111	302	246	170
			%	2,4%	13,1%	35,6%	29,0%	20,0%
		Dz.	N	15	125	327	276	181
	%		1,6%	13,5%	35,4%	29,9%	19,6%	
	Ogółem		N	35	236	629	522	351
			%	2,0%	13,3%	35,5%	29,4%	19,8%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	65	386	983	686	435
			%	2,5%	15,1%	38,5%	26,8%	17,0%
		Dz.	N	56	395	1060	725	398
	%		2,1%	15,0%	40,2%	27,5%	15,1%	
	Ogółem		N	121	781	2043	1411	833
			%	2,3%	15,1%	39,4%	27,2%	16,1%

Płeć: chi-kw.=4,94; df=4; p=0,293 ; Wiek: chi-kw.=107,92; df=8; p<0,001

Tabela 38. Liczba godzin dziennie przeznaczanych zwykle przez młodzież w czasie wolnym na gry komputerowe lub na konsoli, tablecie czy smartfonie lub innym sprzęcie (z wyjątkiem gier ruchowych) w dni szkolne według płci i wieku

Grupa wieku				Gry komputerowe w dni szkolne				
				wcale	0,5-1 godzina	2-3 godziny	4-5 godzin	6 lub więcej godzin
11 lat	Płeć	Chł.	N	157	342	276	69	25
			%	18,1%	39,4%	31,8%	7,9%	2,9%
		Dz.	N	262	363	164	31	8
	%		31,6%	43,8%	19,8%	3,7%	1,0%	
	Ogółem		N	419	705	440	100	33
			%	24,7%	41,5%	25,9%	5,9%	1,9%

Grupa wieku				Gry komputerowe w dni szkolne				
				wcale	0,5-1 godzina	2-3 godziny	4-5 godzin	6 lub więcej godzin
13 lat	Płeć	Chł.	N	156	258	309	83	32
			%	18,6%	30,8%	36,9%	9,9%	3,8%
		Dz.	N	425	288	124	29	16
	%		48,2%	32,7%	14,1%	3,3%	1,8%	
	Ogółem		N	581	546	433	112	48
			%	33,8%	31,7%	25,2%	6,5%	2,8%
15 lat	Płeć	Chł.	N	167	226	295	102	58
			%	19,7%	26,7%	34,8%	12,0%	6,8%
		Dz.	N	592	207	83	30	14
	%		63,9%	22,4%	9,0%	3,2%	1,5%	
	Ogółem		N	759	433	378	132	72
			%	42,8%	24,4%	21,3%	7,4%	4,1%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	480	826	880	254	115
			%	18,8%	32,3%	34,4%	9,9%	4,5%
		Dz.	N	1279	858	371	90	38
	%		48,5%	32,5%	14,1%	3,4%	1,4%	
	Ogółem		N	1759	1684	1251	344	153
			%	33,9%	32,4%	24,1%	6,6%	2,9%

Płeć: chi-kw.=683,89; df=4; p<0,001; Wiek: chi-kw.=188,17; df=8; p<0,001

Tabela 39. Liczba godzin dziennie przeznaczanych zwykle przez młodzież w czasie wolnym na gry komputerowe lub na konsoli, tablecie czy smartfonie lub innym sprzęcie (z wyjątkiem gier ruchowych) w dni weekendu według płci i wieku

Grupa wieku				Gry komputerowe w dni weekendu				
				wcale	0,5-1 godzina	2-3 godziny	4-5 godzin	6 lub więcej godzin
11 lat	Płeć	Chł.	N	39	182	357	163	126
			%	4,5%	21,0%	41,2%	18,8%	14,5%
		Dz.	N	152	303	252	82	39
	%		18,4%	36,6%	30,4%	9,9%	4,7%	
	Ogółem		N	191	485	609	245	165
			%	11,3%	28,6%	35,9%	14,5%	9,7%
13 lat	Płeć	Chł.	N	52	113	285	214	174
			%	6,2%	13,5%	34,0%	25,5%	20,8%
		Dz.	N	271	269	214	74	52
	%		30,8%	30,6%	24,3%	8,4%	5,9%	
	Ogółem		N	323	382	499	288	226
			%	18,8%	22,2%	29,0%	16,8%	13,2%

Grupa wieku				Gry komputerowe w dni weekendu				
				wcale	0,5-1 godzina	2-3 godziny	4-5 godzin	6 lub więcej godzin
15 lat	Płeć	Chł.	N	91	104	234	226	192
			%	10,7%	12,3%	27,6%	26,7%	22,7%
		Dz.	N	468	223	144	42	48
			%	50,6%	24,1%	15,6%	4,5%	5,2%
	Ogółem		N	559	327	378	268	240
			%	31,5%	18,5%	21,3%	15,1%	13,5%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	182	399	876	603	492
			%	7,1%	15,6%	34,3%	23,6%	19,3%
		Dz.	N	891	795	610	198	139
			%	33,8%	30,2%	23,2%	7,5%	5,3%
	Ogółem		N	1073	1194	1486	801	631
			%	20,7%	23,0%	28,7%	15,4%	12,2%

Płeć: chi-kw.=1048,32; df=4; p<0,001 ; Wiek: chi-kw.=296,17; df=8; p<0,001

Tabela 40. Liczba godzin dziennie w których zwykle młodzież w czasie wolnym korzysta z komputera, tabletu lub smartfona w innym celu w dni szkolne według płci i wieku

Grupa wieku				Korzystanie z komputera, tabletu lub smartfona w innym celu w dni szkolne				
				wcale	0,5-1 godzina	2-3 godziny	4-5 godzin	6 lub więcej godzin
11 lat	Płeć	Chł.	N	132	459	204	46	27
			%	15,2%	52,9%	23,5%	5,3%	3,1%
		Dz.	N	69	405	250	67	39
			%	8,3%	48,8%	30,1%	8,1%	4,7%
	Ogółem		N	201	864	454	113	66
			%	11,8%	50,9%	26,7%	6,7%	3,9%
13 lat	Płeć	Chł.	N	58	361	257	103	59
			%	6,9%	43,1%	30,7%	12,3%	7,0%
		Dz.	N	25	267	280	177	132
			%	2,8%	30,3%	31,8%	20,1%	15,0%
	Ogółem		N	83	628	537	280	191
			%	4,8%	36,5%	31,2%	16,3%	11,1%
15 lat	Płeć	Chł.	N	39	290	276	124	120
			%	4,6%	34,2%	32,5%	14,6%	14,1%
		Dz.	N	10	162	296	251	204
			%	1,1%	17,6%	32,1%	27,2%	22,1%
	Ogółem		N	49	452	572	375	324
			%	2,8%	25,5%	32,3%	21,2%	18,3%

Grupa wieku				Korzystanie z komputera, tabletu lub smartfona w innym celu w dni weekendu				
				wcale	0,5-1 godzina	2-3 godziny	4-5 godzin	6 lub więcej godzin
Ogółem	Płeć	Chł.	N	229	1110	737	273	206
			%	9,0%	43,4%	28,8%	10,7%	8,1%
		Dz.	N	104	834	826	495	375
			%	3,9%	31,7%	31,4%	18,8%	14,2%
	Ogółem		N	333	1944	1563	768	581
			%	6,4%	37,5%	30,1%	14,8%	11,2%

Płeć: chi-kw.=201,10; df=4; p<0,001 ; Wiek: chi-kw.=568,56; df=8; p<0,001

Tabela 41. Liczba godzin dziennie w których zwykle młodzież w czasie wolnym korzysta z komputera, tabletu lub smartfona w innym celu w dni weekendu według płci i wieku

Grupa wieku				Korzystanie z komputera, tabletu lub smartfona w innym celu w dni weekendu				
				wcale	0,5-1 godzina	2-3 godziny	4-5 godzin	6 lub więcej godzin
11 lat	Płeć	Chł.	N	103	363	255	89	59
			%	11,9%	41,8%	29,3%	10,2%	6,8%
		Dz.	N	74	293	279	97	87
			%	8,9%	35,3%	33,6%	11,7%	10,5%
	Ogółem		N	177	656	534	186	146
			%	10,4%	38,6%	31,4%	10,9%	8,6%
13 lat	Płeć	Chł.	N	64	275	241	144	115
			%	7,6%	32,8%	28,7%	17,2%	13,7%
		Dz.	N	26	164	249	210	231
			%	3,0%	18,6%	28,3%	23,9%	26,3%
	Ogółem		N	90	439	490	354	346
			%	5,2%	25,5%	28,5%	20,6%	20,1%
15 lat	Płeć	Chł.	N	60	231	228	155	175
			%	7,1%	27,2%	26,9%	18,3%	20,6%
		Dz.	N	13	123	231	218	338
			%	1,4%	13,3%	25,0%	23,6%	36,6%
	Ogółem		N	73	354	459	373	513
			%	4,1%	20,0%	25,9%	21,0%	29,0%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	227	869	724	388	349
			%	8,9%	34,0%	28,3%	15,2%	13,6%
		Dz.	N	113	580	759	525	656
			%	4,3%	22,0%	28,8%	19,9%	24,9%
	Ogółem		N	340	1449	1483	913	1005
			%	6,6%	27,9%	28,6%	17,6%	19,4%

Płeć: chi-kw.=206,82; df=4; p<0,001 ; Wiek: chi-kw.=431,56; df=8; p<0,001

Tabela 42. Średnia liczba godzin przeznaczanych dziennie na różne zajęcia sedentarne*

Grupa wieku	Płeć	Oglądanie filmów lub programów	Gry komputerowe	Korzystanie z komputera, tabletu, smartfonu w innym celu
11 lat	Chłopcy	2,29±1,55	2,01±1,55	1,53±1,47
	Dziewczęta	2,25±1,44	1,20±1,27	1,90±1,66
	Ogółem	2,27±1,50	1,62±1,48	1,71±1,58
13 lat	Chłopcy	2,65±1,62	2,28±1,60	2,21±1,84
	Dziewczęta	2,51±1,56	1,05±1,42	3,15±2,08
	Ogółem	2,58±1,59	1,65±1,63	2,69±2,03
15 lat	Chłopcy	2,88±1,69	2,45±1,83	2,78±2,10
	Dziewczęta	2,62±1,61	0,74±1,31	3,82±2,10
	Ogółem	2,74±1,65	1,56±1,79	3,32±2,16
Ogółem	Chłopcy	2,60±1,64	2,24±1,67	2,17±1,89
	Dziewczęta	2,47±1,55	0,99±1,35	2,99±2,12
	Ogółem	2,53±1,59	1,61±1,64	2,59±2,05

* Średnia ważona obliczona z dni szkolnych i dni weekendu na podstawie tabel 36-41.

W tabeli 43 umieszczono wyniki badań HBSC 2014 i 2018 dotyczące przeznaczania zwykle w czasie wolnym na zajęcia sedentarne dwóch godzin lub więcej dziennie.

Tabela 43. Odsetek młodzieży w wieku 11-15 lat, która przeznaczala zwykle w czasie wolnym na zajęcia sedentarne dwie godziny lub więcej dziennie w latach 2014 i 2018

Zajęcia sedentarne	Runda badań HBSC	
	2014	2018
Oglądanie filmów lub innych programów		
dni szkolne	59,6	60,8
dni weekendu	80,1	82,6
Gry na komputerze lub na innych urządzeniach		
dni szkolne	34,1	33,7
dni weekendu	53,1	56,3
Korzystanie z komputera lub tabletu, smartfonu w innym celu		
dni szkolne	54,8	56,1
dni weekendu	67,1	65,5

Podsumowanie

Przedstawione wyżej wyniki wskazują, że młodzież w wieku 11–15 lat poświęca wiele czasu wolnego na zachowania sedentarne przed ekranem/monitorem – średnio ponad 2,5 godziny dziennie na oglądanie filmów lub programów i korzystanie z komputera i urządzeń mobilnych w innym celu oraz ponad 1,5 godziny na gry komputerowe lub na konsoli. Nie zawsze czas przeznaczany na te zachowania sumuje się, ponieważ młodzież przełącza się często z jednej aktywności na drugą. Istnieją różnice w korzystaniu z technologii informacyjno-komunikacyjnej zależne od dni tygodnia, wieku i płci badanych.

- Oglądanie filmów lub programów w telewizji, na komputerze, w Internecie, DVD albo innych programów rozrywkowych:
 - w dni szkolne zbyt długo (dwie godziny lub więcej) oglądało filmy lub programy 60,8% ogółu badanych, a bardzo długo (cztery godziny lub więcej) prawie co piąty nastolatek (17,8%); w dni weekendu odsetki te były znacznie większe (odpowiednio 82,6% i 43,4%). Średnia liczba godzin dziennie przeznaczonych na te zajęcia wynosiła 2,53 godz.;
 - starsze nastolatki częściej niż młodsze oglądały filmy lub programy zbyt długo. W dni szkolne dotyczyło to 55,6% 11-latków i 66,0% 15-latków; w dni weekendu odpowiednio 77,9% i 82,6%. Średnia liczba godzin zwiększała się z wiekiem (od 2,27 do 2,74);
 - chłopcy (62,7%) częściej niż dziewczęta (58,8%) w dni szkolne zbyt długo oglądali filmy lub programy; w dni weekendu nie stwierdzono różnic zależnych od płci.
- Granie w gry na komputerze lub na konsoli, tablecie, smartfonie albo innym sprzęcie:
 - w dni szkolne grał w te gry zbyt długo co trzeci (33,7%), a bardzo długo co dziesiąty (9,5%) nastolatek; w dniach weekendu odsetki te były znacznie większe (odpowiednio 56,3% i 27,6%). Średnia liczba godzin przeznaczonych na gry w dniach szkolnych i weekendu wynosiła 1,61;
 - młodzież 11- i 13-letnia (ok. 80%) częściej niż 15-letnia (50%) grała w gry zbyt długo w dni weekendu, w dni szkolne; różnice zależne od wieku w zakresie tego wskaźnika były niewielkie;
 - chłopcy zdecydowanie częściej niż dziewczęta zbyt długo zajmowali się grami zarówno w dni szkolne (odpowiednio 42,8% i 19,0%) jak i w dni weekendu (odpowiednio 77,3% i 36,0%). Różnice te dotyczyły wszystkich grup wieku i pogłębiały się z wiekiem.
- Korzystanie z komputera, tabletu lub smartfonu do innych celów, takich jak odrabianie lekcji, wysyłanie wiadomości e-mail, Tweeter, Facebook, Instagram, Snapchat, czatowanie, korzystanie z Internetu:
 - w dni szkolne korzystała z tych urządzeń zbyt długo ponad połowa (56,1%), a w dniach weekendu 65,5% badanych; bardzo długo spędzało przed ekranami odpowiednio 26,0% i 46,2% nastolatków. Średnia liczba godzin przeznaczonych na te zajęcia w dni szkolne i w dni weekendu wynosiła 2,59;

- z wiekiem zwiększa się odsetek badanych, którzy długo korzystali z ww. urządzeń w dni szkolne (11-latki 37,3%, 15-latki 71,7%) i w dni weekendu (11-latki 51,0%, 15-latki 75,9%). Zwiększa się także średnia liczba godzin (1,71 u 11-latków i 3,32 u 15-latków);
- u dziewcząt odsetek badanych długo korzystających z tych urządzeń w dni szkolne (64,4%) i weekend (73,7%) był większy niż u chłopców (odpowiednio 47,6% i 57,1%).
- W 2018r., w stosunku do 2014r., odsetki nastolatków, którzy poświęcali w czasie wolnym dwie godziny lub więcej na trzy analizowane zachowania sedentarne przed ekranem/monitorem, nie uległy wyraźnym zmianom.

Piśmiennictwo

- American Academy of Pediatrics Committee on Public Education (2001). Children, adolescents and television. *Pediatrics*, 107(2), 423-426. Pobrane z <http://pediatrics.aappublications.org/content/107/2/423.long>
- Andrzejewska A. (2014). Dzieci i młodzież w sieci zagrożeń realnych i wirtualnych. Aspekty teoretyczne i empiryczne. Warszawa: Difin.
- Biddle S, Pearson N, Ross G, i in. (2010). Tracking of sedentary behaviours of young people: A systematic review. *Preventive Medicine*, 51(5), 345–51.
- Bobakova D, Hamrik Z, Badura P, i in. (2015). Test-retest reliability of selected physical activity and sedentary behaviour HBSC items in the Czech Republic, Slovakia and Poland. *International Journal of Public Health*, 60(1): 59–67.
- Brezing Ch, Derevensky J, Potenza M. (2010). Non-substance addictive behaviors in youth: Pathological gambling and problematic internet use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 625–41.
- GUS.(2017). Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań z lat 2013-2017. Warszawa, GUS, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5497/1/11/1/spoleczenstwo_informacyjne_w_polsce_wyniki_badan_statystycznych_z_lat_2013-2017.pdf
- Kaess M, Brunner R, Durkee T, i in. (2014). Pathological internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(11): 1093-102.
- Kleszczewska D, Małkowska-Szkutnik A, Nałęcz H, i in. (2017). Zachowania sedentarne a nieswoiste dolegliwości psychosomatyczne młodzieży szkolnej. *Pediatrica Polska*, 92:553–60.
- Kratenowa J, Zejglicova K, Maly M, i in. (2007). Prevalence and risk factors of poor posture in school children in the Czech Republic. *Journal of School Health*, 77:131–37.
- Lazarou C, Soteriades E. (2009). Children physical activity, TV watching and obesity in Cyprus: The CYKIDS study. *European Journal of Public Health*, 20(1):70–77.
- Maras D, Flament M, Murray M, i in. (2015). Screen time is associated with anxiety and depression in Canadian youth. *Preventive Medicine*, 73:133–38.
- Mark A, Janssen I. (2008). Relationship between screen time and metabolic syndrome in adolescents. *Journal of Public Health*, 30(2): 153–60.
- Pearson N, Brathwaite R, Biddle S, i in. (2014). Associations between sedentary behaviour and physical activity in children and adolescents: meta-analysis. *Obesity Review*, 15(8):666–75.
- Pisarska A, Ostaszewski K, Raduj J, i in. (2015) Czynniki związane z hazardem, kompulsywnymi zakupami oraz nadużywaniem internetu wśród młodzieży w wieku 12-19 lat. Raport podsumowujący. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Pobrano z: www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=5064326
- Pyżalski J, (2011). Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Sigmund E, Sigmundova D, Badura P, i in. (2015). Temporal trends in overweight and obesity, physical activity and screen time among Czech adolescents from 2002 to 2014. A National Health Behaviour in School-aged Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9):11848–11868.
- Tremblay M, LeBlanc A, Kho M, i in. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8 (98).

Spożywanie wybranych produktów przez młodzież

Wstęp

Prawidłowe nawyki żywieniowe w dzieciństwie i w okresie adolescencji są czynnikiem sprzyjającym optymalnemu rozwojowi (Christian i Smith 2018; Lamport i in. 2014). Właściwy sposób odżywiania zapobiega występowaniu niedoborów witamin i mikroelementów oraz niedoborów energetyczno-białkowych, zmniejszając tym samym ryzyko występowania wielu chorób, w tym otyłości, cukrzycy, próchnicy zębów. Stanowi również ważny element wczesnego zapobiegania niektórym chorobom niezakaźnym, na przykład nowotworom, udarom mózgu, czy chorobom serca (Fuemmeler i in. 2009; Saydah i in. 2013; Ambrosini i in. 2013). Zwraca się również uwagę na psychologiczne i społeczne skutki wynikające z niewłaściwego sposobu odżywiania w okresie dzieciństwa i adolescencji (np. zaburzenia odżywiania, gorsze wyniki w nauce, niższe poczucie własnej wartości, brak akceptacji w przypadku otyłości), (Rohde i in. 2015; Burrows i in. 2017). Udowodniono, że sposób odżywiania w okresie dzieciństwa i adolescencji przekłada się na zwyczaje żywieniowe w okresie dorosłości (Cruz i in. 2018; Craigie i in. 2011).

Podsumowanie zasad prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży zawiera, zmodyfikowana w 2016 roku, Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej dla tej grupy wieku (Jarosz i in. 2016). W podstawie piramidy, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, znajduje się codzienna aktywność fizyczna, a kolejne piętra odnoszą się do różnych grup produktów i uwzględniają ich proporcje niezbędne do utrzymania prawidłowej diety. Według wspomnianych zaleceń, podstawą diety są warzywa i owoce, które powinny stanowić co najmniej połowę posiłków spożywanych w ciągu dnia. Ze względu na cukry występujące w owocach, istotne jest zachowanie odpowiednich proporcji – $\frac{3}{4}$ warzyw i $\frac{1}{3}$ owoców. Kolejne piętra to: – produkty zbożowe (zwłaszcza pełnoziarniste), – mleko i produkty mleczne (jogurt, kefir, ser), – chude mięso w ograniczonych ilościach (do 0,5 kg/tydz.) oraz jaja, ryby, nasiona roślin strączkowych, a na samym szczycie piramidy tłuszcze z zaleceniem ograniczenia spożycia tłuszczów zwierzęcych na rzecz tłuszczów roślinnych. Zasady prawidłowego żywienia obejmują również unikanie spożywania cukru, ograniczenie soli i zastępowanie jej ziołami, picie co najmniej 1,5 l wody w ciągu dnia. Ponadto zaleca się regularne spożywanie posiłków (4-5 dziennie co 3-4 godziny), w tym śniadań⁵.

Wybory żywieniowe, jakich dokonują dzieci i młodzież, uwarunkowane są wieloczynnikowo. Począwszy od czynników indywidualnych, np. własnych preferencji

⁵ Zalecenia dotyczące spożywania śniadań przez dzieci i młodzież szkolną znajdują się w następnym rozdziale.

żywieniowych, poprzez normy pochodzące ze środowiska społecznego, zwłaszcza rodziny i rówieśników, jak również wpływ szerszego kontekstu środowiskowego – marketingu żywności, polityki żywieniowej, regulacji zasad żywienia w szkołach, czy też dostępności produktów spożywczych (Pearson i in. 2017; Odgen 2010; Stok i in. 2016).

Konieczność kształtowania prozdrowotnych nawyków żywieniowych i utrzymania właściwej diety nie budzi wątpliwości, jednak pomimo licznych programów ukierunkowanych na poprawę zachowań żywieniowych dzieci i młodzieży, wyniki badań nadal wskazują na występowanie niedostatków w zakresie spożycia owoców, warzyw, czy też na nadmierne spożycie produktów o wysokiej zawartości cukru (Colapinto i in. 2018; Moreno i in. 2014; Lynch i in. 2014). W wielu krajach od lat obserwuje się wzrost spożycia warzyw i owoców (Vereecken i in. 2015). W Polsce te korzystne zmiany zaczęły następować dopiero po 2010 roku. Zwraca się także uwagę na częstsze spożycie warzyw i owoców przez młodzież z krajów Europy Zachodniej w stosunku do ich rówieśników z pozostałych regionów europejskich (Stefler i Bobak 2015).

Pytania dotyczące zachowań żywieniowych młodzieży uwzględniano w każdej rundzie badań HBSC od 1985/86 roku, a w Polsce od 1990 roku. Pytania walidowano w badaniach belgijskich (Vereecken i Maes 2003). W okresie minionych 30 lat dokonywano zmian w zakresie formułowania poszczególnych pytań lub kategorii ich odpowiedzi, co w pewnym stopniu ogranicza możliwość śledzenia zmian w czasie. Od 2002 do 2014 roku pytania występowały w niezmienionej formie. W 2018 roku, doprecyzowano pytanie o picie napojów słodzonych z picia „coca-coli innych słodzonych napojów” na picie „coca-coli i innych napojów z dodatkiem cukru”. Należy zwrócić uwagę, że zmiana ta, choć nieznaczna, mogła wpłynąć na wyniki uzyskane w 2018 roku. Pytania dotyczące spożywania wybranych produktów przez młodzież opracowuje robocza grupa tematyczna ds. odżywiania i diety (*Eating and Dieting Focus Group – ED FG*).

Pytania i wskaźniki

W kwestionariuszu polskich badań HBSC zrealizowanych w roku szkolnym 2017/18 we wszystkich grupach wieku zastosowano cztery pytania opisujące częstość spożywania produktów korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia. Pytanie brzmiało: *Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty? (warzywa, owoce, słodczy, coca-cola i inne napoje z dodatkiem cukru)*, z kategoriami odpowiedzi: *nigdy, rzadziej niż 1 raz w tygodniu, 2-4 dni w tygodniu, 5-6 dni w tygodniu, codziennie, 1 raz, codziennie częściej niż 1 raz*. W odniesieniu do kolejnych pytań zanotowano zaledwie od 0,8% do 0,9% braków danych.

Według zaleceń dotyczących prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży (Jarosz i in. 2012) rekomenduje się codzienne spożywanie co najmniej 5 porcji warzyw i owoców w ramach głównych posiłków oraz pojadania. Jednocześnie zaleca się

ograniczenie spożycia cukru, słodczy i słodkich napojów, ze względu na ich ubogą wartość odżywczą i zwiększone ryzyko szkód dla zdrowia. Biorąc pod uwagę powyższe zalecenia, analizowano dwa dychotomiczne **wskaźniki pozytywne** w odniesieniu do produktów korzystnych dla zdrowia: 1) codzienne spożywanie owoców; 2) codzienne spożywanie warzyw. Analizowano również dwa **negatywne wskaźniki** odnoszące się do produktów niekorzystnych dla zdrowia: 1) spożywanie słodczy częściej niż raz w tygodniu; 2) picie słodzonych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu.

Ważniejsze wyniki

W tabelach 44-47 przedstawiono rozkład częstości spożywania produktów korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia, z uwzględnieniem grupy wieku i płci badanych uczniów. Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na istotne statystycznie różnice zależne od płci i wieku badanych uczniów.

Tabela 44. Częstość spożywania owoców według płci i wieku

Grupa wieku			Spożywanie owoców						
			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
11	Płeć	Chł.	N 9	41	73	206	169	138	228
		%	1,0%	4,7%	8,4%	23,8%	19,6%	16,0%	26,4%
		Dz.	N 12	35	37	185	137	168	255
		%	1,4%	4,2%	4,5%	22,3%	16,5%	20,3%	30,8%
	Ogółem		N 21	76	110	391	306	306	483
	%	1,2%	4,5%	6,5%	23,1%	18,1%	18,1%	28,5%	
13	Płeć	Chł.	N 20	48	64	272	168	121	142
		%	2,4%	5,7%	7,7%	32,6%	20,1%	14,5%	17,0%
		Dz.	N 5	47	79	246	159	161	185
		%	0,6%	5,3%	9,0%	27,9%	18,0%	18,3%	21,0%
	Ogółem		N 25	95	143	518	327	282	327
	%	1,5%	5,5%	8,3%	30,2%	19,0%	16,4%	19,0%	
15	Płeć	Chł.	N 25	74	111	262	136	114	125
		%	3,0%	8,7%	13,1%	30,9%	16,1%	13,5%	14,8%
		Dz.	N 9	63	76	263	169	143	202
		%	1,0%	6,8%	8,2%	28,4%	18,3%	15,5%	21,8%
	Ogółem		N 34	137	187	525	305	257	327
	%	1,9%	7,7%	10,6%	29,6%	17,2%	14,5%	18,5%	

Grupa wieku				Spożywanie owoców						
				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
Og.	Płeć	Chł.	N	54	163	248	740	473	373	495
			%	2,1%	6,4%	9,7%	29,1%	18,6%	14,7%	19,4%
		Dz.	N	26	145	192	694	465	472	642
			%	1,0%	5,5%	7,3%	26,3%	17,6%	17,9%	24,4%
	Ogółem	N	80	308	440	1434	938	845	1137	
		%	1,5%	5,9%	8,5%	27,7%	18,1%	16,3%	21,9%	

Płeć: chi-kw.=49,30; df=6; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=113,03; df=12; p<0,001

Tabela 45. Częstość spożywania warzyw według płci i wieku

Grupa wieku				Spożywanie warzyw						
				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
11	Płeć	Chł.	N	47	65	111	219	123	165	131
			%	5,5%	7,5%	12,9%	25,4%	14,3%	19,2%	15,2%
		Dz.	N	29	54	74	179	161	167	164
			%	3,5%	6,5%	8,9%	21,6%	19,4%	20,2%	19,8%
	Ogółem	N	76	119	185	398	284	332	295	
		%	4,5%	7,0%	11,0%	23,6%	16,8%	19,7%	17,5%	
13	Płeć	Chł.	N	43	58	94	234	178	131	96
			%	5,2%	7,0%	11,3%	28,1%	21,3%	15,7%	11,5%
		Dz.	N	16	53	89	231	176	152	165
			%	1,8%	6,0%	10,1%	26,2%	20,0%	17,2%	18,7%
	Ogółem	N	59	111	183	465	354	283	261	
		%	3,4%	6,5%	10,7%	27,1%	20,6%	16,5%	15,2%	
15	Płeć	Chł.	N	37	72	99	220	169	126	123
			%	4,4%	8,5%	11,7%	26,0%	20,0%	14,9%	14,5%
		Dz.	N	22	44	73	237	196	176	177
			%	2,4%	4,8%	7,9%	25,6%	21,2%	19,0%	19,1%
	Ogółem	N	59	116	172	457	365	302	300	
		%	3,3%	6,5%	9,7%	25,8%	20,6%	17,1%	16,9%	
Og.	Płeć	Chł.	N	127	195	304	673	470	422	350
			%	5,0%	7,7%	12,0%	26,5%	18,5%	16,6%	13,8%
		Dz.	N	67	151	236	647	533	495	506
			%	2,5%	5,7%	9,0%	24,6%	20,2%	18,8%	19,2%
	Ogółem	N	194	346	540	1320	1003	917	856	
		%	3,7%	6,7%	10,4%	25,5%	19,4%	17,7%	16,5%	

Płeć: chi-kw.=69,78; df=6; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=26,84; df=12; p=0,008

Tabela 46. Częstość jedzenia słodczy według płci i wieku

Grupa wieku				Jedzenie słodczy						
				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
11	Płeć	Chł.	N	33	137	140	245	123	96	87
			%	3,8%	15,9%	16,3%	28,5%	14,3%	11,1%	10,1%
		Dz.	N	30	93	134	217	117	124	114
			%	3,6%	11,2%	16,2%	26,2%	14,1%	15,0%	13,8%
	Ogółem	N	63	230	274	462	240	220	201	
		%	3,7%	13,6%	16,2%	27,3%	14,2%	13,0%	11,9%	
13	Płeć	Chł.	N	38	94	144	237	132	105	85
			%	4,6%	11,3%	17,2%	28,4%	15,8%	12,6%	10,2%
		Dz.	N	29	66	117	260	150	123	137
			%	3,3%	7,5%	13,3%	29,5%	17,0%	13,9%	15,5%
	Ogółem	N	67	160	261	497	282	228	222	
		%	3,9%	9,3%	15,2%	28,9%	16,4%	13,3%	12,9%	
15	Płeć	Chł.	N	38	92	126	257	127	101	105
			%	4,5%	10,9%	14,9%	30,4%	15,0%	11,9%	12,4%
		Dz.	N	31	100	122	274	141	129	128
			%	3,4%	10,8%	13,2%	29,6%	15,2%	13,9%	13,8%
	Ogółem	N	69	192	248	531	268	230	233	
		%	3,9%	10,8%	14,0%	30,0%	15,1%	13,0%	13,2%	
Og.	Płeć	Chł.	N	109	323	410	739	382	302	277
			%	4,3%	12,7%	16,1%	29,1%	15,0%	11,9%	10,9%
		Dz.	N	90	259	373	751	408	376	379
			%	3,4%	9,8%	14,2%	28,5%	15,5%	14,3%	14,4%
	Ogółem	N	199	582	783	1490	790	678	656	
		%	3,8%	11,2%	15,1%	28,8%	15,3%	13,1%	12,7%	

Płeć: chi-kw.=34,21; df=6; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=23,43; df=12; p=0,024

Tabela 47. Częstość picia napojów z dodatkiem cukru według płci i wieku

Grupa wieku				Picie napojów z dodatkiem cukru						
				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
11	Płeć	Chł.	N	85	226	150	162	82	66	90
			%	9,9%	26,2%	17,4%	18,8%	9,5%	7,7%	10,5%
		Dz.	N	107	240	163	118	70	53	78
			%	12,9%	29,0%	19,7%	14,2%	8,4%	6,4%	9,4%
	Ogółem	N	192	466	313	280	152	119	168	
		%	11,4%	27,6%	18,5%	16,6%	9,0%	7,0%	9,9%	

Grupa wieku			Picie napojów z dodatkiem cukru						
			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
13	Płeć	Chł.	N 65	170	150	198	107	67	78
		% 7,8%	20,4%	18,0%	23,7%	12,8%	8,0%	9,3%	
	Dz.	N 134	234	154	158	82	57	63	
		% 15,2%	26,5%	17,5%	17,9%	9,3%	6,5%	7,1%	
	Ogółem	N 199	404	304	356	189	124	141	
		% 11,6%	23,5%	17,7%	20,7%	11,0%	7,2%	8,2%	
15	Płeć	Chł.	N 80	174	121	206	87	75	103
		% 9,5%	20,6%	14,3%	24,3%	10,3%	8,9%	12,2%	
	Dz.	N 189	279	131	153	63	47	63	
		% 20,4%	30,2%	14,2%	16,5%	6,8%	5,1%	6,8%	
	Ogółem	N 269	453	252	359	150	122	166	
		% 15,2%	25,6%	14,2%	20,3%	8,5%	6,9%	9,4%	
Og.	Płeć	Chł.	N 230	570	421	566	276	208	271
		% 9,0%	22,4%	16,6%	22,3%	10,9%	8,2%	10,7%	
	Dz.	N 430	753	448	429	215	157	204	
		% 16,3%	28,6%	17,0%	16,3%	8,2%	6,0%	7,7%	
	Ogółem	N 660	1323	869	995	491	365	475	
		% 12,7%	25,6%	16,8%	19,2%	9,5%	7,0%	9,2%	

Płeć: chi-kw.=128,46; df=6; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=47,72; df=12; p<0,001

W tabeli 48 przedstawiono porównanie wyników badań w zakresie codziennego spożywania produktów korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia w 2014 i 2018 roku.

Tabela 48. Odsetek młodzieży w wieku 11-15 lat, która codziennie spożywała produkty korzystne i niekorzystne dla zdrowia, 2014 i 2018

Produkty	Runda badań HBSC	
	2014	2018
Produkty korzystne dla zdrowia		
Warzywa	29,3	34,2
Owoce	33,8	38,2
Produkty niekorzystne dla zdrowia		
Słodycze	72,5	69,9
Słodkie napoje	56,8	44,9

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionych powyżej wyników należy stwierdzić, że niewielki odsetek nastolatków spożywa owoce i warzywa w rekomendowanej ilości. Jednocześnie częste jedzenie słodczy lub picie słodzonych napojów dotyczy licznej grupy nastolatków. Zarówno w przypadku produktów korzystnych dla zdrowia, jak i niekorzystnych, istnieją różnice związane z płcią i wiekiem, przy czym zależności związane z wiekiem nie zawsze mają liniowy charakter.

Spożywanie produktów korzystnych dla zdrowia:

- Zaledwie niewiele ponad 1/3 nastolatków spożywała owoce (38,2%) i warzywa (34,2%) na zalecanym poziomie;
- Codzienne spożywanie owoców i warzyw częściej dotyczyło dziewcząt niż chłopców. W przypadku jedzenia owoców różnica na korzyść dziewcząt wynosiła 8,2%, a w przypadku warzyw 7,6%;
- Częstość codziennego spożywania owoców spadała wraz z wiekiem u obu płci. W przypadku jedzenia warzyw, najniższy odsetek młodzieży spełniającej zalecenia zanotowano w grupie 13-latków, zarówno chłopców, jak i dziewcząt;
- W porównaniu z wynikami badań HBSC 2014, w roku 2018 obserwuje się wzrost odsetka codziennego spożywania warzyw (o 4,9%) i owoców (o 4,4%) wśród młodzieży 11-15-letniej.

Spożywanie produktów niekorzystnych dla zdrowia:

- Prawie 2/3 nastolatków spożywało słodycze częściej niż raz w tygodniu (69,9%), a niemal połowa z tą samą częstotliwością piła dosładzane napoje (44,9%);
- Dziewczeta częściej niż chłopcy spożywały słodczy w nadmiernych ilościach (odpowiednio 72,6% wobec 66,9%), a odsetek nastolatków pijących słodzone napoje częściej niż raz w tygodniu był zdecydowanie wyższy wśród chłopców (52%) niż dziewcząt (38,1%);
- Odsetek młodzieży często spożywającej słodycze był najniższy wśród 11-latków (66,5%), a wśród 13 – i 15-latków odsetki utrzymywały się na zbliżonym poziomie (odpowiednio 71,6% i 71,3%). Odsetki zwiększały się wraz z wiekiem w grupie chłopców, a wśród dziewcząt najwyższy odsetek często jedzących słodycze zanotowano w grupie 13-latek (75,9%);
- Najniższy odsetek codziennego picia napojów słodzonych występował w najmłodszej grupie wieku (42,5%), a największy odsetek wśród 13-latków (47,2%). Podobnie jak w przypadku jedzenia słodczy, w grupie chłopców odsetki rosły wraz z wiekiem, a najbardziej niekorzystną sytuację w grupie dziewcząt zanotowano wśród 13-latek (40,8%);
- W porównaniu z wynikami badań HBSC 2014, w roku 2018 obserwuje się spadek odsetka częstego (częściej niż 1 raz w tygodniu) jedzenia słodczy (o 2,6%) i picia słodzonych napojów (o 11,9%) wśród młodzieży 11-15-letniej.

Piśmiennictwo

- Ambrosini G, Oddy W, Huang R, i in. (2013). Prospective associations between sugar-sweetened beverage intakes and cardiometabolic risk factors in adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 98:327–334.
- Burrows T, Goldman S, Pursey K, i in. (2017). Is there an association between dietary intake and academic achievement: a systematic review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30(2): 117–140.
- Christian P, Smith E. (2018). Adolescent Undernutrition: Global Burden, Physiology, and Nutritional Risks. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 72:316–328.
- Colapinto C, Graham J, St-Pierre S. (2018). Trends and correlates of frequency of fruit and vegetable consumption, 2007 to 2014. *Health Reports*, 29(1): 9–14.
- Craigie A, Lake A, Kelly S, i in. (2011). Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: a systematic review. *Maturitas*, 70: 266–284.
- Cruz F, Ramos E, Lopes C, i in. (2018). Tracking of food and nutrient intake from adolescence into early adulthood. *Nutrition*, 55-56: 84–90.
- Fuemmeler B, Pendzich M, Tercyak K. (2009). Weight, Dietary Behavior, and Physical Activity in Childhood and Adolescence: Implications for Adult Cancer Risk. *Obesity Facts*, 2(3):179–86.
- Jarosz M, i in. (2016). *Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej*. Broszura. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia.
- Jarosz M, Respondek W, Wolnicka K, i in. (2012). Zalecenia dotyczące żywienia i aktywności fizycznej. W Jarosz, M. (red.). *Normy dla populacji polskiej – nowelizacja*, Warszawa: Instytut żywności i Żywienia, 158–63.
- Lampert D, Saunders C, Butler L, i in. (2014). Fruits, vegetables, 100% juices, and cognitive function. *Nutrition Reviews*, 72(12):774–89.
- Lynch C, Kristjansdottir A, Te Velde S, i in. (2014). Fruit and vegetable consumption in a sample of 11-year-old children in ten European countries--the PRO GREENS cross-sectional survey. *Public Health Nutrition*, 17(11):2436–44.
- Moreno L, Gottrand F, Huybrechts I, i in. (2014). Nutrition and lifestyle in european adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. *Advanced Nutrition*, 5(5), 615S–623S.
- Odgen J. (eds.). (2010). *The psychology of eating, From healthy to disordered behaviour*, Second edition. Wiley-Blackwell, 32–62.
- Pearson N, Griffiths P, Biddle S, i in. (2017). Individual, behavioural and home environmental factors associated with eating behaviours in young adolescents. *Appetite*, 112:35–43.
- Rohde P, Stice E, Marti C. (2015). Development and Predictive Effects of Eating Disorder Risk Factors during Adolescence: Implications for Prevention Efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2): 187–98.
- Saydah S, Bullard K, Imperatore G, i in. (2013). Cardiometabolic risk factors among US adolescents and young adults and risk of early mortality. *Pediatrics*, 131:e679–e686.
- Stefler D, Bobak M. (2015). Does the consumption of fruits and vegetables differ between Eastern and Western European populations? Systematic review of cross-national studies. *Archives of Public Health*, 73(1):29.
- Stok F, de Vet E, de Ridder D, i in. (2016). The potential of peer social norms to shape food intake in adolescents and young adults: a systematic review of effects and moderators. *Health Psychology Review*, 10(3):326–40.
- Vereecken C, Maes L. (2003). Belgian study on the reliability and relative validity of the Health Behaviour in School-Aged Children food frequency questionnaire. *Public Health Nutrition*, 6(6): 581–88.
- Vereecken C, Pedersen T, Ojala K, i in. (2015). Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *European Journal of Public Health*, 25(2): 16–19.

Barbara WOYNAROWSKA

Spożywanie śniadań

Wstęp

Śniadanie, pierwszy posiłek po wielogodzinnej nocnej przerwie jest uważany za najważniejszy posiłek w ciągu dnia i jego codzienne spożywanie należy do podstawowych zasad prawidłowego żywienia. U dzieci w wieku szkolnym śniadanie poprzedza wielogodzinny pobyt w szkole, w której wielu uczniów nie ma możliwości zjedzenia posiłku i często spożywa niekorzystne dla zdrowia przekąski i napoje.

Wyniki wielu badań wskazują, że odsetki nastolatków regularnie spożywających śniadanie są w różnych krajach zróżnicowane. W badaniach HBSC w 2005/2006r. stwierdzono, że w Europie spożywało codziennie ten posiłek od 33% do 75% nastolatków w wieku 11-15 lat (Vereecken i in. 2009). W Stanach Zjednoczonych odsetek ten wynosił 80% u 9-13-latków i 68% u 14-18-latków (Deshmukh-Taskar i in. 2010). W latach 2002-2010, wśród 31 krajów uczestniczących w badaniach HBSC, odsetek nastolatków spożywających codziennie śniadanie zwiększył się tylko w 6 krajach, w 11 znacznie się zmniejszył (wśród nich była też Polska), w pozostałych 5 krajach nie odnotowano różnic (Lazzeri i in. 2016).

Wykazano, że codzienne spożywanie śniadania ma korzystny wpływ na rozwój, zdrowie i funkcjonowanie młodych ludzi w szkole, w tym sprzyja:

- zmniejszeniu częstości i ryzyka rozwoju nadwagi i otyłości (Rampersaud i in. 2005; Timlin i in. 2008);
- spożyciu niezbędnych składników odżywczych, ograniczeniu konsumpcji niekorzystnych dla zdrowia przekąsek i produktów wysokoenergetycznych (Leidy i in. 2013);
- sprawności funkcji poznawczych i osiągnięciom szkolnym (Cooper i in. 2012; Adolphus i in. 2013);
- kontynuacji regularnego spożywania śniadań w dalszych latach życia (Pedersen i in. 2013).

Regularne spożywanie śniadań przez nastolatki jest uwarunkowane wieloma czynnikami. Należą do nich m.in. płeć (częściej zjadają je chłopcy niż dziewczęta), status społeczno – ekonomiczny, struktura rodziny. W Polsce, w 2014 r., odsetek zjadających codziennie śniadanie nastolatków w wieku 11-15 lat zwiększał się wraz z zamożnością rodziny (od 58,1% w rodzinach biednych do 68% w rodzinach zamożnych). Częściej posiłek ten spożywały dzieci rodziców biologicznych (65,7%) niż samotnych (59%) i z rodzin zrekonstruowanych (54,2%) (Jodkowska 2015). Podobne wyniki uzyskano w innych krajach sieci HBSC (Lazzeri i in. 2016). Do przyczyn niespożywania przez młodzież codziennie śniadania można też zaliczyć: niedostatki wiedzy o związkach żywienia ze zdrowiem, nieprawidłową percepcję

masy ciała i chęć jej zmniejszenia, brak czasu na przygotowanie i zjedzenie śniadania, brak w domu produktów na ten posiłek, niewłaściwe wzorce ze strony rodziców. Pytanie dotyczące częstości spożywania przez młodzież śniadania włączono do kwestionariusza HBSC, jako obowiązkowe, po raz pierwszy w 2001/2002r. i nie było ono zmieniane w kolejnych rundach tych badań. Walidacji tego pytania dokonano w badaniach nastolatków w kilku krajach (m.in. w Belgii, Finlandii, we Włoszech).

Pytanie i wskaźniki

W kwestionariuszu HBSC 2017/18 dla wszystkich grup wieku uwzględniono następujące pytanie: *Jak często zwykle zjadasz śniadanie tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju?*

- w dniach szkolnych z kategoriami odpowiedzi: *nigdy nie jem śniadania w dniu, gdy idę do szkoły, jem jednego dnia, dwa dni, trzy, cztery, pięć;*
- w dniach weekendu z kategoriami odpowiedzi: *nigdy nie jem śniadania w dniach weekendu, zwykle jem śniadanie tylko w jednym dniu weekendu (w sobotę lub w niedzielę), zwykle jem śniadanie w obu dniach weekendu.*

W analizie wzięto pod uwagę jeden **wskaźnik pozytywny** (stan pożądany) – spożywanie śniadania codziennie, tzn. w każdym dniu szkolnym i w obu dniach weekendu. Porównano też częstość spożywania śniadań przez młodzież w 2014r. i 2018r.

Pytanie to było zrozumiałe dla młodzieży – 1,5% odpowiedzi wykluczonych z analizy.

Ważniejsze wyniki

Podstawowe zestawienie tabelaryczne wyników zawarte są w tabelach 49-51.

Tabela 49. Częstość spożywania śniadania w dniach szkolnych według płci i wieku

Grupa wieku			Spożywanie śniadania w dniach szkolnych						
			nigdy	jednego dnia	dwa dni	trzy dni	cztery dni	pięć dni	
11 lat	Płeć	Chł.	N	116	40	38	42	50	576
			%	13,5%	4,6%	4,4%	4,9%	5,8%	66,8%
		Dz.	N	113	33	42	49	51	535
	%		13,7%	4,0%	5,1%	6,0%	6,2%	65,0%	
	Ogółem		N	229	73	80	91	101	1111
			%	13,6%	4,3%	4,7%	5,4%	6,0%	65,9%
13 lat	Płeć	Chł.	N	119	36	40	57	61	521
			%	14,3%	4,3%	4,8%	6,8%	7,3%	62,5%
		Dz.	N	227	40	32	61	52	466
	%		25,9%	4,6%	3,6%	6,9%	5,9%	53,1%	
	Ogółem		N	346	76	72	118	113	987
			%	20,2%	4,4%	4,2%	6,9%	6,6%	57,7%

Grupa wieku			Spożywanie śniadania w dniach szkolnych						
			nigdy	jednego dnia	dwa dni	trzy dni	cztery dni	pięć dni	
15 lat	Płeć	Chł.	N	161	24	26	45	49	539
			%	19,1%	2,8%	3,1%	5,3%	5,8%	63,9%
		Dz.	N	200	41	36	56	59	530
	%		21,7%	4,4%	3,9%	6,1%	6,4%	57,5%	
	Ogółem		N	361	65	62	101	108	1069
			%	20,4%	3,7%	3,5%	5,7%	6,1%	60,5%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	396	100	104	144	160	1636
			%	15,6%	3,9%	4,1%	5,7%	6,3%	64,4%
		Dz.	N	540	114	110	166	162	1531
	%		20,6%	4,3%	4,2%	6,3%	6,2%	58,4%	
	Ogółem		N	936	214	214	310	322	3167
			%	18,1%	4,2%	4,2%	6,0%	6,2%	61,3%

Płeć: chi-kw.=27,19; df=5; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=46,93; df=10; p<0,001

Tabela 50. Częstość spożywania śniadania w dniach weekendu według płci i wieku

Grupa wieku			Spożywanie śniadania w dniach weekendu			
			nigdy	w jednym dniu	w obu dniach	
11 lat	Płeć	Chł.	N	19	75	758
			%	2,2%	8,8%	89,0%
		Dz.	N	21	62	737
	%		2,6%	7,6%	89,9%	
	Ogółem		N	40	137	1495
			%	2,4%	8,2%	89,4%
13 lat	Płeć	Chł.	N	32	85	711
			%	3,9%	10,3%	85,9%
		Dz.	N	53	99	730
	%		6,0%	11,2%	82,8%	
	Ogółem		N	85	184	1441
			%	5,0%	10,8%	84,3%
15 lat	Płeć	Chł.	N	39	80	723
			%	4,6%	9,5%	85,9%
		Dz.	N	47	101	775
	%		5,1%	10,9%	84,0%	
	Ogółem		N	86	181	1498
			%	4,9%	10,3%	84,9%

Grupa wieku				Spożywanie śniadania w dniach weekendu		
				nigdy	w jednym dniu	w obu dniach
Ogółem	Płeć	Chł.	N	90	240	2192
			%	3,6%	9,5%	86,9%
		Dz.	N	121	262	2242
			%	4,6%	10,0%	85,4%
	Ogółem	N	211	502	4434	
		%	4,1%	9,8%	86,1%	

Płeć: chi-kw.=3,82; df=2; p=0,148; Grupa wieku: chi-kw.=27,13; df=4; p=0,513

Tabela 51. Częstość spożywania śniadania w dniach szkolnych i w dniach weekendu przez młodzież w wieku 11-15 lat w latach 2014 i 2018

Dni szkolne	2014	2018	Dni weekendu	2014	2018
nigdy	18,4	18,1			
jednego dnia	4,1	4,1	nigdy	3,7	4,1
dwa dni	3,8	4,1	w jednym dniu	9,0	9,8
trzy dni	4,8	6,0	w obu dniach	87,3	86,1
cztery dni	5,1	6,2			
pięć dni	63,9	61,3			

Podsumowanie

Uzyskane wyniki wskazują, że w populacji młodzieży w wieku 11–15 lat:

- W dniach szkolnych:
 - spożywało śniadanie codziennie (tzn. w 5 dniach) tylko 61,3% badanych; chłopcy częściej niż dziewczęta (odpowiednio 64,4% i 58,4%); różnice zależne od płci zwiększały się z wiekiem i były największe u 15-latków. Odsetek codziennie zjadających śniadanie był większy u 11-latków (65,9%) niż u 13-latków (57,7%) i 15-latków (60,5%);
 - nie spożywał śniadania nigdy prawie co piąty nastolatek (18,1%). We wszystkich grupach wieku to niekorzystne dla zdrowia i funkcjonowania w szkole zachowanie częściej podejmowały dziewczęta niż chłopcy, młodzież starsza niż młodsza.
- W obu dniach weekendu spożywało śniadanie znacznie więcej nastolatków (86,1%) niż w dniach szkolnych. Nie stwierdzono różnic zależnych od płci i wieku.
- W 2018r., w porównaniu z 2014r., zmniejszył się odsetek zjadających codziennie śniadanie w dniach szkolnych (z 63,9% do 61,3%) oraz w dniach weekendu (z 87,3% do 86,1%). Stałe zmniejszania się od 2002r. odsetka spożywających regularnie śniadanie polskich nastoletnich chłopców i dziewcząt (Dzielska, 2012) jest bardzo niepokojącym zjawiskiem.

Piśmiennictwo

- Adolphus K, Lawton C, Dye T. (2013). The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7:425.
- Cooper S, Bandelow S, Nute M, i in. (2012). Breakfast glycaemic index and cognitive function in adolescent school children. *British Journal of Nutrition*, 107(12): 1823–32.
- Deshmukh-Taskar P, Nicklas T, O'Neil C, i in. (2010). The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrients intake and weight status in children and adolescents: the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2006. *Journal of American Dietetic Association*, 110(6):869–78.
- Dzielska A. (2012). Zachowania żywieniowe. W: B. Woynarowska, J. Mazur (red.). Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990-2010. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 53–74.
- Jodkowska M. (2015). Spożywanie śniadań. W: Mazur, J. (red.). Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych, Wyniki badań HBSC 2014. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 138–43.
- Lazzeri G, Ahluwalia N, Niclasen B, i in. (2016). Trends from 2002 to 2010 in daily breakfast consumption and its socio-demographic correlates in adolescents across 31 countries participating in the HBSC study. *PLoS ONE*, 11(3), e0151052.
- Leidy H, Ortinau L, Douglas S, i in. (2013). Beneficial effects of a higher-protein breakfast on the appetitive, hormonal, and neural signals controlling energy intake regulation in overweight/obese, “breakfast skipping” late-adolescents girls. *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(4):677–88.
- Pedersen T, Holstein B, Flachs E, i in. (2013). Meal frequencies in early adolescence predict meal frequencies in late adolescence and early adulthood. *BMC Public Health*, 13(1):445.
- Rampersaud G, Pereira M, Girard B, i in. (2005). Review-Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of American Dietetic Association*, 105:743–60.
- Timlin M, Pereira M, Story M, i in. (2008). Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents. *Project EAT (Eating Among Teens). Paediatrics*, 121(3): e638–45.
- Vereecken C, Dupuy M, Rasmussen M, i in. (2009). Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in school children in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health*, 54(2):180–90.

Wspólne posiłki z rodziną

Wstęp

Współczesnym rodzinom bardzo trudno regularnie spotykać się przy wspólnym stole z powodu różnych harmonogramów i szybkiego tempa życia (Neumark-Sztainer i in. 2000). Jest to ogólnościowy trend, który nie ominął także Polski. Z raportu TNS Polska z 2014 roku wynika (TNS Polska 2014), że niewiele ponad połowa rodzin znajduje codziennie czas na wspólny posiłek, podczas gdy w 2004 roku było to zwyczajem większości rodzin (83%)⁶.

Tymczasem wyniki wielu badań wskazują, że warto w napiętym grafiku codziennych zajęć znaleźć chwilę, by wspólnie usiąść do stołu, ponieważ rodzinne posiłki integrują rodzinę i są jednym z istotnych czynników kształtujących nawyki żywieniowe dzieci i młodzieży. Wyniki badań dowodzą też, że im częściej rodzina zasiada do wspólnego posiłku, tym bardziej racjonalny jest sposób odżywiania się dzieci i dorosłych (Hammons i Fiese 2011). Im częściej młodzież je w towarzystwie rodziców, tym rzadziej również dotykają ją problemy związane z nadwagą i otyłością. Wyniki badania przeprowadzonego w Instytucie Matki i Dziecka na grupie 605 dzieci pokazały ujemną korelację między regularnością wspólnego spożywania posiłków i wskaźnikiem masy ciała. Wspólne posiłki z rodziną sprzyjają poprawie aktywności fizycznej, a dodatkowo dziewczęta regularnie jedzące posiłki z rodzicami unikają siedzącego trybu życia (Tabak i in., 2012).

Celebrowanie rodzinnych posiłków nie tylko wpływa na lepsze samopoczucie nastolatków, ale jest także okazją do kształtowania ich umiejętności komunikacyjnych i zacieśniania relacji z rodziną (Eisenberg i in. 2004). To z kolei może zapobiegać podejmowaniu przez młodzież zachowań ryzykownych (Harrison in. 2015). Badania dowodzą, iż im częściej dziewczęta spożywają posiłki w gronie rodzinnym, tym rzadziej sięgają po alkohol, papierosy czy marihuanę. W przypadku chłopców nie wykazano takiej zależności (Eisenburg i in. 2008).

W ramach międzynarodowych badań HBSC pytania o rodzinne posiłki jako opcjonalne pojawiły się po raz pierwszy w rundzie z lat 2005-2006 i dotyczyły wspólnych śniadań i kolacji, a w 2010 roku włączono je do obowiązkowej puli pytań. Podobne pytania próbowały w ostatnich latach wdrażać do swoich badań inne zespoły krajowych badaczy (Charzyńska-Gula i in. 2016).

Poprzednia runda badań HBSC pokazała, że polskie nastolatki jedzą z rodzicami śniadania i kolacje rzadziej niż większość ich rówieśników z innych krajów

⁶ http://www.tnsglobal.pl/archiwumraportow/files/2014/07/K.047_Ile-czasu-rodzice-poswiecaja-swoim-dzieciom_O05a-14.pdf

objętych badaniem. Tak niekorzystna pozycja Polski wywołała duże zaskoczenie i była szeroko komentowana w doniesieniach medialnych. Jeśli chodzi o śniadania, Polska zajmowała odpowiednio 29, 28 i 35 miejsce na 42 kraje w grupie 11,13 i 15 latków. W odniesieniu do jedzenia kolacji z jednym lub dwojgiem rodziców, to polskie jedenastolatki plasują się na przedostatniej pozycji, za nimi są jedynie Finowie. W przypadku trzynastolatków i piętnastolatków, obie grupy zajmują trzecią pozycję od końca. Oba posiłki z rodzicami częściej jedli chłopcy i była to tendencja zauważalna we wszystkich grupach wiekowych.

W 2018 roku pytania o rodzinne śniadania i kolacje zastąpiono jednym (również obowiązkowym) pytaniem o wspólne posiłki z rodziną, zmieniając również kategorie odpowiedzi. Za przygotowanie i opis nowego pytania w protokole odpowiedzialna była grupa robocza ds. jedzenia i odchudzania się (*Eating & Dieting Focus Group*). Opisane powyżej przejście z dwóch do jednego pytania i zmiana kategorii odpowiedzi utrudniają interpretację zmian w ostatnich czterech latach. Należy jednak podkreślić, że odsetek młodzieży spożywającej codziennie oba posiłki z rodziną był w świetle krajowego raportu HBSC 2014 niewielki (14,2%). Zdecydowanie częściej spożywano razem wieczorny posiłek (29,7%) niż śniadanie (9,8%).

Pytania i wskaźniki

Kwestionariusz polskich badań HBSC realizowanych w roku szkolnym 2017/2018 zawierał jedno pytanie dotyczące rodzinnych posiłków, będące obowiązkowym elementem międzynarodowego protokołu. Brzmiało ono: *Jak często Ty i Twoja rodzina zazwyczaj jecie razem posiłki?* Respondent miał do wyboru następujące kategorie odpowiedzi: *codziennie; w większość dni; około 1 raz w tygodniu; rzadko; nigdy*.

Pytanie było dla uczniów zrozumiałe i niekłopotliwe, o czym świadczy bardzo niski odsetek braku danych (1%).

W interpretacji poniższych wyników należy uwzględnić wskaźniki dychotomiczne, określając na przykład wskaźnik pozytywny – odsetek uczniów spożywających posiłki z rodzicami codziennie.

Ważniejsze wyniki

W tabeli 52 przedstawiono częstotliwość spożywania rodzinnych posiłków przez młodzież z uwzględnieniem płci i wieku.

Wykazano istotne różnice zależne od płci wieku – na niekorzyść dziewcząt i starszych roczników. Pozytywnym zjawiskiem może być niewielki odsetek nastolatków deklarujących, że nigdy nie spożywają posiłków z rodziną. W 2014 roku był to zdecydowanie większy odsetek – 18,5% śniadań i 17,4% kolacji.

Tabela 52. Częstość spożywania posiłków z rodziną według płci i wieku

Grupa wieku				Posiłki z rodziną				
				codziennie	w większość dni	około 1 raz w tygodniu	rzadko	nigdy
11 lat	Płeć	Chł.	N	318	355	85	91	13
			%	36,9%	41,2%	9,9%	10,6%	1,5%
		Dz.	N	240	342	117	113	16
			%	29,0%	41,3%	14,1%	13,6%	1,9%
	Ogółem		N	558	697	202	204	29
			%	33,0%	41,2%	12,0%	12,1%	1,7%
13 lat	Płeć	Chł.	N	256	368	99	91	15
			%	30,9%	44,4%	11,9%	11,0%	1,8%
		Dz.	N	191	356	175	132	26
			%	21,7%	40,5%	19,9%	15,0%	3,0%
	Ogółem		N	447	724	274	223	41
			%	26,2%	42,4%	16,0%	13,0%	2,4%
15 lat	Płeć	Chł.	N	199	361	149	114	22
			%	23,6%	42,7%	17,6%	13,5%	2,6%
		Dz.	N	153	349	222	155	45
			%	16,6%	37,8%	24,0%	16,8%	4,9%
	Ogółem		N	352	710	371	269	67
			%	19,9%	40,1%	21,0%	15,2%	3,8%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	773	1084	333	296	50
			%	30,5%	42,7%	13,1%	11,7%	2,0%
		Dz.	N	584	1047	514	400	87
			%	22,2%	39,8%	19,5%	15,2%	3,3%
	Ogółem		N	1357	2131	847	696	137
			%	26,3%	41,2%	16,4%	13,5%	2,7%

Płeć: chi-kw.=88,41; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=112,06; df=8; p<0,001

Podsumowanie

- Tylko jedna czwarta ankietowanych uczniów (26,3%) codziennie spożywa z rodzicami co najmniej jeden posiłek;
- Co szósty nastolatek nie ma zwyczaju siadać wspólnie do stołu z rodzicami lub robi to rzadko (16,2%);
- We wszystkich grupach wieku chłopcy częściej niż dziewczęta regularnie jedzą posiłki wspólnie z rodziną.

Piśmiennictwo

- Charzyńska-Gula M, Gębka M, Kachaniuk H, i in. (2016). Zdrowie własnej rodziny w świetle opinii włoskich i polskich uczniów, *Journal of Education, Health and Sport*, 6(8):54-66.
- Eisenberg M, Neumark-Sztainer D, Fulkerson J, i in. (2008). Family Meals and Substances Use: Is There a Long-Term Protective Association?, *Journal of Adolescent Health*, 43:113-40.
- Eisenberg M, Olson R, Neumark-Sztainer D, i in. (2004). Correlations Between Family Meals and Psychosocial Well-being Among Adolescents, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(8):792-96.
- Hammons A, Fiese B. (2011). Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? *Pediatrics*, 127 (6).
- Harrison, M.E., Norris, M.L., Obeid, N., Fu, M., Weinstangel, H. & Sampson, M. (2015). Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth. *Canadian Family Physician*, 61(2):e96-106.
- Neumark-Sztainer D, Story M, Ackard D, i in. (2000). Family Meals Among Adolescents: Findings from a Pilot Study. *Journal of Nutrition Education*, 32(6):335-40.
- Raport TNS Polska. (2014). Ile czasu rodzice poświęcają swoim dzieciom? Pobrane z http://www.tnsglobal.pl/archiwumraportow/files/2014/07/K.047_Ile-czasu-rodzice-poswiecaja-swoim-dzieciom_O05a-14.pdf
- Tabak I, Jodkowska M, Oblacińska A, i in. (2012). Czy spożywanie posiłków z rodziną może chronić nastolatki przed otyłością? *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 14(4):313-321.

Zachowania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała

Wstęp

Zachowania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała (ang. *weight reduction behaviour*) podejmowane są w krajach rozwiniętych przez dużą część populacji ludzi dorosłych i młodzieży w okresie dorastania. Polska należy do krajów o najwyższym odsetku odchudzających się nastolatków. W rundzie badań HBSC 2013/2014, polskie 11-latki i 13-latki zajmowały trzecie, a 15-latki piąte miejsce wśród 42 krajów uczestniczących w tych badaniach (Lazzeri i in. 2016).

Przyczyny podejmowania przez młodzież tych zachowań są złożone. Należą do nich m.in.:

- właściwości przebiegu okresu dojrzewania płciowego – dynamiczne zmiany budowy ciała i sylwetki, przywiązywanie przez nastolatki dużej wagi do swego wyglądu i masy ciała (Chung in. 2013), niezadowolenie lub nieprawidłowa percepcja obrazu i masy własnego ciała (Loth i in. 2014; Bašková i in. 2017);
- współczesny „ideal” ciała człowieka – szczupła sylwetka kobiety, silne, umięśnione ciało mężczyzny; wzorce ze strony bliskich osób, celebrytów, rówieśników;
- epidemia otyłości, popularyzowane przez mass media metody odchudzania i preparaty go wspomagające, powszechna moda na odchudzanie i „zdrowie”, której ulegają także młodzi ludzie.

Utrzymywanie prawidłowej masy ciała we wszystkich okresach życia jest ważne dla zdrowia i dobrostanu człowieka, a u dzieci i młodzieży jest niezbędne także dla ich prawidłowego rozwoju fizycznego, psychicznego, społecznego i seksualnego. Podejmowanie przez młodzież działań dla zredukowania masy ciała (tkanki tłuszczowej) może być:

- Zachowaniem prozdrowotnym, pożądanym jeśli:
 - dotyczy nastolatków z nadwagą i otyłością, stosowane są przez odpowiednio długi okres naukowo sprawdzone metody odchudzania (głównie zmiana sposobu żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej), najlepiej pod nadzorem lekarza lub dietetyka;
 - wczesne zapobieganie i leczenie otyłości zmniejsza ryzyko rozwoju chorób układu krążenia, cukrzycy, zespołu metabolicznego, chorób układu ruchu. Sprzyja także dobrostanowi psychicznemu młodego człowieka, zapobiega zaburzeniom emocjonalnym, dyskryminacji i odrzuceniu społecznemu.
- Zachowaniem ryzykownym dla rozwoju i zdrowia, jeśli:
 - odchudzanie jest nieuzasadnione, podejmuje je młodzież bez nadwagi, która często niewłaściwie ocenia swoją masę ciała lub jest z niej niezadowolona, ma problemy emocjonalne, zachowania problemowe, nieprawidłowe relacje z rówieśnikami i rodziną (Wal i in. 2012);

- odchudzanie się jest wskazane ale młodzież stosuje krótkotrwałe, wielokrotnie powtarzane i niewłaściwe metody kontroli masy ciała, m.in. tzw. „cudowne” diety, diety jednostronne, głodówki, ograniczanie liczby posiłków i niektórych produktów; prowokowanie wymiotów; używanie leków odchudzających lub przeczyszczających, palenie papierosów (Kelly i in. 2010; Oblacińska i in. 2007; Frank i in. 2018).

Ryzykowne zachowania związane z odchudzaniem się i ich negatywne skutki dotyczą częściej dziewcząt niż chłopców. Mogą być przyczyną opóźnienia dojrzewania płciowego, zaburzeń miesiączkowania, niedokrwistości, a także zaburzeń odżywiania, w tym jadłowstrętu psychicznego lub bulimii.

Pytanie dotyczące zachowań podejmowanych przez młodzież w celu schudnięcia (zmniejszenia masy ciała) włączono do kwestionariusza HBSC jako obowiązkowe w rundzie badań 1993/1994. Pytanie to dwukrotnie modyfikowano i jego obecne sformułowanie wprowadzono od 2001/2002r. W 2017/2018r., w międzynarodowym kwestionariuszu HBSC, pytanie to jest jednym z czterech pytań w pakiecie do wyboru. Włączono je do polskiego kwestionariusza w celu śledzenia zmian tych zachowań młodzieży. Wyniki badań wykazały, że rzetelność tego pytania jest satysfakcjonująca (Ojala 2011).

Pytania i wskaźniki

Badani z trzech grup wieku odpowiadali na pytanie: *Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego aby schudnąć?* z kategoriami odpowiedzi: *nie, bo ważę tyle ile trzeba; nie, ale powinienem trochę schudnąć; nie, bo powinienem przytyć; tak*. Za wskaźnik negatywny przyjęto odpowiedź *tak* (stosuję dietę lub robię coś innego, aby schudnąć). Pytanie to było dla prawie wszystkich badanych zrozumiałe o czym świadczy niewielki odsetek braku danych (0,6%) i odpowiedzi wykluczonych (1,1%).

Ważniejsze wyniki

Podstawowe zestawienia tabelaryczne wyników zawarte są w tabelach 53-55.

Tabela 53. Stosowanie diet i podejmowanie innych działań w celu schudnięcia według płci i wieku

Grupa wieku			Stosują obecnie dietę lub robią coś innego w celu schudnięcia				
			nie, bo ważę ile trzeba	nie, ale powinni trochę schudnąć	nie, bo powinni przytyć	tak	
11 lat	Płeć	Chł.	N	427	183	90	167
			%	49,3%	21,1%	10,4%	19,3%
		Dz.	N	384	218	72	156
			%	46,3%	26,3%	8,7%	18,8%
	Ogółem		N	811	401	162	323
			%	47,8%	23,6%	9,5%	19,0%

Grupa wieku			Stosują obecnie dietę lub robią coś innego w celu schudnięcia				
			nie, bo ważą ile trzeba	nie, ale powinni trochę schudnąć	nie, bo powinni przytyć	tak	
13 lat	Płeć	Chł.	N	410	152	134	132
		%		49,5%	18,4%	16,2%	15,9%
	Dz.	N	323	254	77	225	
		%		36,7%	28,9%	8,8%	25,6%
Ogółem		N	733	406	211	357	
		%		42,9%	23,8%	12,4%	20,9%
15 lat	Płeć	Chł.	N	323	203	206	113
		%		38,2%	24,0%	24,4%	13,4%
	Dz.	N	262	277	95	286	
		%		28,5%	30,1%	10,3%	31,1%
Ogółem		N	585	480	301	399	
		%		33,1%	27,2%	17,1%	22,6%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	1160	538	430	412
		%		45,7%	21,2%	16,9%	16,2%
	Dz.	N	969	749	244	667	
		%		36,9%	28,5%	9,3%	25,4%
Ogółem		N	2129	1287	674	1079	
		%		41,2%	24,9%	13,0%	20,9%

Płeć: chi-kw.=165,10; df=3; p<0,001; Wiek: chi-kw.=96,24; df=6; p<0,001

Analizowano częstość zachowań ukierunkowanych na zmniejszenie masy ciała;

- w całej badanej grupie młodzieży (N=5169) (tab. 53);
- w grupie młodzieży bez nadmiaru masy ciała (N=3337); nadmiar ten określono na podstawie wskaźnika BMI za pomocą standardu IOTF (tab. 54). Wartości graniczne BMI wg tego standardu podano w rozdziale na temat rozwoju fizycznego.

Tabela 54. Stosowanie diet i podejmowanie innych działań w celu schudnięcia przez młodzież bez nadmiaru masy ciała według płci i wieku

Grupa wieku			Stosują obecnie dietę lub robią coś innego w celu schudnięcia				
			nie, bo ważą ile trzeba	nie, ale powinni trochę schudnąć	nie, bo powinni przytyć	tak	
11 lat	Płeć	Chł.	N	294	87	37	69
		%		60,4%	17,9%	7,6%	14,2%
	Dz.	N	248	141	27	98	
		%		48,2%	27,4%	5,3%	19,1%
Ogółem		N	542	228	64	167	
		%		54,1%	22,8%	6,4%	16,7%

Grupa wieku			Stosują obecnie dietę lub robią coś innego w celu schudnięcia				
			nie, bo ważą ile trzeba	nie, ale powinni trochę schudnąć	nie, bo powinni przytyć	tak	
13 lat	Płeć	Chł.	N	302	68	93	48
		%		59,1%	13,3%	18,2%	9,4%
	Dz.	N	226	183	29	145	
		%		38,8%	31,4%	5,0%	24,9%
Ogółem		N	528	251	122	193	
		%		48,3%	22,9%	11,2%	17,6%
15 lat	Płeć	Chł.	N	264	103	151	62
		%		45,5%	17,8%	26,0%	10,7%
	Dz.	N	204	210	30	218	
		%		30,8%	31,7%	4,5%	32,9%
Ogółem		N	468	313	181	280	
		%		37,7%	25,2%	14,6%	22,5%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	860	258	281	179
		%		54,5%	16,3%	17,8%	11,3%
	Dz.	N	678	534	86	461	
		%		38,5%	30,4%	4,9%	26,2%
Ogółem		N	1538	792	367	640	
		%		46,1%	23,7%	11,0%	19,2%

Płeć: chi-kw.=336,76; df=3; p<0,001; Wiek: chi-kw.=81,76; df=6; p<0,001

Porównano też dane z dwóch ostatnich rund badań – 2014 i 2018 i umieszczono je w tabeli 55.

Tabela 55. Stosowanie diet i podejmowanie innych działań w celu schudnięcia przez młodzież w wieku 11-15 lat w 2014 i 2018r.

Stosują obecnie dietę lub robią coś innego w celu schudnięcia	Runda badań HBSC	
	2014	2018
Nie, bo ważą, ile trzeba	44,3	41,2
Nie, ale powinni trochę schudnąć	21,6	24,9
Nie, bo powinni przytyć	10,6	13,1
Tak	23,6	20,8

Podsumowanie

W 2018 r. co piąty badany nastolatek w wieku 11-15 lat podejmował zachowania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała. Znacznie częściej odchudzały się dziewczęta (25,4%) niż chłopcy (16,2%). Co czwarty badany nastolatek uważał, że powinien trochę schudnąć ale nie stosował diety i innych działań w tym celu.

Potrzeba (gotowość) do podjęcia odchudzania się częściej występowała u dziewcząt (28,5%) niż u chłopców (21,2%). Odsetek młodzieży odchudzającej się systematycznie zwiększał się z wiekiem (19,0% u 11-latków; 22,6% u 13-latków). Wzrost tego odsetka dotyczył tylko dziewcząt, u chłopców odsetek odchudzających się zmniejszał się z wiekiem – 19,3% u 11-latków, 13,4% u 15-latków (różnice te wynikają z odmiennego u obu płci tempa dojrzewania płciowego).

Wśród ogółu badanych nastolatków 64,6% nie miało nadwagi i nie istniała obiektywna potrzeba podejmowania przez nich działań w celu schudnięcia. Tymczasem częstość podejmowania zachowań ukierunkowanych na zmniejszenie masy ciała była w tej grupie podobna, jak w całej badanej populacji – odchudzał się też prawie co piąty (19,2%) badany, a co czwarty (23,7%) dostrzegał taką potrzebę. Częstość odchudzania w tej grupie była dwukrotnie większa u dziewcząt (26,2%) niż u chłopców (11,3%) i różnice zależne od płci zwiększały się z wiekiem. Nieuzasadnione odchudzanie się znacznego odsetka młodzieży w okresie dojrzewania płciowego należy traktować jako zachowanie ryzykowne dla zdrowia, zwłaszcza u dziewcząt.

W latach 2014-2018 zmniejszył się nieco odsetek odchudzających się nastolatków (z 23,6% do 20,8%), a zwiększył się (z 21,6% do 24,9%) odsetek uważających, że powinni to robić.

Piśmiennictwo

- Bašková M, Holubčíková J, Bašká T. (2017). Body-image dissatisfaction and weight-control behaviour in Slovak adolescents. *Central European Journal of Public Health*, 25(3):216–21.
- Chung A, Perrin E, Skinner A. (2013). Accuracy of child and adolescent weight perception and their relationship to dieting and exercise behaviors: a NHANES study *Academic Pediatrics*, 13(4):371–78.
- Frank R, Claumann G, Felden E, i in. (2018). Body weight perception and body weight control behaviors in adolescents. *Jornal de Pediatria*, 94(1):40–47.
- Kelly C, Molcho M, Gabhain S. (2010). Patterns in weight reduction behaviour by weight status in school-children. *Public Health Nutrition*, 13(8):1229–36.
- Lazzeri G, Ojala K, Arnarsson A, i in. (2016). Body weight: weight reduction behaviour. In: Inchley, J., Currie, D., Young, T., et al. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HBSC study: International report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: WHO, 101–106.
- Loth K, MacLehose R, Bucchianeri M, i in. (2014). Predictors of dieting and disordered eating behaviours from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 55(5):705-12.
- Oblacińska A, Tabak I, Jodkowska M. (2007). Zachowania żywieniowe i metody kontroli ciała u młodzieży 16-18-letniej w kontekście postrzegania swego wyglądu i masy ciała. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88(2):162–70.
- Ojala K. (2011). Adolescents' self-perceived weight and weight reduction behaviour – Health behaviour in school-aged children (HBSC) study, a WHO cross-national survey. University of Jyväskylä: *Studies in Sport, Physical Education and Health*, 167.
- Wal V. (2012). The relationships between body mass index and unhealthy weight control behaviors among adolescents: the role of family and peer social support. *Economics and Human Biology*, 10(4):395–404.

Katarzyna RADIUKIEWICZ

Higiena jamy ustnej

Wstęp

Niewłaściwa higiena i choroby jamy ustnej od lat są istotnymi problemami zdrowia publicznego w różnych grupach społecznych i rejonach geograficznych (Marcenes i in. 2013). Występują one zarówno w krajach o niskim, jak i wysokim poziomie rozwoju gospodarczego i społecznego (World Health Statistics 2017). Próchnica, obok cukrzycy typu II, choroby niedokrwiennej serca i alergii jest wymieniana jako powszechna choroba cywilizacyjna (Marcenes i in. 2013). Wykazano także, że niedostateczna higiena jamy ustnej ma związek z podwyższonym poziomem występowania chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy, nadciśnienia i zespołu metabolicznego (de Oliveira i in. 2010; Kobayashi i in. 2012).

Choroby jamy ustnej takie jak próchnica i choroby przyzębia dotyczą około 60-90% dzieci w wieku szkolnym i zdecydowaną większość dorosłych na świecie. Polska jest jednym z krajów o najwyższym występowaniu próchnicy wśród dzieci w Europie. Stan ten jest niepokojący i różni się znacząco od obserwowanego w wielu krajach Unii Europejskiej. Ogólnopolskie badanie na temat stanu uzębienia, przeprowadzone w latach 2013-2015 wykazało, że 87% dzieci w wieku 6 lat było dotkniętych próchnicą zębów (Kuśmierz i in. 2016). Odsetek osób w wieku 15 lat dotkniętych próchnicą zębów stałych w 2015 roku sięgnął 95%. Odbiega to w dużym stopniu od sformułowanych dla krajów europejskich celów poprawy zdrowia jamy ustnej do 2020 roku. Odnośnie do choroby próchnicowej – przynajmniej 80% dzieci 6-letnich powinno być wolnych od próchnicy, a dzieci 12-letnie nie powinny mieć średnio więcej niż 1,5 zęba zaatakowanego próchnicą (Hobdell i in. 2003; WHO 1999).

Zdrowie jamy ustnej jest istotnym elementem ogólnego stanu zdrowia i dobrego samopoczucia. Wpływa na jakość życia, stan fizyczny i psychiczny, wygląd i relacje międzyludzkie, zarówno w dzieciństwie, jak i w starszym wieku. Choroby jamy ustnej ograniczają aktywność w szkole i w pracy. Wywierają ogromne społeczne, ekonomiczne oraz finansowe obciążenia w skali globalnej (Listl i in. 2015).

Zdrowie jamy ustnej jest silnie uwarunkowane stylem życia, czynnikami systemowymi i środowiskowymi (Gundala i Chawa 2010). Podłożem próchnicy jest przede wszystkim niewłaściwa higiena, spożywanie nadmiernej ilości cukrów, niewystarczająca ekspozycja na fluor, a także palenie tytoniu oraz nadmierne spożywanie alkoholu (Edman i in. 2005; WHO 2015). Większości chorób jamy ustnej można zapobiegać dzięki regularnej opiece stomatologicznej i za pomocą właściwych praktyk profilaktycznych. Szczotkowanie zębów, jeśli jest prawidłowo wykonywane, może być główną metodą utrzymania higieny jamy ustnej, zmniejszenia

próchnicy zębów i zapobiegania zapaleniu dziąseł. Od dekad jest to podstawowy i nadal najskuteczniejszy sposób usuwania płytki nazębnej i radzenia sobie z próchnicą zębów oraz wynikającymi z niej stanami przewlekłymi (Kumar i in. 2016). Częstość szczotkowania zębów dwa razy dziennie jest powszechnie akceptowaną rekomendacją dla utrzymania dobrego stanu zdrowia zębów i przyzębia (Honkala i in. 2015). Najnowsze dane wskazują, że w wielu krajach, w tym w Polsce, częstość szczotkowania zębów wzrasta (Inchley i Currie 2013).

Pomimo dostępnych środków do higieny jamy ustnej, duża część ludzi nie potrafi podejmować lub utrzymać właściwych zabiegów higienicznych. Warto podkreślić, że biorąc pod uwagę postawy i zwyczaje związane z higieną jamy ustnej, rodziny są w ogromnym stopniu odpowiedzialne za edukowanie swoich dzieci, począwszy od bardzo młodego wieku, a tym samym za utrwalenie właściwych nawyków higieny jamy ustnej, które z kolei wpływają na zdrowie w dalszej części życia (Ozbek i in., 2015). Wzrost świadomości społecznej, kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych, a także wczesne rozpoznanie i wdrożenie działań profilaktycznych warunkują skuteczną walkę z chorobami jamy ustnej. Krajowe inicjatywy w zakresie zdrowia publicznego powinny wdrażać strategię promocji zdrowia jamy ustnej, wykorzystując zintegrowane podejście do czynników ryzyka. Istnieje potrzeba systematycznego monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej oraz oceny skuteczności funkcjonujących programów⁷. Szczególną uwagę należy zwracać na osoby w wieku rozwojowym, gdyż zaniedbania w tym okresie życia w zakresie higieny jamy ustnej mają negatywne konsekwencje dla obecnego zdrowia dzieci i młodzieży, jak również mogą być przyczyną problemów zdrowotnych w późniejszych okresach życia (de Oliveira i in, 2010).

Pytania i wskaźniki

W polskiej wersji kwestionariusza HBSC odnośnie higieny jamy ustnej, podobnie jak w poprzednich rundach, zastosowano to samo obowiązkowe pytanie w niezmienionej formie, które brzmi: *Jak często myjesz zęby?*, z możliwościami odpowiedzi: *częściej niż 1 raz dziennie; 1 raz dziennie; co najmniej 1 raz w tygodniu; ale nie codziennie; rzadziej niż 1 raz w tygodniu; nigdy*.

Pytanie to ma prostą i zrozumiałą budowę, co pozwala na rzetelność odpowiedzi badanych uczniów. Liczba braków danych była znikoma i wynosiła jedynie 0,7%.

Ważniejsze wyniki

Podstawowe zestawienie tabelaryczne wyników zawarte jest w poniższej tabeli 56.

⁷ Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016–2020. Available from: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/monitorowanie-stanuzdrowia-jamy-ustnej-populacji-polskiej--w-latach-2013-2015/> [cited: 4 October 2016].

Tabela 56. Częstość czyszczenia zębów przez młodzież według płci i wieku

Grupa wieku				Mycie zębów				
				częściej niż 1 raz dziennie	1 raz dziennie	co najmniej 1 raz w tygodniu	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	nigdy
11 lat	Płeć	Chł.	N	506	295	50	11	5
			%	58,4%	34,0%	5,8%	1,3%	0,6%
		Dz.	N	619	188	17	6	2
			%	74,4%	22,6%	2,0%	0,7%	0,2%
	Ogółem		N	1125	483	67	17	7
			%	66,2%	28,4%	3,9%	1,0%	0,4%
13 lat	Płeć	Chł.	N	492	277	49	15	1
			%	59,0%	33,2%	5,9%	1,8%	0,1%
		Dz.	N	687	171	20	3	1
			%	77,9%	19,4%	2,3%	0,3%	0,1%
	Ogółem		N	1179	448	69	18	2
			%	68,7%	26,1%	4,0%	1,0%	0,1%
15 lat	Płeć	Chł.	N	526	264	45	9	5
			%	62,0%	31,1%	5,3%	1,1%	0,6%
		Dz.	N	755	147	14	3	6
			%	81,6%	15,9%	1,5%	0,3%	0,6%
	Ogółem		N	1281	411	59	12	11
			%	72,2%	23,2%	3,3%	0,7%	0,6%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	1524	836	144	35	11
			%	59,8%	32,8%	5,6%	1,4%	0,4%
		Dz.	N	2061	506	51	12	9
			%	78,1%	19,2%	1,9%	0,5%	0,3%
	Ogółem		N	3585	1342	195	47	20
			%	69,1%	25,9%	3,8%	0,9%	0,4%

Płeć: chi-kw.=216,64; df=4; p<0,001; Wiek: chi-kw.=22,64; df=8; p=0,004

Według danych z ostatniej rundy badań HBSC, 69,1% uczniów stwierdziło, że czyści zęby częściej niż jeden raz dziennie, co w porównaniu do badań z 2014 roku wskazuje na poprawę w tej kwestii. Podobnie odsetek myjących zęby rzadziej niż raz dziennie obniżył się z 5,6% do 5,1%.

W badaniach przyjęto także zmienne z podziałem na grupy wiekowe i płeć ankietowanych uczniów. Odpowiedzi w rozkładzie ogólnym wykazały istotną różnicę pod względem płci (p<0,001), a także między grupami wieku (p=0,004). Stwierdzono, że dziewczęta istotnie częściej niż chłopcy szczotkują zęby. Uwzględniając grupy wiekowe badanych, wraz z wiekiem młodzież zaczyna coraz bardziej dbać o higienę jamy ustnej i dotyczy to obydwu płci. Dokładny rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie zamieszczono w tabeli 56.

Podsumowanie

- Wykazano, że 69,1% nastolatków myje zęby zgodnie z zaleceniami, czyli czyści zęby częściej niż jeden raz dziennie, a 5,1% badanych robi to rzadziej niż 1 raz dziennie.
- Dbłość o higienę jamy ustnej jest istotnie lepsza ($p < 0,001$) u dziewcząt (78,1%) niż u chłopców (59,8%).
- Zaobserwowano niewielką, ale już istotną statystycznie różnicę ($p = 0,004$) między grupami wieku badanych, która wykazała wzrost dbłości o higienę jamy ustnej wraz z wiekiem.
- Porównując z wynikami badań HBSC z 2014 roku, higiena jamy ustnej nastolatków nieznacznie się poprawiła. Dane z najnowszej rundy badań HBSC 2018 wykazały, że uczniów czyszczących zęby częściej niż jeden raz dziennie było 3% więcej niż 4 lata temu.

Piśmiennictwo

- de Oliveira C, Watt R, Hamer M. (2010). Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *BMJ*, 340, c2451.
- Edman K, Öhrn K, Nordström B, i in. (2015). Trends over 30 years in the prevalence and severity of alveolar bone loss and the influence of smoking and socio-economic factors—based on epidemiological surveys in Sweden 1983–2013. *International Journal of Dental Hygiene*, 13(4): 283–91.
- Gundala R, Chava V. (2010). Effect of lifestyle, education and socioeconomic status on periodontal health. *Contemporary Clinical Dentistry*, 1(1):23.
- Hobdell M, Petersen P, Clarkson, J, i in. (2003). Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal*, 53(5): 285–88.
- Honkala S, Vereecken C, Niclasen B, i in. (2015). Trends in toothbrushing in 20 countries/regions from 1994 to 2010. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl_2): 20-23.
- Inchley J, Currie D. (2013). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2014*.
- Kobayashi Y, Niu K, Guan L, i in. (2012). Oral health behavior and metabolic syndrome and its components in adults. *Journal of Dental Research*, 91(5):479–84.
- Kumar S, Tadakamadla J, Johnson N. (2016). Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Research*, 95(11):1230–36.
- Kuśmierz K, Węgrzyniak M, Pawłowska A, i in. (2016). Występowanie próchnicy zębów u dzieci w wieku 3, 6 i 12 lat. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 22(3):190–93.
- Listl S, Galloway J, Mossey P, i in. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10): 1355–61.
- Marcenes W, Kassebaum N, Bernabé E, i in. (2013). Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *Journal of Dental Research*, 92(7):592–97.
- Ozbek C, Eser D, Bektas-Kayhan K, i in. (2015). Comparison of the tooth brushing habits of primary school age children and their parents. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry*, 49(1): 33.
- World Health Organization (2015): *Guideline: Sugars intake for adults and children*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1999). *Health21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Statistics (2017): *monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO.

ROZDZIAŁ IV. ZACHOWANIA RYZYKOWNE

Anna KOWALEWSKA

Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany

Wstęp

W badaniach dotyczących zdrowia dzieci i młodzieży wiele miejsca poświęca się podejmowanym przez nich zachowaniom ryzykownym, w tym: paleniu tytoniu, picciu alkoholu, czy używaniu marihuany. Według R. Jessora, twórcy teorii zachowań problemowych, skłonność do podejmowania tych zachowań jest wypadkową czynników psychospołecznych, oddziałujących na system osobowości, system postrzegania środowiska i system zachowania (Jessor 1998). Zachowania te zagrażają zdrowiu i rozwojowi fizycznemu, psychospołecznemu, a także są niezgodne z normami społecznymi. W literaturze przedmiotu można znaleźć prace, w których autorzy, różne zachowania podejmowane przez młodzież, uznają za ryzykowne. Wśród nich wymienia się: palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, przedwczesną aktywność seksualną, zachowania agresywne, stosowanie przemocy fizycznej i psychicznej, zaniedbywanie obowiązków szkolnych, czyny chuligańskie, wandalizm (Mazur i in. 2008; Dzielska i Kowalewska 2014).

Tematyka zachowań ryzykownych od dawna jest przedmiotem zainteresowań sieci badawczej HBSC. W międzynarodowym protokole badań 2017/2018, w rozdziale dotyczącym zachowań ryzykownych jako obowiązkowe znalazły się pytania dotyczące palenia tytoniu, picia alkoholu, palenia marihuany, aktywności seksualnej, cyberprzemocy, bullyingu i przemocy fizycznej. Niniejszy rozdział poświęcony jest używaniu przez młodzież takich substancji, jak: tytoń, alkohol i marihuana. Inne zachowania ryzykowne zostały opisane w oddzielnych rozdziałach tego opracowania. Ujęcie zagadnień dotyczących częstości używania substancji psychoaktywnych przez młodzież w jednym rozdziale znajduje uzasadnienie w teoriach naukowych oraz opracowanych na ich podstawie modelach i licznych badaniach naukowych. Jedną z nich jest teoria – Substancji torujących drogę (*Gateway theory*) E. Kandel'a. Według autora, przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież ma charakter fazowy, to znaczy zaczyna się najczęściej w okresie wczesnej adolescencji od substancji popularnych i dozwolonych wśród osób dorosłych, jak tytoń i alkohol (Kandel 1992, Kandel i Kandel 2015). Część z nastolatków sięga następnie po marihuanę i jej pochodne, w kolejnym etapie po pochodne amfetaminy, kokainy czy opiatów.

W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań, których celem było wyjaśnienie mechanizmu „substancji torujących drogę”, uwzględniając uwarunkowania biologiczne

i psychospołeczne. Uzyskane wyniki nie są do końca jednoznaczne, ale wiele przemawia za tym, że w trakcie palenia tytoniu przez dzieci i młodzież dochodzić może do zmian strukturalnych i funkcjonalnych w mózgu oraz w aktywności niektórych genów, w następstwie których osoby palące tytoń bardziej niż osoby niepalące odczuwają potrzebę zmiany swoich stanów emocjonalnych przy użyciu różnych substancji psychoaktywnych (Lewine i in. 2011; Pulvers i in. 2015; Kandel 2015). Wyniki badań wskazują również, że podjęcie w okresie dzieciństwa czy wczesnej adolescencji inicjacji tytoniowej, alkoholowej czy związanej z używaniem marihuany zwiększa ryzyko uzależnienia, a w następstwie kontynuowanie tego zachowania w dorosłym życiu (Riala i in. 2004). W naukach społecznych wiele badań poświęconych jest psychospołecznym mechanizmom tego zjawiska. Obecnie powstało wiele prac o charakterze interdyscyplinarnym opartych na modelu biopsychospołecznym, których autorzy podejmują próby wyjaśnienia przyczyn inicjacji i kontynuowania między innymi palenia tytoniu czy marihuany oraz picia alkoholu z uwzględnieniem interakcji zachodzących pomiędzy różnymi sferami zdrowia i rozwoju człowieka a środowiskiem jego życia (Di Clemente i in. 2009).

Monitorowanie częstości używania substancji psychoaktywnych przez młodzież w tym palenia tytoniu, picia alkoholu czy palenia marihuany stanowi obszar zainteresowań sieci badawczej HBSC. Jednym z pierwszych wiodących tematów od początku istnienia sieci, było palenie tytoniu przez młodzież. W dalszych rundach badań zaczęto wprowadzać pytania dotyczące używania innych substancji psychoaktywnych. Za opracowanie pytań na temat używania substancji psychoaktywnych odpowiada grupa robocza RB FG (*Risk Behaviour Focus Group*).

W ostatniej rundzie badań HBSC 2017/2018, w kwestionariuszu ankiety znalazły się pytania obowiązkowe dotyczące palenia tytoniu, picia alkoholu, upicia się i palenia marihuany z uwzględnieniem całego okresu życia i ostatnich 30 dni przed badaniem. W przypadku marihuany pytanie to znalazło się tylko w ankiecie przeznaczony dla młodzieży 15-letniej. Pytania o częstość używania danej substancji w życiu są ważne, ponieważ umożliwiają określenie grupy osób po inicjacji z daną substancją od tych, które jej nie przeszły. Dzięki temu pytaniu możliwa jest również weryfikacja innych pytań dotyczących używania danej substancji.

Wykorzystując pytanie dotyczące częstości używania substancji psychoaktywnej w ostatnich 30 dniach, możliwe jest określenie grupy młodzieży, której zachowanie stwarza duże ryzyko dla jej rozwoju i zdrowia, w tym wiąże się z niebezpieczeństwem rozwoju uzależnienia. Pytania dotyczące palenia papierosów, picia alkoholu, upicia się czy używania marihuany lub haszyszu w ciągu ostatnich 30 dni są adaptacją pytań z badań ESPAD (*the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*). Ich wprowadzenie miało na celu ułatwienie porównań uzyskanych wyników w obydwu badaniach. Były one używane w kwestionariuszach badań HBSC w poprzednich latach. W przedostatniej rundzie dokonano niewielkiej zmiany w pytaniu. W poprzedniej wersji pytano badanych, ile razy w ostatnich 30 dniach używali danej substancji. Pytania te budziły dużo zastrzeżeń i prowadziły do

trudności w interpretacji wyników, szczególnie w przypadku, gdy badany odpowiadał, że w ostatnich 30 dniach używał ją więcej niż 30 razy. Z tego powodu zdecydowano się dokonać zmiany w kategoryzacji odpowiedzi: wprowadzając kategorie liczby dni. Pytania poddano walidacji, dokonane analizy potwierdziły rzetelność uzyskanych wyników i wprowadzono je do kwestionariusza badań. Szczegółowy opis wykorzystanych w tym opracowaniu pytań i wskaźników został przedstawiony w podrozdziałach dotyczących poszczególnych substancji psychoaktywnych.

Palenie tytoniu

Palenie tytoniu stanowi czynnik ryzyka rozwoju wielu chorób, takich jak choroby układu krążenia, choroby układu krążenia w tym obturacyjna choroba płuc i nowotwory, które zaliczane są do najczęstszych przyczyn zgonów. Szacuje się, że w następstwie chorób będących następstwem palenia tytoniu do 2030 co roku umierać będzie na świecie 8 milionów osób (Mathers i in. 2006). Palenie tytoniu jest często pierwszym zachowaniem ryzykownym podejmowanym przez młodzież. Wczesny wiek inicjacji nikotynowej zwiększa ryzyko uzależnienia się i kontynuowania tego zachowania w dorosłym życiu oraz podejmowania innych zachowań niekorzystnych dla zdrowia (Jarvis 2004; Riala 2004; Kowalewska i in. 2007). Palenie tytoniu jest również pierwszym zauważanym zachowaniem ryzykownym przez osoby dorosłe u dzieci, które łączy się z nieprzestrzeganiem przepisów i odbywa się przy świadomym lub mniej świadomym udziale osób dorosłych (Kowalewska 2013).

Pytania i wskaźniki

W kwestionariuszu polskich badań HBSC zrealizowanych w roku szkolnym 2017/18 znalazły się trzy pytania dotyczące częstości palenia papierosów tradycyjnych. Dwa pytania w międzynarodowym protokole były obowiązkowe we wszystkich grupach wieku. Jedno pochodziło z pakietu do wyboru i było przeznaczone dla młodzieży 13 i 15-letniej¹.

W obecnej rundzie badań, po raz pierwszy znalazło się pytanie dotyczące częstości palenia tytoniu w całym życiu, było ono w pakiecie pytań obowiązkowych HBSC. W roku 2013/2014 wchodziło ono w skład pakietu do wyboru i było również zamieszczone w polskim kwestionariuszu badań HBSC. Młodzież była pytana *W ilu dniach (jeśli w ogóle) paliłeś papierosy w całym życiu?*, mogła udzielić odpowiedzi: *nigdy*, *1-2 dni*, *3-5 dni*, *6-9 dni*, *10-19 dni*, *20-29 dni*, *30 dni lub więcej*.

Pytanie dotyczące palenia tytoniu 30 dni przed badaniem, było zaadaptowane z badań *Monitoring the Future: A Continuing Study of Lifestyles and Values of Youth* (1975) i ESPAD (1995) i wchodziło w skład międzynarodowego pakietu od roku 2009/2010.

¹ Jest to pytanie stosowane w badaniach HBSC od 1990 roku, które zostało zachowane w protokole, jako dające możliwość śledzenia długookresowych trendów.

Od roku 2013/2014 występuje ono w kwestionariuszu badań w zmodyfikowanej wersji² – *W ilu dniach (jeśli w ogóle) paliłeś papierosy w ciągu ostatnich 30 dni?*, z kategoriami odpowiedzi: *nigdy*, *1-2 dni*, *3-5 dni*, *6-9 dni*, *10-19 dni*, *20-29 dni*, *30 dni lub więcej*.

Trzecie pytanie, na temat obecnej częstości palenia tytoniu, było obowiązkowe od początku trwania badań HBSC i nie dokonywano w nim żadnych zmian od początku prowadzenia badań w latach 80. Badani mieli za zadanie odpowiedzieć: *Jak często obecnie palisz tytoń? Z kategoriami odpowiedzi: codziennie; co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie; rzadziej niż raz w tygodniu; nie palę wcale*. W obecnej rundzie badań pytanie to zostało umieszczone w pakiecie pytań opcjonalnych. W Polsce zdecydowano się umieścić je w kwestionariuszu badań, ze względu na to, że na jego podstawie buduje się wskaźniki pochodne dotyczące: ogólnej częstości palenia, palenia codziennego i palenia regularnego, które są wykorzystywane do śledzenia trendów w zakresie palenia tytoniu przez młodzież.

Ważniejsze wyniki

Wyniki dotyczące palenia tytoniu zaprezentowano w tabelach 57-59.

Tabela 57. Częstość palenie tytoniu w życiu według płci i wieku

Grupa wieku			Palenie tytoniu w życiu						
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 lub więcej dni	
11 lat	Płeć	Chł.	N	788	40	14	8	3	9
			%	91,5%	4,6%	1,6%	0,9%	0,3%	1,0%
	Dz.	N	796	23	1	3	0	5	
		%	96,1%	2,8%	0,1%	0,4%	0,0%	0,6%	
	Ogółem		N	1584	63	15	11	3	14
			%	93,7%	3,7%	0,9%	0,7%	0,2%	0,8%
13 lat	Płeć	Chł.	N	673	86	23	13	12	28
			%	80,6%	10,3%	2,8%	1,6%	1,4%	3,4%
	Dz.	N	717	65	31	15	17	34	
		%	81,6%	7,4%	3,5%	1,7%	1,9%	3,9%	
	Ogółem		N	1390	151	54	28	29	62
			%	81,1%	8,8%	3,2%	1,6%	1,7%	3,6%
15 lat	Płeć	Chł.	N	523	122	54	19	18	105
			%	62,2%	14,5%	6,4%	2,3%	2,1%	12,5%
	Dz.	N	549	102	48	43	35	141	
		%	59,8%	11,1%	5,2%	4,7%	3,8%	15,4%	
	Ogółem		N	1072	224	102	62	53	246
			%	60,9%	12,7%	5,8%	3,5%	3,0%	14,0%

² Opis modyfikacji pytania i kategorii został opisany we wprowadzeniu do tego rozdziału.

Grupa wieku			Palenie tytoniu w życiu						
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 lub więcej dni	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	1984	248	91	40	33	142
			%	78,2%	9,8%	3,6%	1,6%	1,3%	5,6%
	Dz.	N	2062	190	80	61	52	180	
		%	78,6%	7,2%	3,0%	2,3%	2,0%	6,9%	
	Ogółem		N	4046	438	171	101	85	322
			%	78,4%	8,5%	3,3%	2,0%	1,6%	6,2%

Płeć: chi-kw.=21,68; df=5; p=0,001; Grupa wieku: chi-kw.=613,70; df=10; p=0,000

Próbę zapalenia pierwszego papierosa ma za sobą co piąty badany (21,6%), w tym 7,8% czyniło to wielokrotnie w więcej niż 10 dni. Z wiekiem zwiększa się odsetek młodzieży podejmującej próby palenia z 6,3% u 11-latków do 18,9% i 39,1% u 13 i 15 latków. Uwzględniając w analizach płeć badanych osób wykazano, że o ile w wieku 11 i 15 lat próby palenia częściej podejmowali chłopcy niż dziewczęta, o tyle w wieku 13 lat niekorzystna sytuacja występuje wśród dziewcząt (40,2%) niż chłopców (37,8%). Dziewczęta w tym wieku (19,2%) częściej niż chłopcy (14,6%) deklarują, że paliły w życiu tytoń w więcej niż 10 dniach (tab. 57).

W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem paliło papierosy 8,9% badanych, a więcej niż połowa z nich (5,1%) robiła to w więcej niż dwóch dniach. Z wiekiem wzrastał odsetek młodzieży, która paliła papierosy miesiąc przed badaniem i wynosił: 2,1% u 11-latków, 6,4% u 13-latków i 18% u 15-latków. Stwierdzono różnice statystyczne w paleniu papierosów w zależności od płci. Dziewczęta 13 – i 15-letnie częściej niż chłopcy w tym wieku paliły tytoń w 30 dni przed badaniem (tab. 58).

Obecne palenie było badane tylko wśród młodzieży 13 – i 15-letniej. Regularnie paliło codziennie lub co najmniej raz w tygodniu, ale nie codziennie 6,6% badanych. W grupie młodzieży 13-letniej do regularnego palenia przyznało się 2,8% badanych, a wśród 15-latków było ich 10,3%. Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych zależnych od płci (tab. 59).

W porównaniu z wynikami uzyskanymi w 2014r. zmniejszyły się o 4,5 punktów procentowych odsetek młodzieży w wieku 11-15 lat, która paliła tytoń w życiu oraz o 3,8 punkty tych, którzy palili w ciągu ostatnich 30 dni. Obniżył się również odsetek uczniów w wieku 13-15 lat, którzy palili codziennie tytoń z 7,2% do 3,3%.

Tabela 58. Częstość palenie tytoniu w ciągu ostatnich 30 dni według płci i wieku

Grupa wieku			Palenie tytoniu w 30 dniach						
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	
11 lat	Płeć	Chł.	N	835	14	6	1	0	5
			%	97,0%	1,6%	0,7%	0,1%	0,0%	0,6%
	Dz.	N	817	6	1	0	1	2	
		%	98,8%	0,7%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	
	Ogółem		N	1652	20	7	1	1	7
			%	97,9%	1,2%	0,4%	0,1%	0,1%	0,4%

Grupa wieku			Palenie tytoniu w 30 dniach						
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	
13 lat	Płeć	Chł.	N	785	26	6	3	6	8
			%	94,1%	3,1%	0,7%	0,4%	0,7%	1,0%
		Dz.	N	818	30	15	9	3	3
			%	93,2%	3,4%	1,7%	1,0%	0,3%	0,3%
	Ogółem		N	1603	56	21	12	9	11
			%	93,6%	3,3%	1,2%	0,7%	0,5%	0,6%
15 lat	Płeć	Chł.	N	704	58	16	13	11	40
			%	83,6%	6,9%	1,9%	1,5%	1,3%	4,8%
		Dz.	N	737	62	46	24	19	27
			%	80,5%	6,8%	5,0%	2,6%	2,1%	3,0%
	Ogółem		N	1441	120	62	37	30	67
			%	82,0%	6,8%	3,5%	2,1%	1,7%	3,8%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	2324	98	28	17	17	53
			%	91,6%	3,9%	1,1%	0,7%	0,7%	2,1%
		Dz.	N	2372	98	62	33	23	32
			%	90,5%	3,7%	2,4%	1,3%	0,9%	1,2%
	Ogółem		N	4696	196	90	50	40	85
			%	91,1%	3,8%	1,7%	1,0%	0,8%	1,6%

Płeć: chi-kw.=23,17; df=5; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=298,85; df=10; p=0,000

Tabela 59. Częstość obecnego palenia tytoniu według płci i wieku

Grupa wieku			Palenie obecne				
			codziennie	co najmniej 1 raz w tygodniu ale nie codziennie	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	nie palę wcale	
13 lat	Płeć	Chł.	N	10	12	28	774
			%	1,2%	1,5%	3,4%	93,9%
		Dz.	N	7	19	25	825
			%	0,8%	2,2%	2,9%	94,2%
	Ogółem		N	17	31	53	1599
			%	1,0%	1,8%	3,1%	94,1%
15 lat	Płeć	Chł.	N	55	36	55	698
			%	6,5%	4,3%	6,5%	82,7%
		Dz.	N	44	46	84	745
			%	4,8%	5,0%	9,1%	81,1%
	Ogółem		N	99	82	139	1443
			%	5,6%	4,7%	7,9%	81,8%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	65	48	83	1472
			%	3,9%	2,9%	5,0%	88,2%
		Dz.	N	51	65	109	1570
			%	2,8%	3,6%	6,1%	87,5%
	Ogółem		N	116	113	192	3042
			%	3,3%	3,3%	5,5%	87,8%

Płeć: chi-kw.=6,054; df=3; p=0,109; Grupa wieku: chi-kw.=126,4; df=3; p=0,000

Picie alkoholu

Alkohol jest najczęściej używaną przez młodzież substancją psychoaktywną (De Looze i in. 2015). Z wiekiem wzrasta gwałtownie liczba nastolatków pijących alkohol oraz tych, którzy byli pijani. Szczególnie niebezpieczne dla prawidłowego zdrowia i rozwoju młodzieży są przypadki upicia się (Kuntshe i in. 2012). Częstość picia alkoholu oraz liczba przypadków upicia się pozwala rozpoznać u nastolatków różne style picia, które pozostają skorelowane z podejmowaniem przez nich innych zachowań ryzykownych zarówno w okresie dojrzewania jak i w dorosłym życiu (Mazur i in. 2003). Zwiększają również ryzyko powstania problemów związanych z rozwojem psychicznym, w tym emocjonalnym (Brown i in. 2008).

Pytania i wskaźniki

W kwestionariuszu badań HBSC pytania dotyczące picia alkoholu były umieszczone od początku prowadzenia tych badań. W obecnej rundzie, w pakiecie pytań obowiązkowych, znalazły się dwa pytania dotyczące częstości picia i dwa dotyczące częstości upijania.

Pytania dotyczące częstości picia dotyczyły perspektywy całego życia i ostatnich 30 dni. Badanych pytano – *W ilu dniach (jeśli w ogóle) piłeś alkohol*. Kategorie odpowiedzi: *nigdy, 1-2 dni, 3-5 dni, 6-9 dni, 10-19 dni, 20-29 dni, 30 dni i więcej*. Pytania znajdowały się w kwestionariuszu badań HBSC już od roku 2009/2010, jednak trochę się różniły od obecnej wersji. W obecnej formie były po raz pierwszy zastosowane w rundzie badań 2013-2014.

Pojedyncze pytanie dotyczące epizodów upicia się występowało w badaniach HBSC już od roku 1985/1986 i przez pięć kolejnych rund pozostawało w niezmiennym postaci. W ostatniej rundzie w kwestionariuszu znalazły się dwa oddzielne pytania dotyczące upicia się w życiu oraz w ostatnich 30 dniach. *Czy wypites (w życiu, w ciągu 30 dni) tak dużo alkoholu, że czuleś się naprawdę pijany?* Kategorie odpowiedzi: *nie nigdy, tak, jeden raz, tak, 2-3 razy, tak, 4-10 razy, tak, więcej niż 10 razy*³.

Ważniejsze wyniki

Wśród badanej młodzieży inicjację alkoholową miało za sobą prawie co trzecia badana osoba (34,6%), a co dziesiąta czyniła to więcej niż w 10 dni. Odsetek młodzieży, która podjęła próby picia alkoholu zwiększał się wraz z wiekiem i wynosił odpowiednio u 11-, 13- i 15-latków (11,4%, 28,0%, 63,4%), różnice były istotne statystycznie. Uwzględniając w analizach płeć badanych osób wykazano, że o ile w wieku 11 i 13 lat próby picia częściej podejmowali chłopcy niż dziewczęta, o tyle w wieku 15 lat znacznie częściej miały je za sobą dziewczęta (66,3%) niż chłopcy

³ Trzecia perspektywa ostatnich 12 miesięcy jest pytaniem opcjonalnym.

(60,2%). Szczegółowe dane dotyczące częstości picia alkoholu w całym życiu zamieszczono w tabeli 60.

W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem próby picia alkoholu podjęło 15, 1% badanych w tym 4,6% robiło to w więcej niż dwóch dniach. Odsetki osób, które piły alkohol w ostatnim miesiącu gwałtownie zwiększa się z wiekiem i wynosi 3,1% u 11 – latków; 9,8% u 13 latków do 34,2% wśród młodzieży 15-letniej. Największe różnice w odsetkach młodzieży, która piła alkohol w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem były pomiędzy dziewczętami (11,0%) a chłopcami (8,6%). W wieku 11 lat różnice te wyrównują się. W wieku 15 lat częściej piły dziewczęta (34,6%) niż chłopcy (33,6%). Szczegółowe dane dotyczące częstości picia alkoholu w całym życiu zamieszczono w tabeli 61.

Tabela 60. Częstość picia alkoholu w życiu według płci i wieku

Grupa wieku			Picie alkoholu w życiu						
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 lub więcej dni	
11 lat	Płeć	Chł.	N	754	69	23	4	6	10
			%	87,0%	8,0%	2,7%	0,5%	0,7%	1,2%
	Dz.	N	749	54	9	7	1	10	
		%	90,2%	6,5%	1,1%	0,8%	0,1%	1,2%	
	Ogółem	N	1503	123	32	11	7	20	
		%	88,6%	7,3%	1,9%	0,6%	0,4%	1,2%	
13 lat	Płeć	Chł.	N	587	131	45	20	24	27
			%	70,4%	15,7%	5,4%	2,4%	2,9%	3,2%
	Dz.	N	647	106	49	39	16	24	
		%	73,4%	12,0%	5,6%	4,4%	1,8%	2,7%	
	Ogółem	N	1234	237	94	59	40	51	
		%	72,0%	13,8%	5,5%	3,4%	2,3%	3,0%	
15 lat	Płeć	Chł.	N	337	163	88	51	59	149
			%	39,8%	19,2%	10,4%	6,0%	7,0%	17,6%
	Dz.	N	308	159	104	86	93	165	
		%	33,7%	17,4%	11,4%	9,4%	10,2%	18,0%	
	Ogółem	N	645	322	192	137	152	314	
		%	36,6%	18,3%	10,9%	7,8%	8,6%	17,8%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	1678	363	156	75	89	186
			%	65,9%	14,3%	6,1%	2,9%	3,5%	7,3%
	Dz.	N	1704	319	162	132	110	199	
		%	64,9%	12,1%	6,2%	5,0%	4,2%	7,6%	
	Ogółem	N	3382	682	318	207	199	385	
		%	65,4%	13,2%	6,1%	4,0%	3,8%	7,4%	

Płeć: chi-kw.=20,354; df=5; p=0,001 : Wiek: chi-kw.=1239,948; df=10; p<0,000

Tabela 61. Częstość picia alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni według płci i wieku

Grupa wieku			Picie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni						
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 lub więcej dni	
11 lat	Płeć	Chł.	N	835	23	3	1	1	2
			%	96,5%	2,7%	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%
	Dz.	N	808	11	6	1	0	4	
		%	97,3%	1,3%	0,7%	0,1%	0,0%	0,5%	
	Ogółem	N	1643	34	9	2	1	6	
		%	96,9%	2,0%	0,5%	0,1%	0,1%	0,4%	
13 lat	Płeć	Chł.	N	761	54	5	4	2	7
			%	91,4%	6,5%	0,6%	0,5%	0,2%	0,8%
	Dz.	N	783	74	16	3	2	2	
		%	89,0%	8,4%	1,8%	0,3%	0,2%	0,2%	
	Ogółem	N	1544	128	21	7	4	9	
		%	90,1%	7,5%	1,2%	0,4%	0,2%	0,5%	
15 lat	Płeć	Chł.	N	563	178	49	20	18	20
			%	66,4%	21,0%	5,8%	2,4%	2,1%	2,4%
	Dz.	N	598	186	72	32	15	13	
		%	65,3%	20,3%	7,9%	3,5%	1,6%	1,4%	
	Ogółem	N	1161	364	121	52	33	33	
		%	65,8%	20,6%	6,9%	2,9%	1,9%	1,9%	
Ogółem	Płeć	Chł.	N	2159	255	57	25	21	29
			%	84,8%	10,0%	2,2%	1,0%	0,8%	1,1%
	Dz.	N	2189	271	94	36	17	19	
		%	83,4%	10,3%	3,6%	1,4%	0,6%	0,7%	
	Ogółem	N	4348	526	151	61	38	48	
		%	84,1%	10,2%	2,9%	1,2%	0,7%	0,9%	

Płeć: chi-kw.=13,341; df=5; p=0,020 : Wiek: chi-kw.=712,671; df=10; p<0,000

Do upicia się w życiu przyznało się 15,5% młodzieży, w tym połowa z nich deklarowała, że miało to miejsce jeden lub dwa razy. Wiek był czynnikiem, który różnicował zachowania młodzieży związane z upiciem. Odsetki badanych, którzy doświadczyli tego stanu wzrastał wraz z wiekiem badanych i wynosił odpowiednio 3,5%, 10,0% i 16,8% wśród młodzieży 11-, 13 – i 15-letniej. Występowały istotnie statystycznie różnice w częstości upicia się związane z płcią. W przypadku młodzieży 11-letniej częściej stanów tych doświadczały chłopcy niż dziewczęta, a w wieku 15 lat zachowanie takie przejawiały częściej dziewczęta 35,4% niż chłopcy 29,1% (tab. 62).

Upicie się w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem deklarowało 5,8% badanych. Częstość upijania zwiększa się z wiekiem badanych z 1% dla 11-latków, 3,2% dla 13-latków do 12,9% u piętnastolatków. Nie występowały różnice statystyczne zależne od płci badanych osób (tab. 63).

Tabela 62. Częstość upicia się w życiu według płci i wieku

Grupa wieku				Upicie się w życiu				
				nigdy	1 raz	2-3 razy	4-10 razy	więcej niż 10 razy
11 lat	Płeć	Chł.	N	829	25	5	3	4
			%	95,7%	2,9%	0,6%	0,3%	0,5%
		Dz.	N	808	13	6	1	2
			%	97,3%	1,6%	0,7%	0,1%	0,2%
	Ogółem		N	1637	38	11	4	6
			%	96,5%	2,2%	0,6%	0,2%	0,4%
13 lat	Płeć	Chł.	N	759	41	18	10	7
			%	90,9%	4,9%	2,2%	1,2%	0,8%
		Dz.	N	786	65	16	11	4
			%	89,1%	7,4%	1,8%	1,2%	0,5%
	Ogółem		N	1545	106	34	21	11
			%	90,0%	6,2%	2,0%	1,2%	0,6%
15 lat	Płeć	Chł.	N	599	100	72	38	38
			%	70,7%	11,8%	8,5%	4,5%	4,5%
		Dz.	N	593	137	110	48	30
			%	64,6%	14,9%	12,0%	5,2%	3,3%
	Ogółem		N	1192	237	182	86	68
			%	67,5%	13,4%	10,3%	4,9%	3,9%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	2187	166	95	51	49
			%	85,8%	6,5%	3,7%	2,0%	1,9%
		Dz.	N	2187	215	132	60	36
			%	83,2%	8,2%	5,0%	2,3%	1,4%
	Ogółem		N	4374	381	227	111	85
			%	84,5%	7,4%	4,4%	2,1%	1,6%

Płeć: chi-kw.=13,45; df=4; p=0,009 Wiek: chi-kw.=642,42; df=8; p<0,001

Tabela 63. Częstość upicia się w ciągu ostatnich 30 dni według płci i wieku

Grupa wieku				Upicie się w ciągu ostatnich 30 dni				
				nigdy	1 raz	2-3 razy	4-10 razy	więcej niż 10 razy
11 lat	Płeć	Chł.	N	855	7	3	0	1
			%	98,7%	0,8%	0,3%	0,0%	0,1%
		Dz.	N	820	5	1	0	2
			%	99,0%	0,6%	0,1%	0,0%	0,2%
	Ogółem		N	1675	12	4	0	3
			%	98,9%	0,7%	0,2%	0,0%	0,2%

Grupa wieku				Upicie się w ciągu ostatnich 30 dni				
				nigdy	1 raz	2-3 razy	4-10 razy	więcej niż 10 razy
13 lat	Płeć	Chł.	N	805	18	4	3	3
			%	96,6%	2,2%	0,5%	0,4%	0,4%
		Dz.	N	851	19	3	1	3
			%	97,0%	2,2%	0,3%	0,1%	0,3%
	Ogółem		N	1656	37	7	4	6
			%	96,8%	2,2%	0,4%	0,2%	0,4%
15 lat	Płeć	Chł.	N	737	67	25	3	10
			%	87,5%	8,0%	3,0%	0,4%	1,2%
		Dz.	N	793	85	26	3	7
			%	86,8%	9,3%	2,8%	0,3%	0,8%
	Ogółem		N	1530	152	51	6	17
			%	87,1%	8,7%	2,9%	0,3%	1,0%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	2397	92	32	6	14
			%	94,3%	3,6%	1,3%	0,2%	0,6%
		Dz.	N	2464	109	30	4	12
			%	94,1%	4,2%	1,1%	0,2%	0,5%
	Ogółem		N	4861	201	62	10	26
			%	94,2%	3,9%	1,2%	0,2%	0,5%

Płeć: chi-kw.=1,93; df=4; p=0,749 : Wiek: chi-kw.=254,837; df=8; p<0,000

W porównaniu z wynikami z 2014r. zmniejszył się odsetek młodzieży która piła alkohol w życiu z 38,8% do 34,6% oraz z 18,4% do 15,9% w przypadku picia w ciągu 30 dni przed badaniem. Mniej badanych w obecnych badaniach niż w poprzedniej rundzie deklarowało upicie się w życiu (odpowiednio 15,5% i 21,1%) i w ciągu ostatnich dni (odpowiednio 5,9% i 8,4%).

Używanie marihuany

Używanie marihuany lub haszyszu przez młodzież jest obok palenia papierosów i picia alkoholu popularnym zachowaniem podejmowanym przez młodzież, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych (Hubel in. 2015). Zachowanie to prowadzi do wielu problemów związanych ze zdrowiem fizycznym jak i psychicznym, z tego powodu stanowi ważny problem zdrowia publicznego (Ramo i in. 2012).

Pytania i wskaźniki

W pakiecie pytań obowiązkowych znalazły się dwa pytania na temat używania marihuany czy haszyszu. Podobnie jak to miało miejsce w przypadku częstości używania papierosów jak i alkoholu, jedno dotyczyło używania pochodnych konopi indyjskich w całym życiu i drugie w ciągu ostatnich 30 dni. Pytania są adaptacją

pytań z ESPAD z roku 1995. W kwestionariuszu HBSC znajdują się one od roku 2001/2002. Jednak w 2013/2014 tak jak pozostałe pytania dotyczące używania tytoniu i alkoholu uległy one modyfikacji. Obecna forma pytań: *Czy kiedykolwiek używałaś marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu?* Kategorie: *nigdy, 1-2 dni, 3-5 dni, 6-9 dni, 10-19 dni, 20-29 dni, 30 dni lub więcej*, w wersji polskiej jest nie zmieniona od ostatniej rundy badań.

Ważniejsze wyniki

Próby używania marihuany lub haszyszu ma za sobą 14,5% badanych 15-latków, w tym więcej niż połowa (7,8%) robiła to w więcej niż dwa dni. Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych zależnych od płci badanych osób (tab. 64).

Tabela 64. Częstość użycia marihuany lub haszyszu w całym życiu według płci

			Marihuana w całym życiu					
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 dni lub więcej
Płeć	Chł.	N	704	47	21	11	14	28
		%	85,3%	5,7%	2,5%	1,3%	1,7%	3,4%
	Dz.	N	785	69	26	11	6	19
		%	85,7%	7,5%	2,8%	1,2%	0,7%	2,1%
Ogółem		N	1489	116	47	22	20	47
		%	85,5%	6,7%	2,7%	1,3%	1,1%	2,7%

Płeć: chi-kw.=9,30; df=3; p=0,098

Tabela 65. Częstość użycia marihuany lub haszyszu w ciągu ostatnich 30 dni według płci

			Marihuana w ciągu ostatnich 30 dni					
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 dni lub więcej
Płeć	Chł.	N	770	31	12	1	3	7
		%	93,4%	3,8%	1,5%	0,1%	0,4%	0,8%
	Dz.	N	873	24	10	1	1	5
		%	95,5%	2,6%	1,1%	0,1%	0,1%	0,5%
Ogółem		N	1643	55	22	2	4	12
		%	94,5%	3,2%	1,3%	0,1%	0,2%	0,7%

Płeć: chi-kw.=4,21; df=5; p=0,519

Do używania marihuany w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, przyznało się 5,4% uczniów w tym 3,2% podało, że robiło to w jeden lub dwa dni. Analizy z uwzględnieniem płci badanych osób nie wykazały różnic statystycznych zależnych od płci (tab. 65).

W stosunku do roku 2014 wyniki te zmieniły się o 9,4 punktów procentowych w przypadku używania marihuany lub haszyszu w całym życiu oraz o 4,5 punktów

procentowych w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. W obydwu przypadkach odsetki te uległy gwałtownemu obniżeniu. W porównaniu z poprzednią rundą badań zatarły się różnice zależne od płci w używaniu marihuany lub haszyszu w całym życiu i ostatniego miesiąca przed badaniem.

Podsumowanie ogólne używania substancji psychoaktywnych

- Wykazano, że wśród młodzieży w wieku 11-15 lat, przynajmniej raz w życiu: prawie co trzeci (34,6%) pił alkohol, co piąty (21,6%) palił tytoń a 15,5% z nich było pijanych. Odsetki badanych, którzy podjęli już próby z piciem alkoholu, czy paleniem tytoniu wzrastają wraz z wiekiem.
- Wśród 15-latków, w całym życiu, próby picia alkoholu miało 63,4% badanych w tym 32,5% podało, że wypili naprawdę dużo alkoholu i czuli się pijani; 39,1% paliło tytoń a 14,5% podało, że co najmniej w jeden dzień lub więcej używało marihuany lub haszyszu.
- W ciągu 30 dni przed badaniem 15,1% badanych piło alkohol w tym 5,8% upiła się, a 8,6% podało, że paliło tytoń. Odsetki te były najwyższe wśród 15 latków, co trzeci z nich (34,2%) podał, że pił alkohol w tym prawie co dziesiąty (12,9%) był pijany, a palenie tytoniu deklarował prawie co piąty z nich (18,0%).
- Analizując wyniki badań z uwzględnieniem płci badanych osób wykazano, że w całej grupie badane dziewczęta częściej niż chłopcy w życiu piły alkohol czy upiły się. W przypadku pozostałych zachowań odsetki u chłopców i dziewcząt były zbliżone. W przypadku analizy wyników z uwzględnieniem płci i wieku badanych wykazano, że w wieku 11 – lat chłopcy częściej niż dziewczęta podejmują próby picia, palenia oraz przejawiają to zachowanie 30 dni przed badaniem. Jednak już w wieku 15 lat w przypadku takich zachowań jak próby palenia tytoniu, picia czy upicia się częściej występowały one wśród dziewcząt niż u chłopców. Różnice zależne od płci nie występowały w przypadku użycia marihuany w całym życiu oraz w ostatnich 30 dniach oraz w odniesieniu do epizodów upicia się w ostatnim miesiącu przed badaniem.
- W porównaniu z wynikami badań HBSC sprzed 4 lat częstość przyjmowania substancji psychoaktywnych w życiu oraz w ciągu 30 dni przed badaniem uległa obniżeniu. Można jednak mówić o zmienionym modelu używania substancji przez chłopców i dziewczęta.

Piśmiennictwo

- Brown SA, McGue M, Maggs J, i in. (2008) A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*. 121(Suppl 4): S290–310.
- De Looze M, Raaijmakers Q, Ter Bogt T, i in. (2015). Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, 25(suppl 2): 69–72.
- DiClemente R, Santeli J, Crossy R. (eds.) (2009). *Adolescent health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.

- Dzielska A, Kowalewska A. (2014) Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. *Studia BAS*, 38(2):139–168.
- Hubel A, Bendsten P, Looze ME i in. (2015) 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*, 25 (suppl.2):73–75.
- Jarvis MJ. (2004) Why people smoke? *British Medical Journal*, 328:277–79.
- Jessor R, Turbin MS, Costa FM (1988), Protective factors in adolescent health behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3): 923–33
- Kandel D, Kandel E. (2015). The Gateway Hypothesis of substance abuse: developmental, biological and societal perspectives. *Acta Paediatrica* 104 (2):130–7.
- Kandel D. (1992). Stages of Progression in Drug Involvement from Adolescence to Adulthood: Further Evidence for the Gateway Theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53: 447–57.
- Kowalewska A, Mazur J, Woynarowska B. (2007) Selected psychosocial factors in 15-year-old current smokers and ex-smokers. *Przegląd Lekarski*, 64(10):747–51.
- Kowalewska A. (2013) Palenie tytoniu przez dziewczęta w okresie dorastania. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2014.
- Kuntsche E, Rossow I, Simons-Morton B, i in. (2013). Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and North American countries. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(2):308–314.
- Levine A, Huang Y, Drisaldi B, i in. (2011). Molecular Mechanism for a Gateway Drug: Epigenetic Changes Initiated by Nicotine Prime Gene Expression by Cocaine *Science Translational Medicine*, 3(107):107–9.
- Mathers C, Loncar D. (2006) Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030, *PloS Medicine* Nov 3(11):442.
- Mazur J, Kowalewska A, Woynarowska B. (2003) Alcohol drinking and other risk behaviors among adolescents aged 11-15 years. *Developmental Period Medicine*, 7(1):75–89.
- Mazur J, Tabak I, Małkowska Szkutnik A, i in. (2008). Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka
- Pulvers K, Ridenour C, Woodcock A, i in. (2018). Marijuana use among adolescent multiple tobacco product users and unique risks of dual tobacco and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, 8(1):189.
- Ramo D, Liu H, Prochaska J. (2012). Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: a systematic review of their co-use. *Clinical Psychology Review*, 32(2):105–21.
- Riala K, Hakko H, Isohanni M, i in. (2004) Teenage smoking and substance use as predictors of severe alcohol problems in late adolescence and in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 5: 245–54.

Aktywność seksualna młodzieży 15-letniej

Wstęp

Zdrowie seksualne i reprodukcyjne człowieka jest ważnym komponentem jego kondycji zdrowotnej. Warunkuje nie tylko dobrostan fizyczny, lecz także psychiczny i społeczny (WHO 1975). Rozwój psychoseksualny dokonuje się przez całe życie, jednak w trakcie adolescencji przebiega szczególnie dynamicznie (Beisert 2006). Konfrontacja rodzących się potrzeb seksualnych z wymaganiami kulturowymi jest sytuacją trudną dla młodych ludzi, a stopień radzenia sobie z tą sytuacją jest ważnym wyznacznikiem subiektywnej oceny zdrowia. Zwraca się ponadto uwagę, że przebieg dojrzewania seksualnego jest zależny od płci, występują duże różnice w tempie dojrzewania u poszczególnych osób, a także dezintegracja seksualna okresu dorastania, czyli rozdźwięk między uczuciowością a podnieceniem i pożądaniem (Izdebski 2010) oraz zjawisko rozszczepienia dojrzewania czyli wcześniejsze osiągnięcie dojrzałości biologicznej (na co wskazuje, m.in. wiek pierwszej miesiączki) a znacznie późniejsze uzyskiwanie dojrzałości emocjonalnej, moralnej i społecznej, a także samodzielności ekonomicznej (Jaczewski i Obuchowska 1992).

Pojawienie się w tym okresie popędu seksualnego wiąże się z podejmowaniem przez młodych ludzi różnych form aktywności seksualnej. W przypadku nastolatków problem normatywności zachowań seksualnych jest złożony, tym bardziej, że w okresie ostatniego dwudziestolecia nastąpiły znaczące zmiany w zachowaniach seksualnych młodzieży i ich uwarunkowaniach (Oleszkiewicz i Senejko 2013). Za aktywność seksualną, która mieści się w granicach normy, uznaje się taką, która: nie utrudnia realizacji zadań rozwojowych przewidzianych dla tego okresu; mieści się w repertuarze zachowań seksualnych charakterystycznych dla danego wieku; dokonuje się między osobami będącymi w zbliżonym wieku; oparta jest na zasadzie dobrowolności; prowadzi do realizacji celów seksualnych; nie narusza zdrowia oraz nie narusza rażąco przyjętego porządku społecznego (Beisert 2006). W tym kontekście, podejmowania stosunków płciowych przez młodzież 15-letnią nie można uznać za aktywność spełniającą wszystkie kryteria normy rozwojowej. W Polsce jest ponadto penalizowana przez prawo.

Skala aktywności seksualnej podejmowanej przez 15-latków ujawniona w badaniach HBSC jest bardzo zróżnicowana. W badaniu przeprowadzonym w roku szkolnym 2013/2014 stwierdzono, że 26% młodzieży w tym wieku miało za sobą inicjację seksualną, przy czym ten wskaźnik waha się od 71% (dla chłopców z Grenlandii) do 2% (dla dziewcząt w Armenii). Stwierdzono, duże różnice w odsetku 15-latków, którzy nie używali prezerwatywy podczas ostatniego stosunku. Odsetki te wahają się od 9% (chłopcy estońscy) do 42% (dziewczęta szwedzkie). Od rundy badań z 2010 roku skala podejmowania przez badanych inicjacji seksualnej zmniejszyła się

u dziewcząt i chłopców. Wskaźnik ten spadł z 29% do 24% dla chłopców i z 23% do 17% dla dziewcząt. Chłopcy częściej deklarują, że mają za sobą debiut seksualny (wyjątkiem były dziewczęta z Anglii i Walii) (Inchley i in. 2016). Spadek odsetka osób po inicjacji seksualnej odnotowano także w innych badaniach o zasięgu lokalnym, np. w bardzo interesującym projekcie realizowanym przez 31 lat w jednej z duńskich gmin. Odsetek uczniów po płciowym debiucie wyniósł 23% w 2014 r. i zmniejszył się w stosunku do 2007 roku o 13% (Lauszus i in. 2017).

Można wskazać wiele obszarów koniecznych do analizy kondycji zdrowotnej młodzieży w odniesieniu do jej zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego: zaburzenia tempa rozwoju psychoseksualnego, podejmowanie aktywności seksualnej w bardzo wczesnym wieku, nie stosowanie lub stosowanie zawodnych metod antykoncepcji (np. stosunek przerywany, metody naturalne) oraz skutki tego postępowania, to jest zbyt wczesne rodzicielstwo i zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową, a także wszelkie rodzaje przemocy seksualnej (Izdebski i in. 2011; Izdebski i Wąż 2014). Analizie w tym zakresie winna być także poddawana aktywność wirtualna młodych ludzi, zwłaszcza ich kontakt z pornografią, udział w seks czatach, intymne kontakty wirtualne z nieznanymi, itp. Wczesny wiek rozpoczęcia współżycia seksualnego zwiększa ryzyko podejmowania przez młodzież innych zachowań ryzykownych, takich jak: nieregularne stosowanie antykoncepcji, współżycie z wieloma partnerami seksualnymi, prostytutka, podejmowanie współżycia z osobami obcymi oraz częste zmiany partnerów seksualnych (Imacka i Balsa 2012).

Możemy mówić o licznych uwarunkowaniach podejmowania wczesnej inicjacji seksualnej przez młodzież. Do najbardziej istotnych czynników należą: płeć, używanie substancji psychoaktywnych, stan zdrowia, kontekst rodzinny i jego cechy (zamożność rodziny, relacje rodzic-dziecko, sprawowanie kontroli przez rodziców), oddziaływania społeczno-kulturowe, w tym realizacja i jakość edukacji seksualnej w szkole, wpływ rówieśników, stosunek do wiary oraz czynniki biologiczne (takie jak tempo rozwoju psychoseksualnego) (Lenciauskiene i Zaborskis 2008; Jankowiak i Gulczyńska 2014).

Pytania i wskaźniki

W kwestionariuszu polskich badań HBSC zrealizowanych w roku szkolnym 2017/18 zastosowano cztery pytania odnoszące się do aktywności seksualnej. Dotyczyły one: odbycia inicjacji seksualnej (tak, nie), wieku w którym inicjacja seksualna miała miejsce (kategorie: od 11 lat i mniej do 16 lat lub więcej), stosowania prezerwatywy oraz tabletek antykoncepcyjnych w czasie ostatniego stosunku płciowego (przez badanego/partnera – tak, nie).

Pytania te w kwestionariuszach wypełnianych wyłącznie przez młodzież 15-letnią (nie stosowano ich dla młodszych respondentów ze względu na ich osobisty charakter) zamieszczano w badaniach HBSC początkowo jako moduł opcjonalny, a od roku szkolnego 2001/2002 są one obowiązkowe. Opracowano je na podstawie amerykańskiego kwestionariusza YRBS (*Youth Risk Behaviour Survey*). W Polsce

większość pytań z tego zestawu (w tym pytanie o inicjację seksualną i wiek w którym miała miejsce) wykorzystano w prawie wszystkich rundach badań, poza rokiem 2006.

W badaniach, których wyniki prezentowane są w niniejszym opracowaniu uzyskano wysoki wskaźnik udzielenia odpowiedzi na pytania odnoszące się zarówno do odbycia inicjacji seksualnej i wieku inicjacji (99,2%) jak i stosowania prezerwatywy w czasie ostatniego stosunku płciowego (98,7%) oraz stosowania tabletek antykoncepcyjnych (97,8%).

Ważniejsze wyniki

Prezentowane wyniki uzyskano w badaniach zrealizowanych na próbie 1753 15-latków, uczniów III klasy gimnazjum. Wzięło w nich udział 831 chłopców i 922 dziewcząt. Na pytania o wiek pierwszego stosunku, użycie prezerwatywy i tabletek antykoncepcyjnych w trakcie ostatniego stosunku odpowiadali tylko ci respondenci, którzy deklarowali, że przeszli inicjację seksualną (227 osób). Podstawowe dane zawarte są w tabelach 66 i 67.

Inicjację seksualną odbyło 13,1% ankietowanych 15-latków. Debiut seksualny częściej mieli za sobą chłopcy niż dziewczęta (16,4% wobec 10,1%; różnica istotna statystycznie – $p < 0,001$). W porównaniu z badaniami z 2014 roku odsetek młodzieży wczesnie podejmującej współżycie seksualne znacząco się zmniejszył (z 17,4%), przy czym zaważyły na tym deklaracje dziewcząt (2014 – 18,5%; 2018 – 10,1%). W przypadku chłopców można mówić o stabilizacji tego wskaźnika (2014 – 16,0%; 2018 – 16,4%).

Tabela 66. Inicjacja seksualna według płci i wieku

Inicjacja seksualna i wiek jej przejścia	Chłopcy		Dziewczęta		P
	N	%	N	%	
Stosunek płciowy					
Tak	135	16,4	92	10,1	<0,001
Nie	689	83,6	822	89,9	
Wiek pierwszego stosunku płciowego (N=225)					0,219
11 lat lub mniej	17	12,6	5	5,6	
12 lat	5	3,7	2	2,2	
13 lat	5	3,7	3	3,3	
14 lat	30	22,2	14	15,6	
15 lat	61	45,2	55	61,1	
16 lat lub więcej	17	12,6	11	12,2	
Średni wiek ± SD	14,21 ± 1,50		14,61 ± 1,17		

Dziewczęta i chłopcy zapytani o wiek, w którym odbyli pierwszy stosunek płciowy odpowiadali podobnie (zbliżona średnia wieku inicjacji ustalona odrębnie dla dziewcząt i chłopców – odpowiednio 14,2 i 14,6 lat), jednak rozkład odpowiedzi wskazuje na to, że chłopcy częściej niż dziewczęta odbywali inicjację seksualną

w skrajnie niskim wieku (13 lat i mniej) i rzadziej od nich przeżywali swój debiut seksualny w wieku 15 lat i więcej. Wyniki te należy interpretować ostrożnie, ponieważ są to tzw. obserwacje (dane) obcięte – tylko 5% ankietowanych miało skończonych 16 lat, tak więc większość osób nie mogła w wieku 16+ przejść inicjacji, bo jeszcze tego wieku nie osiągnęła. W porównaniu z 2014 rokiem średni wiek inicjacji podwyższył się (u chłopców z 13,6 roku, u dziewcząt z 14,4 roku).

Porównując dane w omawianym zakresie z rezultatami badań z 2014 roku stwierdzamy ponadto, że zmniejsza się odsetek osób (zarówno chłopców, jak i dziewcząt), które odbyły swój debiut seksualny wyjątkowo wcześnie. W 2014 r. w wieku 14 lat i mniej pierwszy stosunek płciowy miało za sobą 50,0% chłopców i 37,8% dziewcząt spośród osób po inicjacji seksualnej. W 2018 roku było to odpowiednio 42,2% oraz 27,7%.

Osoby, które mają za sobą inicjację seksualną zapytano także o stosowanie antykoncepcji. Ponad połowa z nich (57,6%) deklaruje, że w czasie ostatniego stosunku płciowego oni, bądź ich partnerzy, stosowali prezerwatywę, przy czym częściej takie deklaracje składały dziewczęta (68,1% vs. 50,4%). Korzystanie z prezerwatywy według danych uzyskanych w 2018r. było częstsze niż w 2014r. w relacjach dziewcząt (68,1% – 56,9%) ale rzadsze w relacjach chłopców (50,4% – 63,4%). Należy jednak zauważyć, że w 2014r., nie było kategorii odpowiedzi „nie wiem”, którą w 2018 roku wybrało 18,0% chłopców.

Tabela 67. Stosowanie prezerwatywy i tabletek antykoncepcyjnych według płci

W czasie ostatniego stosunku płciowego	Chłopcy		Dziewczęta		p
	N	%	N	%	
Stosowanie prezerwatywy (N=224)					
Tak	67	50,4	62	68,1	0,011
Nie	42	31,6	23	25,3	
Nie wiem	24	18,0	6	6,6	
Stosowanie tabletek antykoncepcyjnych (N=222)					
Tak	25	18,8	13	14,6	<0,001
Nie	82	61,7	75	84,3	
Nie wiem	26	19,5	1	1,1	

Zdecydowanie mniej popularne od używania prezerwatywy było w badanej grupie stosowanie tabletek antykoncepcyjnych. Tylko 17,1% respondentów twierdzi, że oni, albo ich partnerzy, stosowali tę metodę antykoncepcji w trakcie ostatniego stosunku płciowego. Częściej takie deklaracje składali chłopcy niż dziewczęta (18,8% vs. 14,6%). Ponadto, niemal co piąty chłopak nie wiedział, czy jego partnerka stosowała tabletki antykoncepcyjne. W rezultacie różnica pomiędzy odpowiedziami chłopców i dziewcząt w omawianym zakresie okazała się istotna statystycznie ($p < 0,001$).

Podsumowanie

W 2018 roku odnotowano znaczącą różnicę w częstości inicjacji seksualnej podejmowanej przez chłopców oraz dziewczęta (16,4% vs. 10,1%). Rozkład danych w tym zakresie zdecydowanie różni się do rezultatów poprzednich rund badań HBSC. We wszystkich wcześniejszych badaniach HBSC częstość odbycia inicjacji seksualnej u 15-letnich chłopców była co prawda większa niż u dziewcząt, jednak różnice te stopniowo zmniejszały się i w 2014 roku nastąpiło odwrócenie tych proporcji. W 2018 roku nie tylko nie zachowała się ta tendencja, ale można mówić o jej odwróceniu. Ponownie – jak kilkanaście lat temu – to chłopcy istotnie częściej niż dziewczęta podejmowali stosunki płciowe. Także średni wiek inicjacji seksualnej podwyższył się, zwłaszcza w odniesieniu do chłopców, co dopełnia obraz mniejszej skali podejmowania aktywności seksualnej przez badane osoby.

Ci spośród badanych 15-latków, którzy mają za sobą inicjację seksualną częściej deklarowali, że oni bądź ich partnerzy stosowali w trakcie ostatniego stosunku płciowego prezerwatywę (57,6%), niż tabletki antykoncepcyjne (17,1%). Wyniki te w odniesieniu do stosowania prezerwatyw budzą niepokój, gdyż ta metoda jest także jedynym dostępnym sposobem obniżenia ryzyka zakażenia infekcjami przenoszonymi drogą płciową (STI), co przy specyfice relacji seksualnych młodzieży (często przygodnych) może być szczególnie ważne. Niewielka skala stosowania tabletek antykoncepcyjnych nie dziwi, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę, że w Polsce niepełnoletnia dziewczyna nie może bez zgody rodzica lub prawnego opiekuna uzyskać recepty na te środki od lekarza ginekologa (przed ukończeniem 15 roku życia jest to prawnie niemożliwe).

Należy ostrożnie podchodzić do interpretacji wyników badań uzyskanych w omawianym zakresie. Szereg czynników sprawia, że porównanie uzyskanych rezultatów z wynikami poprzednich rund badań HBSC nie jest do końca uprawnione.

Po pierwsze, dylematy metodologiczne i etyczne dotyczące badania aktywności seksualnej osób w tak młodym wieku mają swoje odzwierciedlenie w decyzjach gremiów, które dotyczą protokołu i treści pytań odnoszących się do zdrowia seksualnego w poszczególnych rundach badań HBSC. Utrudnia to, a nawet (w niektórych przypadkach) uniemożliwia prowadzenie analiz porównawczych, ukazanie trendów zmian.

W pytaniu o inicjację seksualną w polskim kwestionariuszu z 2014 roku nie zawarto dopisku w nawiasie: *Czy kiedykolwiek miałaś/eś już stosunek płciowy (czasem używamy określeń “kochać się”, “uprawiać seks”)?* W roku 2018 powrócono do tej, stosowanej poprzednio, formy. W zamysle autorów pytań określenia umieszczone w nawiasie miały pomóc młodemu respondentowi zrozumieć znaczenie terminu „stosunek seksualny”. Badania pilotażowe prowadzone poza Polską wykazały, że większość 15-latków interpretuje takie określenia jako wskazujące na stosunek penetrujący w przeciwieństwie do innych form kontaktów seksualnych (Pitts i Rahman 2001; Young 2013).

W 2014 roku w polskiej rundzie badań nie było w ogóle pytania o stosowanie środków antykoncepcyjnych, w 2018 roku znacząco zmieniono treść tego pytania w porównaniu z zastosowanym w 2002 i w 2010 roku (*Jaką metodę zapobiegania ciąży stosowałaś sama/sam, lub twój partner/partnerka podczas ostatniego stosunku płciowego?*).

W 2018 r. zastosowano w Polsce wytyczne, które zawarto w protokole badań HBSC, które nakazywały, aby pytań o aktywność seksualną nie łączyć z pytaniami o zachowania ryzykowne. W związku z tym ten blok pytań przeniesiono w inne miejsce w kwestionariuszu ankiety (do 2014 roku występowały one bezpośrednio po pytaniach odnoszących się do palenia tytoniu, spożywania alkoholu i używania marihuany).

Po drugie, należy wziąć pod uwagę możliwy wpływ zmian, które nastąpiły w doborze / składzie próby w poszczególnych rundach badań na rozkład odpowiedzi w interesującym nas zakresie. Jak wskazano we wprowadzeniu do niniejszej publikacji, zawierającym opis metodologii badań, w 2018 roku przy doborze polskiej próby w większej mierze uwzględniano szkoły usytuowane w mniejszych miejscowościach, a zwłaszcza na wsi, co mogło w niemałym stopniu wpłynąć na rozkład odpowiedzi badanych na pytania dotyczące ich aktywności seksualnej. W kolejnych, pogłębionych analizach należy w związku z tym, między innymi, ustalić związek podejmowania przez 15-latków inicjacji seksualnej ze zmiennymi opisującymi ich status społeczny (w tym miejsce zamieszkania), a także zestawzić inicjację seksualną z innymi zachowaniami ryzykownymi, przeanalizować tendencje zmian jakie wystąpiły przy porównaniu wyników badań w tym zakresie uzyskanych w poszczególnych rundach. Nie bez znaczenia może być też fakt, że w badaniach sprzed czterech lat, grupa określana jako 15-latki obejmowała częściowo uczniów I klas szkół ponadgimnazjalnych, o ile nie przekroczyli wieku 16,5 lat (11,5% tej grupy) i ogólnie odsetek uczniów z rocznika szkolnego typowego (III klasa gimnazjum) był mniejszy od podanego we wstępie do tego raportu (tab.5).

Po trzecie, wpływ na realizację i wyniki badań mają też, zwłaszcza w Polsce, uwarunkowania religijne i polityczne, które odzwierciedlają się w postawach osób decydujących o ich przebiegu i udziale w nich młodzieży. Najbardziej spektakularnym przykładem była tu runda badań HBSC z roku 2006, w której nie umieszczono bloku pytań dotyczących aktywności seksualnej 15-latków ze względu na sygnalizowaną wcześniej niechęć części dyrektorów szkół do wyrażenia zgody na badania, w których młodzież pytano by się o tę sferę aktywności (Woynarowska 2012: 119).

Jednak – nawet jeśli weźmiemy wszystkie zgłoszone tu zastrzeżenia pod uwagę – nie ma wątpliwości, że obraz aktywności seksualnej podejmowanej w Polsce przez 15-latków jest dynamiczny, ulega zmianom. Niemała skala podejmowania przez osoby w tym wieku współżycia seksualnego musi budzić niepokój. Jest to aktywność niezgodna z kryteriami seksuologicznej normy rozwojowej, ryzykowna z punktu widzenia zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, także niezgodna z prawem. Na znaczącą skalę podejmowania zachowań ryzykownych wskazuje także

niestosowanie antykoncepcji (prezerwatyw i tabletek antykoncepcyjnych) przez dużą część respondentów w trakcie ostatniego stosunku płciowego.

Rezultaty badań każą jeszcze raz sformułować postulat realizacji rzetelnej, efektywnej edukacji seksualnej w polskich szkołach.

Piśmiennictwo

- Beisert M. (2006). Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone*, 16: 1–15.
- Beisert M. (2006). Trud dorastania seksualnego, w: Beisert M. (red.) *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Imacka J, Bulsa M. (2012). Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, *Hygeia Public Health*, 47(3):272–76.
- Inchley J, Currie D, Young T, i in. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International Report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Izdebski Z, Niemiec T, Wąż K. (2011). *(Z)byt)młodzi rodzice*, Warszawa: Wydawnictwo TRIO.
- Izdebski Z, Wąż K. (2014). Zdrowie seksualne i reprodukcyjne młodzieży. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 12(1): 45–55.
- Izdebski Z. (2010). Rozwój seksualny. W: B. Woynarowska, A. Kowalewska, Z. Izdebski, K. Komosińska, *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jaczewski A, Obuchowska I. (1992). *Rozwój erotyczny*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Jankowiak B, Gulczyńska A. (2014). Wczesna inicjacja seksualna młodzieży – przyczyny i konsekwencje, *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 1(5):171–87.
- Lauszus F, Svarrer R, Rasmussen A. (2017), Trends in sexual behavior and knowledge on reproduction in adolescents. *Sex Education: Global Perspectives, Effective Programs and Socio-Cultural Challenges*.
- Lenciauskiene I, Zaborskis A. (2008). 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*, 36: 607–18.
- Oleszkiewicz A, Senejko A. (2013). *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w okresie globalizacji*, Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
- Pitts M, Rahman Q. (2001). Which behaviors constitute “having sex” among university students in the UK? *Archives of Sexual Behavior*, 30(2):169–76.
- WHO (1975). Education and treatment in human sexuality. The training of health professionals. Report of a WHO Meeting (WHO Technical Report Series. No. 572). Geneva.
- Woynarowska B. (2012). Zachowania seksualne młodzieży 15-letniej, W: *Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990 – 2010*, red. B. Woynarowska i J. Mazur, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego.
- Young H. (2013). Sexual Health questions for use in the HBSC Study 2013/2014: Findings from an international pilot study. *HBSC Spring Meeting*, St Andrews, Scotland.

Przemoc w szkole (bullying)

Wstęp

Badania HBSC uwzględniają pytania dotyczące przemocy w szkole. Poszukiwanie przyczyn przemocy rówieśniczej jest istotne ze względu na powszechność zjawiska. Międzynarodowe organizacje zajmujące się problematyką zdrowia publicznego podkreślają konieczność prowadzenia badań w tym zakresie, w celu wdrażania strategii przeciwdziałania przemocy wśród młodzieży (Richardson i in. 2018; Sethi i in. 2010). Według D. Olweus`a bullying to: intencjonalne, powtarzające się, negatywne (krzywdzące, sprawiające przykrość) zachowanie osoby lub grupy osób skierowane przeciwko komuś, kto nie potrafi się przed tym zachowaniem obronić i przeciwstawić się mu. W Polsce słowo bullying rozumiane jest najczęściej jako dręczenie lub zastraszanie. Rzeczywista lub subiektywnie postrzegana nierównowaga sił ujawnia się na kilka różnych sposobów. Powoduje, że osoba krzywdzona doświadcza bezpośrednio tego, że jest słabsza lub, poprzez działania sprawcy, myśli o sobie w sposób dewaluujący siebie tzn. postrzega siebie jako słabszą, o gorszym statusie społecznym w grupie. Zgodnie z tą koncepcją przemoc w szkole charakteryzuje się: a) celowością i świadomością działania osoby, która zamierza kogoś skrzywdzić, b) powtarzalnością działań sprawcy oraz c) brakiem równowagi w relacji, gdzie sprawca jest silniejszy od osoby, którą krzywdzi. Wśród form zastraszania wymienia się m. in.: wyśmiewanie, przezywanie, wykluczanie z grupy rówieśniczej, zabieranie rzeczy osobistych, popychanie, rozpowszechnianie fałszywych informacji. Należy także różnicować bullying z konfliktami między rówieśnikami, gdzie dwie osoby zachowują się względem siebie agresywnie, ale następuje równowaga sił między nimi (Olweus 1998; Olweus 2013).

Wyniki badań HBSC dotyczące przemocy w szkole wskazują, że uczestnictwo w przemocy rówieśniczej wiąże się z wieloma obszarami zdrowia i rozwoju psychospołecznego młodzieży. Uczestnictwo w zastraszaniu wiąże się z obniżeniem poziomu zadowolenia z życia (Arnarsson i Bjarnason 2018), dobrego samopoczucia psychicznego (Cosma i in. 2017). Analizowane są także czynniki chroniące przeciwko zastraszaniu. Jednym z ważniejszych czynników chroniących jest wsparcie społeczne ze strony kolegów z klasy, które pełni rolę mediatora między przemocą rówieśniczą a depresją (Du i in. 2018). Stwierdzono, że wsparcie z innych źródeł, przede wszystkim ze strony nauczycieli istotnie zmniejsza ryzyko narażenia na zastraszanie (Šmigelskas i in. 2018). Ponadto wykazano, że dobrze funkcjonujące środowisko lokalne zmniejsza ryzyko uczestnictwa w zastraszaniu (Mazur i in. 2017).

Pytania i wskaźniki

Celem tej analizy jest ocena stosowania i doświadczania interpersonalnej przemocy rówieśniczej (bullyingu) wśród badanych nastolatków z uwzględnieniem ich wieku i płci.

W kwestionariuszu polskich badań HBSC zrealizowanych w roku szkolnym 2017/18 do oceny tej formy przemocy we wszystkich grupach wiekowych zastosowano po jednym obowiązkowym pytaniu z międzynarodowego protokołu. Protokół ten zawierał po jednym pytaniu na temat przejawiania oraz doświadczania przemocy przez badaną młodzież. Pytania te skonstruowano na podstawie pytań pochodzących z kwestionariusza Olweus Bully/Victim (Olweus 1996). W kwestionariuszu używanym w badaniach w roku 2017/18 w wyniku dyskusji i adaptacji tłumaczenia z języka angielskiego, słowo „dręczenie” stosowane w pytaniach na temat bullyingu w kwestionariuszu w roku 2013/14 zastąpiono terminem „zastraszanie”.

Pytania na temat szkolnej przemocy rówieśniczej były poprzedzone krótkim wstępem opisującym to zjawisko i sformułowane było w następujący sposób.

Następne pytania dotyczą zastraszania (przemocy, krzywdzenia) przez innych ludzi. Zastraszanie polega na tym, że inna osoba lub grupa ludzi mówi lub czyni innym bardzo przykre, dokuczliwe rzeczy. Zastraszaniem jest także celowe żartowanie z innej osoby w sposób, którego ona nie lubi. Prześladowca jest silniejszy od osoby prześladowanej i chce jej zaszkodzić. Uważamy, że nie jest zastraszaniem sytuacja, w której dwie osoby, o podobnej sile, kłócą się lub biją.

Pytanie na temat bullyingu brzmiało w następujący sposób:

Jak często Ty uczestniczyłeś w zastraszaniu innej osoby (osób) w szkole w ostatnich dwóch miesiącach? Respondent miał do wyboru następujące kategorie odpowiedzi: nie uczestniczyłem w zastraszaniu innych osób w szkole w ostatnich 2 miesiącach; zdarzyło się to 1 lub 2 razy; 2 lub 3 razy w miesiącu; przeciętnie 1 raz w tygodniu; kilka razy w tygodniu.

Pytanie to było jasne i zrozumiałe dla badanych uczniów. Liczba braków danych była niewielka i wyniosła 0,91%.

Do oceny doświadczania bullyingu (wiktyimizacji) we wszystkich grupach wiekowych postawiono jedno obowiązkowe pytanie z międzynarodowego protokołu i brzmiało ono w następujący sposób:

Jak często byłeś zastraszany w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?

Badani wybierali spośród następujących odpowiedzi: *nie byłem zastraszany w szkole w ostatnich 2 miesiącach; zdarzyło się to 1 lub 2 razy; 2 lub 3 razy w miesiącu; przeciętnie 1 raz w tygodniu; kilka razy w tygodniu.*

Pytanie to było jasne i zrozumiałe dla badanych uczniów. Liczba braków danych była niewielka i wyniosła 0,89%.

Ważniejsze wyniki

Uczestniczenie w bullyingu

Do oceny i interpretacji uzyskanych wyników, zaleca się stosować wskaźniki dychotomiczne. Przykładowe wskaźniki to odsetek uczniów, którzy wcale nie uczestniczyli w przemocy wobec innych i tych, którzy uczestniczyli przynajmniej jeden raz. Alternatywny wskaźnik dotyczy „częstego uczestniczenia w bullyingu”, czyli przypadków, gdy uczniowie zaznaczyli, że przynajmniej 2 lub 3 razy w miesiącu uczestniczyli w szkolnej przemocy w ostatnich 2 miesiącach.

W tabeli 68 przedstawiono odsetek uczniów, którzy uczestniczyli w zastraszaniu innych rówieśników w szkole, z uwzględnieniem grupy wiekowej i płci badanych uczniów.

Tabela 68. Zastraszanie innych w ciągu ostatnich 2 miesięcy według płci i wieku

Grupa wieku				Zastraszanie innych w szkole w ostatnich dwóch miesiącach				
				wcale	1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
11 lat	Płeć	Chł.	N	603	206	32	8	18
			%	69,6%	23,8%	3,7%	0,9%	2,1%
	Dz.	N	680	103	23	12	10	
		%	82,1%	12,4%	2,8%	1,4%	1,2%	
Ogółem		N	1283	309	55	20	28	
		%	75,7%	18,2%	3,2%	1,2%	1,7%	
13 lat	Płeć	Chł.	N	526	226	48	12	17
			%	63,4%	27,3%	5,8%	1,4%	2,1%
	Dz.	N	659	168	25	16	15	
		%	74,6%	19,0%	2,8%	1,8%	1,7%	
Ogółem		N	1185	394	73	28	32	
		%	69,2%	23,0%	4,3%	1,6%	1,9%	
15 lat	Płeć	Chł.	N	573	190	45	16	24
			%	67,6%	22,4%	5,3%	1,9%	2,8%
	Dz.	N	720	155	20	15	13	
		%	78,0%	16,8%	2,2%	1,6%	1,4%	
Ogółem		N	1293	345	65	31	37	
		%	73,0%	19,5%	3,7%	1,8%	2,1%	
	Płeć	Chł.	N	1702	622	125	36	59
			%	66,9%	24,4%	4,9%	1,4%	2,3%
	Dz.	N	2059	426	68	43	38	
		%	78,2%	16,2%	2,6%	1,6%	1,4%	
Ogółem		N	3761	1048	193	79	97	
		%	72,6%	20,2%	3,7%	1,5%	1,9%	

Płeć: chi-kw.=90,61; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=20,70; df=8; p=0,008

Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na statystyczne różnice w zależności od płci oraz na niewielkie, ale już istotne statystycznie różnice między grupami wiekowymi, szczególnie między 11 i 13 – latkami. Przynajmniej 1 raz w ostatnich 2 miesiącach uczestniczyło w przemocy szkolnej 27,4% badanych nastolatków. Chłopcy częściej niż dziewczęta stosowali przemoc wobec swoich rówieśników (33,1% vs 21,8%). Również więcej chłopców niż dziewcząt odpowiedziało, że przynajmniej 2 razy w miesiącu stosowało agresję wobec innych, i było to 8,6% chłopców i 5,6% dziewcząt. Można zaobserwować wzrost częstości przejawiania agresji wraz z wiekiem. Uczniowie w wieku 11 lat rzadziej uczestniczyli w bullyingu (24,3%) niż 13-latki (30,8 %) i 15-latki (27%).

Doświadczanie bullyingu

W tabeli 69 przedstawiono odsetek uczniów, którzy doświadczyli przemocy, z uwzględnieniem grupy wiekowej i płci badanych uczniów.

Tabela 69. Bycie zastraszonym w szkole w ciągu ostatnich 2 miesięcy według płci i wieku

Grupa wieku				Byłem zastraszony w szkole w ostatnich dwóch miesiącach				
				wcale	1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
11 lat	Płeć	Chł.	N	558	204	51	19	36
			%	64,3%	23,5%	5,9%	2,2%	4,1%
	Dz.	N	639	140	24	13	11	
		%	77,3%	16,9%	2,9%	1,6%	1,3%	
Ogółem		N	1197	344	75	32	47	
		%	70,6%	20,3%	4,4%	1,9%	2,8%	
13 lat	Płeć	Chł.	N	610	143	43	18	16
			%	73,5%	17,2%	5,2%	2,2%	1,9%
	Dz.	N	699	126	30	12	15	
		%	79,3%	14,3%	3,4%	1,4%	1,7%	
Ogółem		N	1309	269	73	30	31	
		%	76,5%	15,7%	4,3%	1,8%	1,8%	
15 lat	Płeć	Chł.	N	675	114	21	16	22
			%	79,6%	13,4%	2,5%	1,9%	2,6%
	Dz.	N	780	102	16	10	16	
		%	84,4%	11,0%	1,7%	1,1%	1,7%	
Ogółem		N	1455	216	37	26	38	
		%	82,1%	12,2%	2,1%	1,5%	2,1%	

Grupa wieku				Byłem zastraszony w szkole w ostatnich dwóch miesiącach				
				wcale	1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
Og.	Płeć	Chł.	N	1843	461	115	53	74
			%	72,4%	18,1%	4,5%	2,1%	2,9%
		Dz.	N	2118	368	70	35	42
			%	80,4%	14,0%	2,7%	1,3%	1,6%
	Ogółem		N	3961	829	185	88	116
			%	76,5%	16,0%	3,6%	1,7%	2,2%

Płeć: chi-kw.=51,29; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=71,90; df=8; p<0,001

Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na istotne statystycznie różnice w zależności od płci i wieku badanych uczniów. Przynajmniej 1 raz w ostatnich 2 miesiącach przemocy doznało 23,5% badanych nastolatków. Więcej chłopców niż dziewcząt odpowiedziało, że przynajmniej 1 raz rówieśnicy stosowali wobec nich przemoc – było to 27,6% chłopców oraz 19,6% dziewcząt. Widać wyraźny spadek tego zjawiska wraz z wiekiem. Wśród badanych 11-latków (29,4%) najczęściej doświadczały rówieśniczej przemocy w szkole. Wśród 13-latków przynajmniej 1 raz było zastraszanych 23,5% uczniów, a w grupie 15-latków 17,9%.

Podsumowanie

Odpowiedzi uzyskane od młodzieży w zakresie wskaźników dotyczących przemocy w szkole prowadzą do następujących wniosków:

- prawie co trzeci badany nastolatek uczestniczył (27,4%), a prawie co czwarty (23,5%) doświadczył rówieśniczej przemocy w szkole przynajmniej 1 raz w ostatnich dwóch miesiącach;
- w zastraszaniu rówieśników częściej udział biorą chłopcy niż dziewczęta. Przynajmniej 1 raz wśród chłopców 33,1% stosowało przemoc wobec innych rówieśników w szkole, a wśród dziewcząt 21,8%);
- nie zaobserwowano trendu w występowaniu bullingu ze względu na wiek. Najczęściej w bullingu uczestniczyli uczniowie w wielu 13-lat (30,8%), w porównaniu z 15-latkami (27%) i 11-latkami (24,3%);
- chłopcy częściej niż dziewczęta doświadczały bullingu w szkole (27,6% vs 19,6%);
- wraz z wiekiem zaobserwowano spadek wiktylizacji u badanej młodzieży; u 11-latków osób krzywdzonych było 29,4%, u 13-latków 23,5%, a u 15-latków 17,9%;
- w porównaniu z wynikami polskich badań HBSC z 2014 roku nastąpił spadek uczestniczenia w szkolnej przemocy rówieśniczej w roku 2018 (31,3% vs 27,4%).

Wskaźniki te należy porównywać z ostrożnością, gdyż pytanie dotyczące bullingu zostało zmienione;

- w porównaniu z wynikami polskich badań HBSC z 2014 roku nastąpił spadek doświadczenia szkolnej przemocy rówieśniczej w 2018 roku (30,3% vs 23,5%). Wskaźniki te należy porównywać z ostrożnością, gdyż pytanie dotyczące wiktylizacji zostało zmienione.

Piśmiennictwo

- Arnarsson A, Bjarnason T. (2018). The problem with low-prevalence of bullying. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15:1535.
- Cosma A, Whitehead R, Neville F, i in. (2017). Trends in bullying victimization in Scottish adolescents 1994-2014: changing associations with mental well-being. *International Journal of Public Health*, 62: 639-46.
- Du Ch, DeGuisto K, Albright J, i in. (2018). Peer support as a mediator between bullying victimization and depression. *International Journal of Psychological Studies*, 10(1): 59-68.
- Mazur J, Tabak I, Zawadzka D. (2017). Determinants of bullying at school depending on the type of community: ecological analysis of secondary schools in Poland. *School Mental Health* 9:132-42.
- Olweus D. (1996). *The Revised Olweus Bullying Questionnaire* [Mimeo]. Bergen, Norway: Research Center for Health Promotion (HEMIL); University of Bergen, N-5015 Bergen, Norway –S30.
- Olweus D. (1998). *Mobbing – fala przemocy w szkołach. Jak ją powstrzymać?* Warszawa: Jacek Santorski&CO.
- Olweus D. (2013). School bullying: development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9: 751–80.
- Richardson D, Chii Fen Hiu (2018). *Developing a Global Indicator on Bullying of School-aged Children* UNICEF Office of Research | Innocenti Working Paper WP-2018-11.
- Sethi D, Hughes K, Bellis M, i in. (2010). *European report on preventing violence and knife crime among young people* Regional Office for Europe World Health Organization.
- Šmigelskas K, Vaičiūnas T, Lukoševičiūtė J, i in. (2018). Sufficient social support as a possible preventive factor against fighting and bullying in school children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15:870.

Cyberprzemoc

Wstęp

Cyberprzemoc, tak jak przemoc „tradycyjna”, jest narastającym problemem w zdrowiu publicznym, wiążąc się z wieloma negatywnymi skutkami rozwojowymi. Szczególnie zwraca się uwagę na konsekwencje dla zdrowia psychicznego i rozwoju moralnego dzieci i młodzieży szkolnej, a także późniejsze konsekwencje utrzymujące się w wieku dorosłym. Zarówno doświadczenie, stosowanie czy obserwowanie cyberprzemocy może prowadzić do podwyższonego poziomu agresji i stosowania przemocy oraz popełniania przestępstw w późniejszym wieku (David-Ferdon i Hertz 2007).

Cyberprzemoc jest opisywana jako inna forma „tradycyjnej” przemocy interpersonalnej zachodząca w cyberprzestrzeni. W ostatniej dekadzie obserwuje się wzrost występowania tego zjawiska w postaci cyberbullyingu także wśród nastolatków (Wang i in. 2009). Cyberbullying⁴ jest określany jako intencjonalne agresywne zachowania mające na celu skrzywdzenie innej osoby lub wielu osób, z wykorzystaniem elektronicznych środków przekazu, komputera, telefonu komórkowego lub innego elektronicznego sprzętu i jest spostrzegane przez ofiarę lub ofiary jako działanie krzywdzące i szkodliwe (David-Ferdon i Hertz 2007; Schoffstall i Cohen 2011). Cyberprzemoc obejmuje między innymi działania takie jak molestowanie, upokarzanie, zawstydzanie, obrażanie innej osoby, innych osób. Mimo, że cyberprzemoc ma wiele wspólnych cech z przemocą „tradycyjną”, to istnieją istotne różnice w jej charakterystyce, które mogą wpłynąć na doświadczany przez ofiarę stopień i intensywność krzywdy. Nie ma geograficznych ani fizycznych granic, rozprzestrzenia się poza obszar szkoły, podwórka i często jest doświadczana samotnie w domu, w pokoju nastolatka. Najczęściej jest obserwowana przez dużo większą grupę niż w przypadku przemocy „tradycyjnej”, zachodzi w krótkim czasie, nie musi być powtarzana, sprawca lub sprawcy mogą pozostać anonimowi. Kontrola i monitorowanie przez dorosłych tego zjawiska w sieci jest w większym stopniu ograniczone. Niemożliwy jest bezpośredni feedback, reakcja „face to face” ze strony osoby krzywdzonej, ograniczony jest czas jak i przestrzeń interakcji.

W odróżnieniu od „tradycyjnego” bullyingu, biorąc pod uwagę naturę Internetu oraz możliwości technologiczne, cyberbullying nie musi wiązać się z powtarzaniem krzywdzących działań, ponieważ niektóre treści są na stałe umieszczane w sieci (Slonje i Smith, 2008; Smith, 2012).

Badania prowadzone wśród nastolatków podkreślają, że cyberwiktymizacja jest związana z gorszą jakością życia, niskim zadowoleniem z życia, niską samooceną, dolegliwościami psychosomatycznymi oraz zaburzeniami w zdrowiu psychicznym w zdrowiu psychicznym, włączając myśli i próby samobójcze. Uczniowie doświadczający cyberprzemocy są w grupie wysokiego ryzyka stosowania substancji psychoaktywnych i przejawiania innych zachowań problemowych, trudności w nauce i funkcjonowaniu społecznym (Callaghan i in. 2014; Sinclair i in. 2012; Vieno i in. 2015). Często osoby doświadczające cyberbullyingu również doświadczają „tradycyjnej” przemocy ze strony innych rówieśników lub też są sprawcami przemocy (Kowalski i Limber 2007; Pyżalski 2012).

Pytania i wskaźniki

Celem poniższej analizy jest ocena przejawiania i doświadczania cyberbullyingu wśród badanych nastolatków z uwzględnieniem wieku i płci.

W kwestionariuszu polskich badań HBSC zrealizowanych w roku szkolnym 2017/18 do oceny cyberprzemocy we wszystkich grupach wiekowych zastosowano po jednym obowiązkowym pytaniu z międzynarodowego protokołu. Protokół ten zawierał pytania na temat przejawiania oraz doświadczania cyberbullyingu przez badaną młodzież. Pytania te skonstruowano na podstawie pytań pochodzących z kwestionariusza Olweus Bully/Victim (Olweus 1996). Walidacja pytań pochodzących z kwestionariusza D. Olweus’a pokazała że mają one podobne determinanty oraz efekty i na tej podstawie skonstruowano po jednym pytaniem dotyczącym doświadczania i przejawiania cyberbullyingu wśród badanych nastolatków.

Pytanie na temat przejawiania cyberprzemocy brzmiało w następujący sposób: *Jak często w ciągu ostatnich dwóch miesięcy brałeś udział w cyberprzemocy (np. czatowałeś z kimś w obraźliwy sposób, wysyłałeś wiadomości mailowe, SMS, wstawiałeś posty, tworzyłeś strony internetowe wyśmiewające kogoś, tworzyłeś ośmieszające kogoś lub niestosowne zdjęcia bez pozwolenia osoby oraz zamieszczałeś je w sieci lub rozsyłałeś je do innych)?*

Kategorie odpowiedzi były następujące: *nie uczestniczyłem w ten sposób w cyberprzemocy wobec innych osób w ciągu ostatnich 2 miesięcy; zdarzyło się to 1 lub 2 razy; 2 lub 3 razy w miesiącu; przeciętnie 1 raz w tygodniu; kilka razy w tygodniu.*

Do oceny doświadczania cyberbullyingu we wszystkich grupach wiekowych postawiono jedno obowiązkowe pytanie z międzynarodowego protokołu. Brzmiało ono w następujący sposób:

Jak często w ciągu ostatnich dwóch miesięcy ktoś stosował wobec Ciebie cyberprzemoc (np. czatował z Tobą w obraźliwy sposób, wysyłał wiadomości mailowe, SMS, wstawiał posty, tworzył strony internetowe wyśmiewające ciebie, tworzył ośmieszające ciebie lub niestosowne zdjęcia bez twojego pozwolenia oraz zamieszczał w sieci lub rozsyłał je do innych)?

Kategorie odpowiedzi były takie same, jak w poprzednim pytaniu.

Oba pytania były jasne i zrozumiałe dla badanych uczniów. Liczba braków danych była niewielka i wynosiła w obu przypadkach 0,8%.

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

Udział w cyberprzemocy

Interpretując uzyskane wyniki, zaleca się definiować wskaźniki dychotomiczne. Przykładowe wskaźniki to odsetek uczniów, którzy nie uczestniczyli w cyberprzemocy wobec innych i tych, którzy uczestniczyli przynajmniej jeden raz. Alternatywny wskaźnik dotyczy „częstego uczestniczenia w cyberbullyingu”, czyli przypadków, gdy uczniowie zaznaczyli, że przynajmniej 2 lub 3 razy w miesiącu uczestniczyli w cyberprzemocy w ostatnich 2 miesiącach.

Tabela 70. Uczestnictwo w cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy według płci i wieku

Grupa wieku			Uczestnictwo w cyberprzemocy				
			wcale	1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
11 lat	Płeć	Chł.	N 745	92	14	4	11
		%	86,0%	10,6%	1,6%	0,5%	1,3%
	Dz.	N 745	60	12	4	3	
		%	90,4%	7,3%	1,5%	0,5%	0,4%
Ogółem		N 1490	152	26	8	14	
		%	88,2%	9,0%	1,5%	0,5%	0,8%
13 lat	Płeć	Chł.	N 683	102	28	10	12
		%	81,8%	12,2%	3,4%	1,2%	1,4%
	Dz.	N 746	107	15	9	7	
		%	84,4%	12,1%	1,7%	1,0%	0,8%
Ogółem		N 1429	209	43	19	19	
		%	83,1%	12,2%	2,5%	1,1%	1,1%
15 lat	Płeć	Chł.	N 646	107	29	20	46
		%	76,2%	12,6%	3,4%	2,4%	5,4%
	Dz.	N 777	104	26	11	8	
		%	83,9%	11,2%	2,8%	1,2%	0,9%
Ogółem		N 1423	211	55	31	54	
		%	80,2%	11,9%	3,1%	1,7%	3,0%
Ogółem	Płeć	Chł.	N 2074	301	71	34	69
		%	81,4%	11,8%	2,8%	1,3%	2,7%
	Dz.	N 2268	271	53	24	18	
		%	86,1%	10,3%	2,0%	0,9%	0,7%
Ogółem		N 4342	572	124	58	87	
		%	83,8%	11,0%	2,4%	1,1%	1,7%

Płeć: chi-kw.=42,47; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=68,05; df=8; p<0,001

W Tabeli 70 przedstawiono odsetek uczniów, którzy uczestniczyli w cyberbullyingu, z uwzględnieniem grupy wieku i płci badanych uczniów.

Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na istotne statystycznie różnice w zależności od płci oraz wieku. Przynajmniej 1-2 razy w ostatnich 2 miesiącach w cyberprzemocy brało udział 16,2% badanych nastolatków. Chłopcy częściej niż dziewczęta stosowali cyberprzemoc wobec swoich rówieśników (18,6% vs 14%). Więcej chłopców niż dziewcząt odpowiedziało, że robi to kilka razy w tygodniu i było to 2,7% chłopców i 0,7% dziewcząt. Można zaobserwować wzrost częstości tego zachowania wraz z wiekiem. Nastolatki w wieku 15 lat częściej uczestniczyły w cyberbullyingu (19,8%) w porównaniu z 11-latkami (11,8%), a 3% 15-latków i 0,8% 11-latków odpowiedziało, że brało udział w cyberprzemocy aż kilka razy w tygodniu.

Doświadczenie cyberprzemocy

W Tabeli 71 przedstawiono odsetek uczniów, którzy doświadczyli cyberprzemocy, z uwzględnieniem grupy wieku i płci badanych uczniów.

Tabela 71. Doświadczenie cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy według płci i wieku

Grupa wieku			Doświadczenie cyberprzemocy				
			wcale	1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
11 lat	Płeć	Chł.	N 716	102	27	6	15
		%	82,7%	11,8%	3,1%	0,7%	1,7%
	Dz.	N 684	104	19	9	9	
		%	82,9%	12,6%	2,3%	1,1%	1,1%
Ogółem		N 1400	206	46	15	24	
		%	82,8%	12,2%	2,7%	0,9%	1,4%
13 lat	Płeć	Chł.	N 687	101	26	9	15
		%	82,0%	12,1%	3,1%	1,1%	1,8%
	Dz.	N 706	123	33	8	14	
		%	79,9%	13,9%	3,7%	0,9%	1,6%
Ogółem		N 1393	224	59	17	29	
		%	80,9%	13,0%	3,4%	1,0%	1,7%
15 lat	Płeć	Chł.	N 679	82	30	22	33
		%	80,3%	9,7%	3,5%	2,6%	3,9%
	Dz.	N 745	126	33	12	10	
		%	80,5%	13,6%	3,6%	1,3%	1,1%
Ogółem		N 1424	208	63	34	43	
		%	80,4%	11,7%	3,6%	1,9%	2,4%
Ogółem	Płeć	Chł.	N 2082	285	83	37	63
		%	81,6%	11,2%	3,3%	1,5%	2,5%
	Dz.	N 2135	353	85	29	33	
		%	81,0%	13,4%	3,2%	1,1%	1,3%
Ogółem		N 4217	638	168	66	96	
		%	81,3%	12,3%	3,2%	1,3%	1,9%

Płeć: chi-kw.=17,21; df=4; p=0,002; Grupa wieku: chi-kw.=18,02; df=8; p=0,021

Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na niewielkie, ale już istotne statystycznie różnice w zależności od płci i wieku. Przynajmniej 1-2 razy w ostatnich 2 miesiącach cyberprzemocy doznało 18,7% badanych nastolatków. Więcej dziewcząt niż chłopców odpowiedziało, że ktoś wobec nich 1 lub 2 razy stosował cyberprzemoc, i było to 13,5% dziewcząt oraz 11,2% chłopców. Widać również wzrost tego zjawiska wraz z wiekiem. Nastolatki w wieku 15-lat odpowiadały częściej niż 11-latki, że wobec nich stosowano cyberprzemoc (odpowiednio 19,6% i 17,2%).

Należy zwrócić uwagę, że więcej badanej młodzieży odpowiedziało, że była krzywdzona w cyberprzestrzeni ze strony swoich rówieśników (18,7%) niż tej, która przyznała się do stosowania rówieśniczej cyberprzemocy (16,2%). Prawdopodobnie może to być związane ze zjawiskiem ukrywania przyznawania się do zachowań przemocowych ze względu na świadomość łamania norm kulturowo-społecznych (Pyżalski, 2009).

Podsumowanie

- Co piąty badany nastolatek uczestniczył (16,2%), a co szósty (18,7%) doświadczył cyberprzemocy przynajmniej 1 raz w ostatnich dwóch miesiącach.
- W cyberprzemocy częściej udział biorą chłopcy niż dziewczęta, jest ona częstsza w starszych wiekowo grupach. Chłopcy częściej niż dziewczęta odpowiadali, że kilka razy w tygodniu stosowani cyberprzemoc wobec innych (2,7% vs 0,7%).
- Doświadczenie cyberbullyingu było podobne u chłopców jak i u dziewcząt oraz częściej występowało u starszych nastolatków. Dziewczęta częściej niż chłopcy odpowiadały, że 1 lub 2 razy doświadczały cyberbullyingu w ostatnich dwóch miesiącach (13,5% vs 11,2%).
- W porównaniu z wynikami polskich badań HBSC z 2014 roku wskaźnik doświadczenia cyberprzemocy nie różnił się ze wskaźnikiem doświadczenia cyberprzemocy w roku 2018. Należy jednak wziąć pod uwagę, że pytanie dotyczące cyberwiktyimizacji zostało zmienione. Udział w cyberprzemocy nie było uwzględniony w badaniach w 2014 roku.

Piśmiennictwo

- Callaghan M, Kelly C, Molcho M. (2014). Exploring traditional and cyberbullying among Irish adolescents. *Int J Public Health*, 60 (2):199–206.
- David-Ferdon C, Hertz ME, (2007). Electronic Media, Violence, and Adolescents: An Emerging Public Health Problem. *Journal of Adolescent Health*, 41:S1–S5.
- Kowalski R, Limber S. (2007). Electronic Bullying Among Middle School Students. *Journal of Adolescent Health*, 41:S22.
- Olweus D. (1996). The Revised Olweus Bullying Questionnaire [Mimeo]. Bergen, Norway: Research Center for Health Promotion (HEMIL): University of Bergen, N-5015 Bergen, Norway–S30.
- Pyżalski J. (2009). Agresja elektroniczna dzieci i młodzieży – różne wymiary zjawiska. Łódź: Wyższa Szkoła Pedagogiczna.

- Pyżalski J. (2012). Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Schoffstall C, Cohen R. (2011). Cyber Aggression: The Relation between Online Offenders and Offline Social Competence. *Social Development*, 20(3):587–604.
- Sinclair K, Bauman S, Poteat V, i in. (2012). Cyber and Bias-based Harassment: Associations With Academic, Substance Use, and Mental Health Problems. *Journal of Adolescent Health*, 50(5): 521–23.
- Slonje R, Smith P. (2008). Cyberbullying: another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2):147–54.
- Smith P. (2012). Cyberbullying: challenges and opportunities for a research program—a response to Olweus (2012). *European Journal of Developmental Psychology*, 9(5):553–58.
- Vieno A, Gini G, Lenzi M, i in. (2015). Cybervictimization and somatic and psychological symptoms among Italian middle school students. *European Journal of Public Health*, 25(3): 433–37.
- Wang J, Iannotti R, Nansel T. (2009). School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health*, 45(4):368–75.

Uczestniczenie w bójkach

Wstęp

Przemoc rówieśnicza wśród młodzieży jest poważnym problemem w Polsce, jak i w większości innych krajów wysoko rozwiniętych Europy i Ameryki Północnej. Bójki są jedną z najczęstszych form takiej przemocy, szczególnie wśród młodszych nastolatków (Krug i in. 2002).

Bójki i ich skutki są łatwe do zaobserwowania, ich uczestnicy często wymagają pomocy medycznej. Stąd udział w bójkach jest przyjmowany jako wiarygodny wskaźnik zespołu zachowań problemowych nastolatków (Sosin i in. 1995; Kodjo i in. 2004). Jest uznany jako ważny wskaźnik w ocenie innych zachowań związanych z przemocą rówieśniczą oraz w szacowaniu ryzyka poważnych urazów wśród młodzieży szkolnej (Pickett i in. 2005; Djerboua i in. 2016).

Bójki jako zachowania agresywne, szkodliwe dla zdrowia są jednym z elementów tzw. zespołu zachowań problemowych wyróżnionego w teorii zachowań problemowych Richarda Jessor i Shirley Jessor, która została potwierdzona wynikami wielu badań (Jessor i Jessor 1980). Jako zachowanie problemowe współwystępuje z innymi zachowaniami ryzyka, najczęściej z piciem alkoholu, upijaniem się oraz stosowaniem innych substancji psychoaktywnych (Brenner i in. 1999; Kann i in. 2000; Molcho i in. 2004; Bobrowski, 2005).

Bicie się, noszenie broni, nadużywanie alkoholu, stosowanie substancji psychoaktywnych, palenie tytoniu, wagarowanie składają się na tak zwany zespół zachowań problemowych (*syndrome of multiple problem behaviours*), który charakteryzuje nastolatków z grupy wysokiego ryzyka. Są oni szczególnie narażeni na ryzyko hospitalizacji i zgonu, a także łamanie prawa i popełnianie przestępstw, najczęściej kradzież lub niszczenie cudzego mienia (Bobrowski 2005; Dąbrowska-Bąk i Pawełek 2014; Vieno i in. 2011).

Rozpowszechnienie bójek wśród młodzieży szkolnej oraz ich wybrane uwarunkowania psychospołeczne, behawioralne i społeczne z uwzględnieniem polskich danych przedstawiono w kilku publikacjach z poprzednich rund badań HBSC. Publikacje te potwierdzają związek tych agresywnych zachowań z piciem alkoholu i upijaniem się. Ponadto wskazują na uwarunkowania psychologiczne oraz zwiększone narażenie młodzieży na urazy wymagające pomocy medycznej, w tym poważne obrażenia leczone w szpitalu (Mazur i in. 2005; Pickett i in. 2005).

Biorąc pod uwagę współwystępowanie agresji z innymi zachowaniami problemowymi młodzieży szkolnej rekomenduje się, aby programy profilaktyczne i wychowawcze obejmowały nie tylko przeciwdziałanie przemocy, ale również prewencję innych zachowań ryzyka. Oprócz działań uniwersalnych obejmujących

całą społeczność szkolną, działania interwencyjne powinny być ukierunkowane na nastolatki, u których można zaobserwować zespół zachowań problemowych, które często uczestniczą w bójkach, noszą broń, wagarują, nadużywają alkoholu oraz stosują inne substancje psychoaktywne (David-Ferdon i in. 2016).

Podejście zdrowia publicznego skupia się nie tylko na ocenie skali rozpowszechnienia problemu, ale przede wszystkim na identyfikowaniu i wyjaśnianiu przyczyn oraz skutków tych agresywnych, aby móc planować i wdrażać skuteczne strategie przeciwdziałania przemocy w szkole oraz poza szkolnym środowiskiem życia młodzieży (Strein i in. 2003).

Pytania i wskaźniki

Jednym z celów badań HBSC jest monitorowanie przemocy rówieśniczej wśród młodzieży szkolnej, uczestniczenie w bójkach, rozpowszechnienie tego zachowania z uwzględnieniem czynników socjo-demograficznych takich jak płeć i wiek, zamożność rodziny, okolica zamieszkania, klimat szkoły. W Polsce pytanie na temat bójek zostało zastosowane po raz pierwszy w 2002 roku jako pytanie obowiązkowe. Pytanie na temat częstości udziału w bójkach zostało dobrze uwiarygodnione i sprawdzone pod kątem rzetelności w amerykańskich badaniach sondażowych ryzykownych zachowań młodzieży (*US Youth Risk Behavior Survey – YRBS*) (Kann i in. 2000).

W kwestionariuszu polskich badań HBSC zrealizowanych w roku szkolnym 2017/18 do oceny uczestniczenia w bójkach zastosowano we wszystkich grupach wiekowych jedno obowiązkowe pytanie z międzynarodowego protokołu. Brzmiało ono w następujący sposób: *Ile razy w ostatnich 12 miesiącach uczestniczyłeś w bójce?, z kategoriami odpowiedzi: nie uczestniczyłem w bójce w ostatnich 12 miesiącach; 1 raz; 2 razy; 3 razy; 4 lub więcej*. Pytanie to było jasne i zrozumiałe dla badanych uczniów. Liczba braków danych w odpowiedziach wyniosła 1%.

Analizując odpowiedzi i interpretując uzyskane wyniki zaleca się definiować wskaźniki dychotomiczne. Uczestniczenie w bójkach jest oceniane na podstawie wielkości odsetka uczniów, którzy **kiedykolwiek** (przynajmniej 1 raz) lub którzy **często** (przynajmniej 3 razy) uczestniczyli w bójkach w ostatnich 12 miesiącach. Grupą wysokiego ryzyka są te nastolatki, które często, przynajmniej 3 razy, uczestniczyły w bójkach (Walsh i in. 2013).

Ważniejsze wyniki

Tabela 72 przedstawia dokładny rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie, z uwzględnieniem grupy wieku i płci badanych uczniów. Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na istotne statystycznie różnice zależne od płci, a także istotne różnice między grupami wiekowymi.

Tabela 72. Uczestnictwo w bójkach w ostatnich 12 miesiącach według płci i wieku

Grupa wieku				Liczba bójek				
				wcale	1 raz	2 razy	3 razy	4 i więcej razy
11 lat	Płeć	Chł.	N	405	198	113	51	92
			%	47,1%	23,1%	13,2%	5,9%	10,7%
		Dz.	N	668	91	33	11	23
			%	80,9%	11,0%	4,0%	1,3%	2,8%
	Ogółem		N	1073	289	146	62	115
			%	63,7%	17,2%	8,7%	3,7%	6,8%
13 lat	Płeć	Chł.	N	378	188	117	74	79
			%	45,2%	22,5%	14,0%	8,9%	9,4%
		Dz.	N	709	95	41	16	23
			%	80,2%	10,7%	4,6%	1,8%	2,6%
	Ogółem		N	1087	283	158	90	102
			%	63,2%	16,5%	9,2%	5,2%	5,9%
15 lat	Płeć	Chł.	N	528	141	81	25	73
			%	62,3%	16,6%	9,6%	2,9%	8,6%
		Dz.	N	776	66	26	17	40
			%	83,9%	7,1%	2,8%	1,8%	4,3%
	Ogółem		N	1304	207	107	42	113
			%	73,5%	11,7%	6,0%	2,4%	6,4%
Ogółem	Płeć	Chł.	N	1311	527	311	150	244
			%	51,6%	20,7%	12,2%	5,9%	9,6%
		Dz.	N	2153	252	100	44	86
			%	81,7%	9,6%	3,8%	1,7%	3,3%
	Ogółem		N	3464	779	411	194	330
			%	66,9%	15,0%	7,9%	3,7%	6,4%

Płeć: chi-kw.=541,21; df=4; p<0,001; Grupa wieku: chi-kw.=71,26; df=8; p<0,001

Podsumowanie

- Wykazano, że 33% nastolatków, czyli co trzeci z badanych uczniów, w ostatnich 12 miesiącach przynajmniej 1 raz brał udział w bójce, a 10,1% uczestniczyło w niej przynajmniej 3 razy;
- Chłopcy dużo częściej się biją (48,4%) niż dziewczęta (18,4%). Ta różnica utrzymuje się również w przypadku częstego udziału w bójce (przynajmniej 3 razy), ale już nie jest taka duża i odpowiednio częstości wyniosły 15,5% u chłopców oraz 5% u dziewcząt;
- Zaobserwowano różnicę w uczestniczeniu w bójce między grupami wiekowymi na korzyść najstarszej grupy 15-latków. Odsetek 11 – i 13-latków biorących przynajmniej raz udział w bójce wyniósł odpowiednio 36,4% i 36,8%, a u 15-latków był dużo niższy i wyniósł 26,5%;

- W porównaniu z wynikami badań HBSC sprzed 4 lat udział badanych uczniów w bójce był na nieco wyższym poziomie (31,4% w 2014 roku). W dłuższej perspektywie czasowej (od 2002 roku) nie widać wyraźnego trendu w uczestniczeniu w bójkach wśród młodzieży szkolnej w Polsce.

Piśmiennictwo

- Bobrowski K. (2005). Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania problemowe młodzieży gimnazjalnej. *Alkoholizm i Narkomania*, 18 (1-2): 27–38.
- Brener N, Simon T, Krug E, i in. (1999). Recent trends in violence-related behaviors among high school students in the United States. *JAMA*, 4;282(5): 440–446.
- David-Ferdon C, Vivolo-Kantor A, Dahlberg L, i in. (2016). Comprehensive Technical Package for the Prevention of Youth Violence and Associated Risk Behaviors. Division of Violence Prevention National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, Georgia.
- Dąbrowska-Bąk M, Pawelek K. (2014). *Opresja w szkole*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Djeboua M, Chen B, Davison C. (2016). Physical fighting, fighting-related injuries and family affluence among Canadian youth. *BMC Public Health*, 29;16: 199.
- Jessor R, Jessor S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. *NIDA Research Monograph*, 30:102–9.
- Kann L, Kinchen S, Williams B, i in. (2000). Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999. *Journal of School Health*, 70(7): 271–85.
- Kodjo C, Auinger P, Ryan S. (2004). Prevalence of, and factors associated with, adolescent physical fighting while under the influence of alcohol or drugs. *Journal of Adolescent Health*, 35 (4): 346.e11–346.e16.
- Krug E, Mercy J, Dahlberg L, i in. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339):1083–88.
- Mazur J, Woynarowska B, Kołolo H i in. (2005). Przemoc wśród młodzieży w wieku 11-15 lat a nadużywanie alkoholu i wybrane uwarunkowania psychospołeczne. *Alkoholizm i Narkomania*, 18 (3): 9–23;
- Molcho M, Harel Y, Dina LO. (2004) Substance use and youth violence. A study among 6th to 10th grade Israeli school children. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 16(3): 239–51.
- Pickett W, Craig W, Harel-Fisch Y i in. (2005). Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury. *Pediatrics*, 116 (6), e855–63.
- Sosin D, Koepsell T, Rivara F, i in. (1995). Fighting as a marker for multiple problem behaviors in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 16(3): 209–15.
- Strein W, William S, Kimberly H, (2003). School psychology: a public health perspective. *Journal of School Psychology*, 41(1): 23–38.
- Vieno A, Gini G, Santinello M. (2011). Different forms of bullying and their association to smoking and drinking behavior in Italian adolescents. *Journal of School Health*, 81(7): 393–99.
- Walsh S, Molcho M, Craig W, i in. (2013). Physical and emotional health problems experienced by youth engaged in physical fighting and weapon carrying. *PLOS One*, 21; 8(2): e56403.

ZAKOŃCZENIE: Dalszy rozwój badań HBSC i wykorzystanie ich wyników

Poniższy rozdział końcowy traktujemy jako podsumowanie wyników zawartych w raporcie, ale też jako podsumowanie funkcjonowania badań HBSC w Polsce w ostatnich latach, w okresie realizacji bieżącego cyklu. Podejmowane działania obejmowały stałą współpracę z międzynarodową siecią naukowców, testowanie nowych narzędzi badawczych, przygotowanie do kolejnej rundy badań oraz publikowanie wcześniejszych wyników.

Przede wszystkim jednak, w roku szkolnym 2017/18 zorganizowana została kolejna runda międzynarodowych badań. Przystąpiło do nich 47 krajów członkowskich HBSC¹, w tym Polska. Przeprowadzenie badań HBSC w Polsce po raz ósmy pozwala na śledzenie trendów od 1990 roku. Łączna próba z 2018 roku obejmuje 7767 uczniów w wieku 11-18 lat, w czterech rocznikach szkolnych, w tym 1700 uczniów II klas szkół ponadpodstawowych zbadanych poza protokołem międzynarodowym. W prezentowanym raporcie ograniczono się do trzech typowych roczników HBSC (11, 13 i 15 lat) oraz tylko do przypadków zatwierdzonych w Międzynarodowym Banku Danych HBSC w Bergen (N=5225). Publikacja będzie więc korespondować z międzynarodowym raportem planowanym na początek 2020 roku.

Ostatnią rundę badań HBSC udało się przeprowadzić, podobnie jak w poprzednich latach, dzięki nieocenionemu wsparciu ze strony Instytutu Matki i Dziecka, w którym zlokalizowane było krajowe centrum koordynujące. Główną zewnętrzną instytucją wspierającą był Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego. Dzięki współpracy tych dwóch instytucji w czerwcu 2018 roku miało miejsce ważne wydarzenie – coroczne spotkanie sieci badawczej HBSC (*Full Member Meeting*), które odbyło się w Warszawie na terenie głównego kampusu uniwersyteckiego (budynek starej biblioteki BUW).

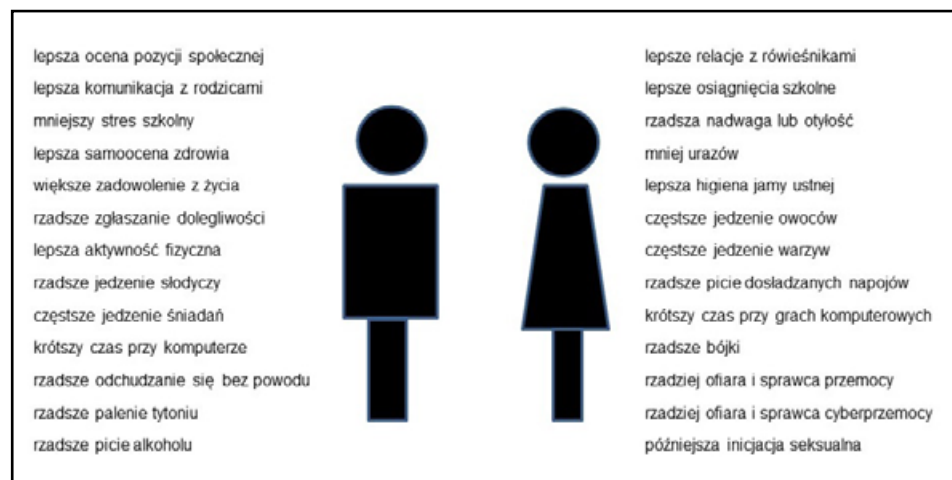
Prezentowana publikacja jest pierwszym z źródłowym dokumentem tej rundy krajowych badań HBSC, chociaż wcześniej poprzedzona była prezentacjami konferencyjnymi wycinkowych zagadnień i tymczasowych wyników. Raport zawiera podstawowe dane na temat metodologii badań i zasad ich organizacji. Wyniki prezentowane są w formie typowej dla wcześniejszych raportów technicznych, jako liczby bezwzględne i odsetki osobno dla obu płci i trzech grup wieku oraz na różnych poziomach agregacji.

Autorom poszczególnych rozdziałów oraz zespołowi redagującemu przyświecała idea jak najszybszego udostępnienia podstawowych wyników. Raport ukazuje się jeszcze

¹ Nie jest jeszcze znana liczba krajów, które wysłały na czas swoje wyniki i zostały zaakceptowane do międzynarodowej bazy danych.

w roku kalendarzowym prowadzenia badań oraz w cztery miesiące po zaakceptowaniu polskiej bazy danych. Kolejne raporty tematyczne, uwzględniające też rozszerzoną próbę² są już w trakcie realizacji. Jeszcze w tym roku na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki zakończone zostanie opracowanie zawierające najnowsze dane HBSC na temat aktywności fizycznej i sposobu spędzania wolnego czasu. Powinien też ukazać się w 2018 roku raport o zdrowiu dziewcząt Fundacji dla Zdrowia Kobiet zawierający rozdział o nadwadze i otyłości dziewcząt i czynnikach warunkujących, pisany już z wykorzystaniem nowych danych HBSC (Fijałkowska i Mazur, w druku). Na 2019 rok planowane jest opracowanie monograficzne dotyczące wpływu komunikacji przez media elektroniczne (EMC) na zdrowie i zachowania zdrowotne nastolatków oraz na ich relacje z otoczeniem. EMC stanowi wiodący wątek w tej rundzie badań HBSC i ze względu na planowaną publikację została pominięta w tym raporcie. Również na 2019 rok planowana jest uaktualniona analiza tendencji zmian najważniejszych wskaźników, które opierają się na niezmiennych pytaniach (Woynarowska i Mazur, 2012).

Prezentowany raport zawiera dane opisane w czterech działach i dziesięciu szczegółowych rozdziałach. Podsumowując uzyskane wyniki, warto zwrócić uwagę po pierwsze na zależności związane z płcią. Na rycinie 12 zestawiono mocne strony każdej płci. W większości przypadków wnioskowanie jest zgodne z wynikami poprzednich rund badań HBSC. Dziewczęta przede wszystkim dokonują lepszych wyborów żywieniowych (poza słodyczami) i są mniej narażone na nadwagę. Rzadziej też wykazują zachowania związane z przemocą. Chłopcy lepiej oceniają swoje zdrowie i zadowolenie z życia, wykazują lepszą aktywność fizyczną i mniejszą skłonność do korzystania z komputera (poza grami komputerowymi). Nie podejmują też nieuzasadnionych nadmiarem masy ciała prób odchudzania się.



Ryc. 12. Obszary, w których chłopcy i dziewczęta osiągają lepsze wyniki od przeciwnej płci

Tylko niewielka liczba wskaźników nie wykazywała istotnego związku z płcią ankietowanych. Był to na przykład stosunek do szkoły, postrzeganie wsparcia ze strony nauczycieli oraz doświadczanie cyberbullyingu. Chłopcy i dziewczęta z podobną częstością oglądają filmy i jedzą śniadania w dniach wolnych od szkoły.

Komentarza wymagają różnice w używaniu substancji psychoaktywnych. W poprzednich rundach badań HBSC, wielokrotnie wnioskowano o częstszym paleniu tytoniu, piciu alkoholu i upijaniu się chłopców. Różnice te stopniowo jednak zredukowały się. Obecnie nie ma różnic w częstości używania marihuany i upijania się. Chłopcy częściej niż dziewczęta deklarują abstynencję alkoholową i tytoniową. W grupie pijących alkohol i palących tytoń, jednak dziewczęta częściej robią to sporadycznie.

Wnioskowanie na temat zróżnicowania badanych wskaźników w grupach wieku jest bardziej jednoznaczne. Tylko częstość urazów nie wykazywała w świetle badań HBSC 2018 związku z wiekiem. W większości przypadków analizowane wskaźniki zdrowia, zachowań związanych ze zdrowiem i postrzegania środowiska wychowania i nauczania pogarszały się w kolejnych badanych rocznikach. Nie zawsze jednak była to systematyczna zmiana liniowa (np. stopniowe pogarszanie się). Uczniowie 11-letni przeważnie osiągają korzystniejsze poziomy wskaźników. Uczniowie 13-letni częściej niż w poprzedniej rundzie badań HBSC zbliżyli się do najstarszej grupy wieku. W środkowej grupie pojawia się bardzo silny stres szkolny i najgorsza spośród trzech analizowanych grup wieku ocena osiągnięć w nauce. Niepokoi też bardzo niska aktywność fizyczna 13-latków (najniższy poziom na tle trzech grup u chłopców), największe zaangażowanie czasowe w gry komputerowe i towarzyszące temu wysokie odsetki nadwagi. W nielicznych przypadkach wskaźniki poprawiały się w starszych grupach wieku. Dotyczyło to spadku odsetka młodzieży z nadmiarem masy ciała, częstszego mycia zębów oraz rzadszego uczestniczenia w bójkach. Starsza młodzież jest również rzadziej niż młodszą ofiarą przemocy rówieśniczej (będąc częściej jej sprawcą).

W dalszych opracowaniach należy poddać głębszej analizie związek samooceny zdrowia i zachowań zdrowotnych z płcią i wiekiem. Ważne są także tendencje zmian w grupach wieku, ze zwróceniem szczególnej uwagi na grupę 13-latków, która w roku ankietyzacji była pierwszym rocznikiem uczących się w VII klasie szkoły podstawowej po reformie edukacji.

Jak już sygnalizowano, kontynuacją tego raportu będzie opracowanie na temat tendencji zmian wskaźników objętych monitorowaniem w ramach badań HBSC. Do tej pory w prezentowanym raporcie zestawiono ogólne wskaźniki w dwóch okresach badań (2014 i 2018), nie testując istotności zmian. Już teraz niepokoić może znaczący spadek aktywności fizycznej nastolatków i towarzyszące temu zwiększenie się odsetka młodzieży z nadwagą. Niekorzystne trendy dotyczą też częstości odczuwania dolegliwości subiektywnych, szczególnie tych o podłożu psychicznym. W sferze relacji społecznych zauważono też wyraźne pogorszenie się jakości kontaktów z rówieśnikami. Z kolei za pozytywną zmianę należy uznać rzadsze sięganie przez młodzież po

² Pełna baza wysłana do Bergen oraz dodatkowa grupa wieku 17-latków.

substancje psychoaktywne, rzadsze podejmowanie wczesnych kontaktów seksualnych oraz poprawę wybranych zachowań żywieniowych. Według skali bezwzględnej zasobów materialnych rodziny znacząco poprawiły się warunki życia, mimo objęcia badaniami większej reprezentacji rejonów o niższym poziomie urbanizacji.

W raporcie pojawiło się kilka zagadnień nowych, jak bycie ofiarą przemocy w cyberprzestrzeni. Są też przykłady nowego ujęcia wcześniej opisywanych zagadnień. Na przykład po raz pierwszy w historii raportów z badań HBSC, omawiając wskaźniki rozwoju, dużo miejsca poświęcono też niedowadze i niskorosłości.

Warto podkreślić, że badania HBSC, stanowiące inicjatywę około 400 naukowców z 49 krajów, stale się zmieniają i rozwijają, co wynika ze zmiany stylu życia grupy docelowej. Wobec czego, rozwój tych badań musi być kompromisem między potrzebą śledzenia trendów, a dostosowywaniem się do nowych problemów i wyzwań. Pełniejszy obraz stanu zdrowia i stylu życia polskich nastolatków zostanie nakreślony po przeanalizowaniu odpowiedzi na pytania dodatkowe z polskiego kwestionariusza HBSC 2018. Szczególnie interesujące mogą być pogłębione analizy zdrowia psychicznego oraz kontynuacja badań nad społecznymi nierównościami w zdrowiu, w aspekcie różnic regionalnych. Włączenie do polskich badań HBSC 2018 wielu pakietów na temat zdrowia psychicznego było reakcją na utrzymującą się niekorzystną pozycję Polski w rankingach międzynarodowych dotyczących zadowolenia z życia. Planuje się więcej uwagi poświęcić analizom stresu w okresie adolescencji, w wymiarze ogólniejszym niż stres szkolny. Pozwoli to rozszerzyć nie tylko opracowania na temat problemów zdrowia psychicznego, ale też opracowania na temat rozwoju w adolescencji czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, będących przedmiotem szczególnego zainteresowania w Instytucie Matki i Dziecka.

Patrząc na model konceptualny badań nakreślony we wprowadzeniu do tej publikacji (ryc.1) i wykaz pakietów dodatkowych (tab.2), warto zwrócić uwagę na nowe obszary badań. Pojawia się tu dość spójny obszar badawczy związany z aktywnym uczestnictwem młodzieży w życiu społecznym. Analizując takie pakiety pytań, jak aktywne zaangażowanie, zdrowie duchowe czy kompetencje zdrowotne (oraz w perspektywie mając dane na ten temat z innych krajów) będzie można odpowiedzieć na pytanie, czy polskie nastolatki są świadome swojego wpływu na otoczenie. Pojawia się też szansa, że będzie można zbudować portret nowego pokolenia, które coraz częściej jest uznawane za różniące się od poprzednich. O ile do tej pory, większość opracowań można było umieścić w kręgu oznaczonym na rycinie 1 jako „zdrowie i skutki zdrowotne”, o tyle obecnie zgromadzone dane pozwolą wejść w centralny obszar poziomu indywidualnego, poza proste analizy według płci i wieku. Analizowane będą głównie (też w kontekście zdrowia) normy, wartości przekonania oraz procesy rozwojowe.

Redefiniowanie modelu konceptualnego HBSC wymaga pracy i dodatkowego wysiłku, podejmowanego przez badaczy w wielu krajów członkowskich tej sieci badawczej. Jest jednak warunkiem niezbędnym dla właściwej oceny funkcjonowania młodych osób, które urodziły się w XXI wieku. Włączanie nowych obszarów badawczych do protokołu HBSC wpisuje się w ekologiczną koncepcję rozwoju, według

której jednostka jest aktywnie zaangażowana we własne funkcjonowanie i doświadcza świadomego wpływu na innych, w swoim otoczeniu. Badania HBSC realizowane są m. in. dla młodzieży – uzyskane wyniki wspomagają strategie profilaktyczne na różnych poziomach życia społecznego – i przede wszystkim z młodzieżą. W ostatnich latach w sieci badawczej HBSC rozwija się obszar włączania młodzieży w działania podejmowane przez naukowców. Polska aktywnie uczestniczy w tych działaniach, co opisano szczegółowo poniżej w tym rozdziale. Informacje zwrotne uzyskiwane od młodych ludzi stanowią istotny wkład w badania, a ich poczucie, że są słuchani i ważni daje badaczom ogromną satysfakcję.

Polski zespół, wnosi duży wkład do prac sieci badawczej HBSC, uczestnicząc we wdrażaniu nowych obszarów badań, zgodnych z przedstawionym modelem. W ostatnich latach Polska uczestniczyła w realizacji szeregu badań poprzedzających włączenie nowych pakietów pytań. Wykazują one związek z nowym modelem badań opisanym w rozdziale wstępnym. Warto tu wspomnieć badania pilotażowe i krajową walidację:

- nowej skali zasobów materialnych rodziny FAS (*Family Affluence Scale*);
- skali komunikacji w rodzinie;
- skali motywów picia alkoholu (*drinking motives*);
- nowych narzędzi pomiaru aktywności fizycznej i zajęć sedentarnych;
- skali dotyczącej stereotypów związanych z płcią (*gender*);
- skali kompetencji zdrowotnych (*health literacy*);
- skali duchowości (*spirituality*).

Aktywność polskiego zespołu wyraża się też uczestnictwem w procesie tworzenia protokołów, raportów międzynarodowych i ukierunkowanych tematycznie artykułów³. Szczególnie rozwijane są przez polski zespół HBSC badania dotyczące nadwagi i otyłości (łącznie ze wspomnianymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego) przy zaangażowaniu zespołu badawczego z Instytutu Matki i Dziecka też spoza sieci HBSC oraz badania na temat:

- społecznych nierówności w zdrowiu w kontekście cech rodziny i sąsiedztwa oraz wdrażanie nowych skal, jak *health literacy* i *spirituality* (dr hab. Joanna Mazur);
- uwarunkowań i skutków zdrowotnych palenia tytoniu (dr hab. Anna Kowalewska);
- funkcjonowania uczniów z chorobami przewlekłymi w środowisku szkolnym (dr Agnieszka Małkowska-Szcutnik);
- uwarunkowań i skutków zdrowotnych przemocy rówieśniczej (dr Marta Malinowska-Cieślak);
- środowiskowych uwarunkowań aktywności fizycznej i motywów jej podejmowania (dr Hanna Nałęcz);
- zachowań żywieniowych i obrazu własnego ciała (mgr Anna Dzielska);
- związku aktywności fizycznej z subiektywną oceną zdrowia (mgr Dorota Kleszczewska).

³ Przykłady artykułów (niecytowanych bezpośrednio w tekście zakończenia) dotyczących wymienianych zagadnień znajdują się na końcu rozdziału, a w przypadku opracowań zagranicznych podkreślono nazwisko autora z polskiego zespołu HBSC.

Polski zespół HBSC uczestniczy w międzynarodowych inicjatywach o szerszym zasięgu realizowanych we współpracy z różnymi ośrodkami. Od lat zgłaszane są wystąpienia na cykliczne konferencje *Excellence in Pediatrics*, w których sieć badawcza HBSC jest oficjalnym partnerem. Ważnym wydarzeniem był też udział w opracowaniu dokumentów źródłowych (*background papers*) do wydanego w 2016r. raportu UNICEF p.t. *Równe szanse dla dzieci*, a na gruncie krajowym współpraca w ramach Projektu Predefiniowanego pn. *Ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu finansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego*.

Obecnie członkowie polskiego zespołu pełnią funkcje kierownicze w sieci: mgr Anna Dzielska współprzewodniczy grupie roboczej *Eating & Dieting* oraz jest zastępcą kierownika grupy doradczej *Youth Engagement Advisory Group*, dr Marta Malinowska-Cieślak jest współprzewodniczącą regionalnej grupy krajów Europy Środkowej (*Zone F*), wchodząc w związku z tym do komitetu koordynującego prace całej sieci (*ICC – International Coordinating Committee*). Krajowy koordynator dr hab. Joanna Mazur uczestniczyła w spotkaniach roboczych grupy zajmującej się nowym modelem badań (*Conceptual Review Group*).

Na szczególne wyróżnienie zasługuje wkład Polski do rozwoju nurtu aktywnego włączenia młodzieży do badań i wykorzystywania wyników. Aktywności w tym zakresie realizowane we współpracy z Fundacją Instytut Matki i Dziecka obejmowały:

- Debata *Eksperci pytają młodzież* (Pałac Prezydencki, czerwiec 2016);
- Debata o aktywności fizycznej (PGE Narodowy w Warszawie, wrzesień 2017);
- Wsparcie metodologiczne projektu *Improve the Youth* w ramach programu Erasmus Plus (2018 rok);
- Włączenie się do światowej inicjatywy *Teen Health Week* (18-24 marca 2018)⁴;
- Grę terenową z udziałem polskich uczniów i naukowców sieci HBSC w ramach *HBSC Full Member Meeting* (Warszawa, Łazienki Królewskie, czerwiec 2018);
- Konsultacje młodzieżowe raportu międzynarodowego z badań HBSC 2018/19 (październik 2018).

Badania HBSC dostarczają też standardów metodologicznych, a skale i pytania z protokołu wykorzystywane są w innych badaniach własnych oraz poza instytucjami macierzystymi członków polskiego zespołu. Na przykład kolejne wersje kwestionariusza HBSC wykorzystywane są do monitorowania stanu zdrowia uczniów Sopotu w ramach szeroko zakrojonego projektu SOPKARD (Suligowska i in. 2018). W ostatnim czasie dotyczy to też projektów realizowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Same wyniki badań mogą służyć jako punkt odniesienia (lub grupa kontrolna) przy ewaluacji programów interwencyjnych.

⁴ Ta coroczna inicjatywa pochodząca z Pensylwanii (USA) służy zwiększeniu świadomości społecznej na temat głównych problemów zdrowotnych nastolatków. W 2018r. w kolejnych dniach tygodnia od niedzieli do soboty omawiano: zapobieganie przemocy; znaczenie prewencji i szczepień, zdrową dietę i aktywność fizyczną, zdrowie psychiczne, rozwój seksualny w kontekście zdrowia, używanie substancji psychoaktywnych; higienę jamy ustnej.

Piśmiennictwo

- Ahluwalia N, Dalmaso P, Rasmussen M, Lipsky L, Currie C, Haug E, Kelly C, Damsgaard MT, Due P, Tabak I, Ercan O, Maes L, Aasvee K, Cavallo F (2015) 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*, 25 Suppl 2:28–32.
- Alemán-Díaz AY, Toczydłowska E, Mazur J, Frasilho D, Melkumova M, Holmqvist D. (2016). Why Income Inequalities Matter for Young People's Health: A look at the evidence, Innocenti Working Paper 2016-06, UNICEF Office of Research, Florence.
- Brooks F, Zaborskis A, Tabak I, Carmen Granado Alcón MD, Zemaitiene N, de Roos S, Klemra E. (2015) Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, 25 Suppl 2:46–50.
- Bucksch J, Kocakova J, Inchley J, Troped PJ, Sudeck G, Sigmundova D, Nalecz H, Borraccino A, Salonna F, Dankulincova Veselska Z, Hamrik Z (2018) Associations between perceived social and physical environmental variables and physical activity and screen time among adolescents in four European countries. *International Journal of Public Health*. Nov 16. (online first)
- Dzielska A, Mazur J, Nalecz H, Oblacińska A, Strucińska M. (2017) Polish Adaptation And Validation Of The Physical Appearance Comparison Scale (Pacs) – An Analysis Among Young People In Late Adolescence In The Context Of Obesity. *Developmental Period Medicine*, 21(3):213-223.
- Kleszczewska D, Dzielska A, Nalecz H, Mazur J. (2017) Physical activity, BMI and body weight perception among 15-year-old boys and girls in Poland in the light of international comparisons. *Developmental Period Medicine*, 21(3):235–47.
- Kocakova J, Dankulincova Veselska Z, Madarasova Geckova A, Bucksch J, Nalecz H, Sigmundova D, van Dijk JP, Reijneveld SA (2017) Is a Perceived Activity-Friendly Environment Associated with More Physical Activity and Fewer Screen-Based Activities in Adolescents? *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 3;14(1). pii: E39.
- Kowalewska A, Mazur J, Dzielska A, Chełchowska M (2015) Smoking among 15-year-olds in Poland depending on selected sociodemographic factors--trends 2006-2014. *Przegląd Lekarski*, 72(3):115–9.
- Kowalewska A, Mazur J, Tabak I. (2016) School performance as a mediator of the association between family affluence and risk behaviour in adolescents in Poland. *Przegląd Lekarski*, 73(10):745–9.
- Małkowska-Szkatnik A. (2014). Choroby przewlekłe u dzieci i młodzieży jako narastający problem społeczny, *Studia BAS*, 2(38):89–112.
- Małkowska-Szkatnik A, Woynarowska B, Mazur J. (2018). Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły i funkcjonowanie w niej uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 1(247): 179–97.
- Mazur J, Dzielska A, Kowalewska A, Fijałkowska A. (2016) Current trends in tobacco smoking among 15-year-old adolescents in Poland in the background of 30 countries. *Przegląd Lekarski*, 73(10):685–9.
- Mazur J, Nalecz H, Kleszczewska D, Małkowska-Szkatnik A, Borraccino A. (2016) Behavioural factors enhancing mental health – preliminary results of the study on its association with physical activity in 15 to 16 year olds. *Developmental Period Medicine*, 20(4):315–24.
- Mazur J, Tabak I, Dzielska A, Wąż K, Oblacińska A. (2016) The Relationship between Multiple Substance Use, Perceived Academic Achievements, and Selected Socio-Demographic Factors in a Polish Adolescent Sample. ? *International Journal of Environmental Research & Public Health*, Dec 21;13(12).
- Michaelson V, Brooks F, Jirásek I, Inchley J, Whitehead R, King N, Walsh S, Davison CM, Mazur J, Pickett W. (2016) Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM Population Health*, Apr 22;2:294–303.
- Suligowska K, Czarniak P, Krawczyk M, Szcześniak P, Król E, Kusiak A, Sabiniewicz R, Wierzbę T, Utracka A, Urban M, Wytrykowska A, Pakalska A, Drewek K, Giczewska A, Popowski P, Wrotkowska M, Marczulini J, Bochniak M, Zdrojewski T (2018) An assessment of health status and health behaviours in adolescents: main points and methods of the SOPKARD-Junior programme. *Archives of Medical Science*, 14(1):38–51.

- Šmigelskas K, Vaičiūnas T, Lukoševičiūtė J, Malinowska-Cieślak M, Melkumova M, Movsesyan E, Zaborskis A. (2018) Sufficient Social Support as a Possible Preventive Factor against Fighting and Bullying in School Children. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, Apr 26;15(5). pii: E870
- Tabak I, Mazur J. (2016) Social support and family communication as factors protecting adolescents against multiple recurrent health complaints related to school stress. *Developmental Period Medicine*, 20(1):27–39.
- Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, Schnohr C, Mazur J, Niclasen B, Currie C; FAS Development Study Group. (2016) Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale: a Latent Variable Approach. *Child Indicators Research*, 9:771–84.
- Vereecken C, Pedersen TP, Ojala K, Krølner R, Dzielska A, Ahluwalia N, Giacchi M, Kelly C. (2015) Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *European Journal of Public Health*, 25 Suppl 2:16–9.
- Wicki M, Kuntsche E, Eichenberger Y, Aasvee K, Bendtsen P, Dankulinová Veselská Z, Demetrovics Z, Dzielska A, Farkas J, de Matos MG, Roberts C, Tynjälä J, Välimaa R, Vieno A. (2017) Different drinking motives, different adverse consequences? Evidence among adolescents from 10 European countries. *Drug and Alcohol Review*, 36(6):731–41.
- Woynarowska B, Mazur J (red.) (2012). Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990-2010. Instytut Matki i Dziecka oraz Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa.

ANEKS: Pytania z kwestionariusza HBSC 2018

Gdzie mieszkasz?

- w dużym mieście (pow. 100 tys. mieszkańców)
- w średniej wielkości mieście (od 50 do 100 tys. mieszkańców)
- w mniejszym mieście
- na wsi

Czy Twoja rodzina posiada samochód osobowy lub wieloosobowy (np. typu van)?

- nie
- tak, jeden
- tak, dwa lub więcej

Czy masz własny pokój do Twojego wyłącznego użytku?

- nie
- tak

Ile komputerów należy do Twojej rodziny (łącznie z laptopami i tabletami, ale bez konsoli do gier lub smartfonów)?

- żaden
- jeden
- dwa
- więcej niż dwa

Ile łazienek jest w Twoim domu (pomieszczeń z wanną i/lub prysznicem)?

- żadnej
- jedna
- dwie
- więcej niż dwie

Czy w Twoim domu jest zmywarka do naczyń?

- nie
- tak

Ile razy w ostatnich 12 miesiącach wyjeżdżałeś poza Polskę ze swoją rodziną na wakacje lub ferie?

- wcale nie wyjeżdżałem
- 1 raz
- 2 razy
- więcej niż 2 razy

Jak często myjesz zęby?

- częściej niż 1 raz dziennie
- 1 raz dziennie
- co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie
- rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- nigdy

Czy uważasz, że Twoje zdrowie jest:

- doskonałe
- dobre
- niezłe
- słabe

Obok jest rysunek drabiny. Na górze drabiny jest liczba 10 – umownie oznaczająca życie, które wydaje Ci się najlepsze. Na dole drabiny jest cyfra 0 – oznaczająca życie, które wydaje Ci się najgorsze.

<input type="checkbox"/>	10	Życie najlepsze , jakie może być
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	Życie najgorsze , jakie może być
<input type="checkbox"/>	0	

Pomyśl, jakie jest teraz Twoje życie i w którym miejscu drabiny Ty stanąłbyś. Zaznacz znakiem X jedną kratkę obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu.

Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwałeś ... ? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.					
	prawie codziennie	częściej niż 1 raz w tygodniu	prawie w każdym tygodniu	prawie w każdym miesiącu	rzadko lub nigdy
Ból głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ból brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ból pleców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zmęczenie e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przygnębienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozdrażnienie lub zły humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdenerwowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trudności w zasypianiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gdy myślisz o sobie, to sądzisz, że jesteś:

- zdecydowanie za szczupły
- trochę za szczupły
- w sam raz
- trochę za gruby
- zdecydowanie za gruby

Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego, aby schudnąć?

- nie, bo ważę tyle ile trzeba
- nie, ale powinienem trochę schudnąć
- nie, bo powinienem przytyć
- tak

Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia, w czasie których praca Twojego serca przyspiesza, masz poczucie, że „brak Ci tchu” (szybciej oddychasz). Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami WF w szkole, uprawianiem sportu, zabawami ruchowymi z kolegami, marszem do szkoły. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, jazda na rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w piłkę. **Odpowiadając na następane pytanie oblicz, ile czasu łącznie przeznaczyłeś każdego dnia na aktywność fizyczną.**

W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 dni	1	2	3	4	5	6	7 dni

Jak często zwykle zjadasz śniadanie tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w dniach, w których chodzisz do szkoły i w dniach weekendu.

W dniach szkolnych

- nigdy nie jem śniadania w dniu, gdy idę do szkoły
- jem jednego dnia
- dwa dni
- trzy dni
- cztery dni
- pięć dni

W dniach weekendu

- nigdy nie jem śniadania w dniach weekendu
- zwykle jem śniadanie tylko w jednym dniu weekendu (w sobotę lub w niedzielę)
- zwykle jem śniadanie w obu dniach weekendu (w sobotę i w niedzielę)

Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.							
	nigdy	rzadziej niż 1 raz w tygo- dniu	1 raz w tygo- dniu	2-4 dni w tygo- dniu	5-6 dni w tygo- dniu	codzien- nie, 1 raz	codziennie częściej niż 1 raz
Owoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warzywa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słodycze (cu- kierki, czeko- lada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca-cola lub inne napoje z do- datkiem cukru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ile godzin dziennie w czasie wolnym zwykle oglądasz filmy lub programy w telewizji, na komputerze lub przez Internet (w tym You Tube lub podobne serwisy), DVD lub inne programy rozrywkowe? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu

W dniach szkolnych

- 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/dzień

W dniach weekendu

- 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/dzień

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 ruchowych (np. na Playstation Move, Nintendo Wii)? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu.

W dniach szkolnych

- 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/dzień

W dniach weekendu

- 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/dzień

Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle korzystasz z komputera, tabletu lub smartfona do innych celów (odrabianie lekcji, wysyłanie wiadomości e-mail, Tweeter, Facebook, Instagram, Snapchat, czatowanie, korzystanie z Internetu, itp.)? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu.

W dniach szkolnych

- 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/dzień

W dniach weekendu

- 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/dzień

Jak często, w czasie wolnym POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. „brakuje Ci tchu”, pocisz się?

- codziennie
- 4 – 6 razy w tygodniu
- 2 – 3 razy w tygodniu
- 1 raz w tygodniu
- 1 raz w miesiącu
- mniej niż 1 raz w miesiącu
- nigdy

Wielu młodych ludzi doznaje uszkodzenia ciała (urazu) z powodu wypadku, na przykład w czasie gier sportowych lub bójek z kolegami – w różnych miejscach, np. na ulicy, w domu. Do urazów zaliczamy również zatrucia (np. lekami) i oparzenia, a **nie są urazami choroby**, np. odra, grypa, zatrucie pokarmowe. Następane pytania dotyczą urazów (wypadków), których doznałeś w ostatnich 12 miesiącach.

Ile razy w ostatnich 12 miesiącach doznałeś urazu, z powodu którego musiałeś być leczony przez lekarza lub pielęgniarkę?

- nie doznałem urazu w ostatnich 12 miesiącach
- 1 raz
- 2 razy
- 3 razy
- 4 razy lub więcej

Jak często obecnie palisz tytoń?

- codziennie
- co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie
- rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- nie palę wcale

W ilu dniach (jeśli w ogóle) paliłeś papierosa... Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu. Jeśli nic takiego się nie zdarzyło zakreśl odpowiedź „nigdy”.

	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W ilu dniach (jeśli w ogóle) piłeś alkohol? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu. Jeśli nic takiego się nie zdarzyło zakreśl odpowiedź „nigdy”.

	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy wypiliśmy kiedyś tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu. Jeśli nic takiego się nie zdarzyło zakreśl odpowiedź „nigdy”.

	nie, nigdy	tak, 1 raz	tak, 2-3 razy	tak, 4-10 razy	tak, więcej niż 10 razy
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy kiedykolwiek używałeś marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu? Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu. Jeśli nic takiego się nie zdarzyło zakreśl odpowiedź „nigdy”.

	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co sądzisz obecnie o swojej szkole?

- 1 bardzo ją lubię
 2 trochę ją lubię
 3 niezbyt ją lubię
 4 nie lubię jej wcale

W jakim stopniu odczuwasz stres związany ze szkołą i nauką?

- 1 wcale
 2 trochę
 3 dość dużo
 4 bardzo dużo

Poniżej znajduje się kilka stwierdzeń dotyczących kolegów i koleżanek z Twojej klasy. Zaznacz, na ile się zgadzasz z każdym z nich. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	1	2	3	4	5
	zdecydowanie nie zgadzam się	nie zgadzam się	nie mam zdania	zgadzam się	zdecydowanie zgadzam się
Uczniowie w mojej klasie lubią przebywać ze sobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Większość uczniów w mojej klasie to osoby życzliwe i chętne do pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inni uczniowie akceptują (przyjmują) mnie takim, jakim jestem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Poniżej znajduje się kilka stwierdzeń dotyczących nauczycieli. Zaznacz, na ile się zgadzasz z każdym z nich. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	1	2	3	4	5
	zdecydowanie nie zgadzam się	nie zgadzam się	nie mam zdania	zgadzam się	zdecydowanie zgadzam się
Mam poczucie, że moi nauczyciele akceptują mnie takim, jakim jestem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam poczucie, że moi nauczyciele troszczą się o mnie jako o osobę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam wiele zaufania do moich nauczycieli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przeczytaj uważnie i zaznacz w skali od 1 do 7, na ile zgadzasz się z podanymi niżej stwierdzeniami. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	całkowicie nie zgadzam się (1)	2	3	4	5	6	całkowicie nie zgadzam się (7)
Moi koledzy i koleżanki naprawdę starają się mi pomagać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogę liczyć na moich kolegów i koleżanki, kiedy coś idzie nie tak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam kolegów i koleżanki, z którymi mogę dzielić moje radości i troski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogę rozmawiać z kolegami i koleżankami o moich problemach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obok jest rysunek drabiny.
Na górze drabiny jest liczba 10 –
umownie oznaczająca **uczniów**
osiągających najlepsze wyniki
w nauce w Twojej klasie szkolnej.

Na dole drabiny umieszczono cyfrę
0 umownie oznaczającą uczniów
uzyskujących najgorsze oceny.

Pomyśl o swojej klasie szkolnej. Za-
stanów się, którym miejscu drabiny
Ty stanąłbyś.
Zaznacz znakiem X jedną kratkę
obok cyfry, która znajduje się w tym
miejscu.

<input type="checkbox"/>	10	Najlepsze wyniki w nauce
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	Najgorsze wyniki w nauce

Następne pytania dotyczą zastraszania (przemocy, krzywdzenia) przez innych ludzi. Zastraszanie polega na tym, że inna osoba lub grupa ludzi mówi lub czyni innym bardzo przykre, dokuczliwe rzeczy. Zastraszaniem jest także celowe żartowanie z innej osoby w sposób, którego ona nie lubi. Prześladowca jest silniejszy od osoby prześladowanej i chce jej zaszkodzić. Uważamy, że nie jest zastraszaniem sytuacja, w której dwie osoby, o podobnej sile, kłócą się lub biją.

Jak często Ty uczestniczyłeś w zastraszaniu innej osoby (osób) w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?

- nie uczestniczyłem w zastraszaniu innych osób 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

Jak często byłeś zastraszany w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?

- nie byłem zastraszany 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

Jak często w ciągu ostatnich dwóch miesięcy brałaś udział w cyberprzemocy (np. czatowałeś z kimś w obraźliwy sposób, wysyłałeś wiadomości mailowe, SMS, wstawiałeś posty, tworzyłeś strony internetowe wyśmiewające kogoś, tworzyłeś ośmieszające kogoś lub niestosowne zdjęcia bez pozwolenia osoby oraz zamieszczałeś je w sieci lub rozsyłałeś je do innych)?

- nie uczestniczyłem w ten sposób w cyberprzemocy wobec innych osób w ciągu ostatnich dwóch miesięcy
- zdarzyło się to jeden lub dwa razy
- 2 lub 3 razy w miesiącu
- przeciętnie 1 raz w tygodniu
- kilka razy w tygodniu

Jak często w ciągu ostatnich dwóch miesięcy ktoś stosował wobec Ciebie cyberprzemoc (np. czatował z Tobą w obraźliwy sposób, wysyłał wiadomości mailowe, SMS, wstawiał posty, tworzył strony internetowe wyśmiewające ciebie, tworzył ośmieszające ciebie lub niestosowne zdjęcia bez twojego pozwolenia oraz zamieszczał je w sieci lub rozsyłał je do innych)?

- nie doświadczyłem tego rodzaju cyberprzemocy ze strony osób w ciągu ostatnich dwóch miesięcy
- zdarzyło się to jeden lub dwa razy
- 2 lub 3 razy w miesiącu
- przeciętnie 1 raz w tygodniu
- kilka razy w tygodniu

Ile razy w ostatnich 12 miesiącach uczestniczyłeś w bójce?

- nie uczestniczyłem w bójce w ostatnich 12 miesiącach
- 1 raz
- 2 razy
- 3 razy
- 4 lub więcej razy

Czy kiedykolwiek miałeś/eś już stosunek płciowy (czasem używamy określeń “kochać się”, “uprawiać seks”)?

- tak
- nie (przejdź do pytania xx)

Ile miałeś (-aś) lat, kiedy po raz pierwszy odbyłeś (-aś) stosunek płciowy?

11 lat lub mniej	12 lat	13 lat	14 lat	15 lat	16 lat	17 lat lub więcej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy Ty lub Twój partner stosowaliście prezerwatywę w czasie ostatniego stosunku płciowego?

- tak
- nie
- nie wiem

Czy Ty lub Twoja partnerka stosowaliście tabletki antykoncepcyjne, kiedy ostatnio mieliście stosunek płciowy?

- tak
- nie
- nie wiem

Jak często Ty i Twoja rodzina zazwyczaj jecie razem posiłki?

- codziennie
- w większość dni
- około 1 raz w tygodniu
- rzadko
- nigdy

Rodziny różnią się między sobą (na przykład, nie każdy mieszka z obojgiem rodziców – mamą i tatą, zdarza się, że dziecko mieszka tylko z jednym z rodziców). Chcielibyśmy dowiedzieć się czegoś o Twojej rodzinie.

Odpowiedz, proszę na pytanie dotyczące domu, w którym mieszkasz na stałe lub spędzasz większość czasu i zaznacz, kto jeszcze mieszka z Tobą w tym domu.

- Mama
 - Tata
 - Macocha (lub partnerka Taty)
 - Ojczym (lub partner Mamy)
 - Mieszkam w domu dziecka lub w rodzinie zastępczej
- Inne osoby lub inne miejsce (np. rodzeństwo, dziadkowie).

Wpisz jakie osoby:

Praca Twoich rodziców	
Czy Twój Tata ma pracę? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/> nie mam lub nie widuję taty	Czy Twoja Mama ma pracę? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/> nie mam lub nie widuję mamy
Jeśli odpowiedziałeś NIE, dlaczego Twój Tata nie pracuje? <input type="checkbox"/> jest chory, na emeryturze lub studiuje <input type="checkbox"/> szuka pracy <input type="checkbox"/> opiekuje się inną osobą lub zajmuje się domem <input type="checkbox"/> nie wiem	Jeśli odpowiedziałeś NIE, dlaczego Twoja Mama nie pracuje? <input type="checkbox"/> jest chora, na emeryturze lub studiuje <input type="checkbox"/> szuka pracy <input type="checkbox"/> opiekuje się inną osobą lub zajmuje się domem <input type="checkbox"/> nie wiem

Jak rozmawia Ci się z niżej wymienionymi osobami o sprawach, które Cię naprawdę niepokoją? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	1	2	3	4	5
	bardzo łatwo	łatwo	trudno	bardzo trudno	nie mam lub nie widuję tej osoby
Tatą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojczymem (lub partnerem mamy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macochą (lub partnerką taty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interesuje nas Twój stosunek do poniższych stwierdzeń. Uważnie przeczytaj każde stwierdzenie, a następnie określ w skali od 1 do 7 swoje odczucia wobec każdego z nich. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	całkowicie nie zgadzam się (1)	2	3	4	5	6	całkowicie nie zgadzam się (7)
Moja rodzina bardzo stara się mi pomagać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moja rodzina daje mi potrzebną emocjonalną pomoc i wsparcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogę rozmawiać o moich problemach z rodziną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu własnych decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c)

Obok jest rysunek drabiny.

Na górze umieszczono liczbę 10, umownie oznaczającą rodziny, których członkowie są **dobrze wykształceni, dobrze zarabiają i wykonują zawody cieszące się szczególnym szacunkiem.**

Na dole umieszczono cyfrę 0, umownie oznaczającą rodziny, których członkowie mają niższy poziom wykształcenia, mniej zarabiają i wykonują mniej prestiżowe zawody. Pomyśl o swojej rodzinie i zastanów się, w którym miejscu drabiny byś ją umieścił. *Zaznacz znakiem X jedną kratkę* obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu.

<input type="checkbox"/>	10	Najwyższa pozycja społeczna rodziny
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	Najniższa pozycja społeczna rodziny
<input type="checkbox"/>	0	

W jakim kraju się urodziłeś?

- ¹ Polska
- ² Ukraina
- ³ Niemcy
- ⁴ inny kraj (wpisz nazwę):

W jakim kraju urodził się Twój Tata?

- ¹ Polska
- ² Ukraina
- ³ Niemcy
- ⁴ inny kraj (wpisz nazwę):

W jakim kraju urodziła się Twoja Mama?

- ¹ Polska
- ² Ukraina
- ³ Niemcy
- ⁴ inny kraj (wpisz nazwę):

Oznaczenia pytań: a) stosowane tylko u 15 – 17-latków; b) pytanie dodatkowe, które poprzednio było obowiązkowe; c) pytanie stosowane w Polsce poza protokołem międzynarodowym.

(...) Ten niezwykle ważny temat został pokazany profesjonalnie i rzetelnie zarówno w sferze metodologicznej jak i badawczej i omówiony w kontekście zagadnień związanych z tematyką społecznych uwarunkowań zdrowia, pożądanых i ryzykowanych zachowań zdrowotnych oraz postrzegania problemów zdrowotnych przez uczniów. Część wnioskowa pracy jest także na bardzo wysokim poziomie, bowiem poza wynikami badań analizie poddana została bardzo bogata literatura przedmiotu i liczne wcześniejsze badania.

Z recenzji dr. hab. Iwony Kowalskiej-Bobko,
Collegium Medicum UJ

ISBN 978-83-951033-3-9



9788395103339