# Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży

Badania mokotowskie 2004–2016
Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE
Zakład Zdrowia Publicznego
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”

# Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży

Badania mokotowskie 2004–2016
Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016

**Redakcja naukowa:** Krzysztof Ostaszewski

Warszawa 2017

**Zespół autorów**
Krzysztof Ostaszewski[1], Krzysztof Bobrowski[1], Anna Borucka[2], Katarzyna Okulicz-Kozaryn[3], Agnieszka Pisarska[1], Daria Biechowska[1], Svitlana Shchudlo[5], Larysa Klymanska[4], Halyna Herasym[4], Olha Herus[5], Viktor Savka[4], Iryna Mirchuk[5]

[1] Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
[2] Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
[3] Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
[4] Narodowy Uniwersytet „Politechnika Lwowska", Ukraina
[5] Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Iwana Franki w Drohobyczu, Ukraina

**Recenzent** dr hab. Joanna Mazur, Instytut Matki i Dziecka
**Redakcja** Anna Noga-Grochola

**Okładka** Jerzy Grzegorkiewicz
**Skład** Tomasz Rostkowski
**Druk** Mazowieckie Centrum Poligrafii

Copyright by Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2017
Copyright by Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2017

**Wydawca**
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
e-mail: wydawnictwo@ipin.edu.pl

ISBN 978-83-61705-32-1

Badania warszawskich gimnazjalistów oraz opracowanie i druk tej monografii wykonano w ramach projektu badawczego Badania mokotowskie 2016 finansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach umowy Grant Agrement 2017 z EMCDDA.

Badania w obwodzie lwowskim zostały sfinansowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a ich realizacja była możliwa dzięki wsparciu władz województwa lwowskiego oraz Fundacji Caritas diecezji Samborsko-Drohobyckiej Kościoła Greckokatolickiego.

Korespondencję należy kierować do kierownika projektu Krzysztofa Ostaszewskiego, Zakład Zdrowia Publicznego, Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M", Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa.
e-mail: *ostasz@ipin.edu.pl*

Egzemplarz bezpłatny

# Spis treści

**Przedmowa** 7

**Rozdział 1 Metodologia badań mokotowskich**
*Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska* 9

**Rozdział 2 Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol**
*Krzysztof Ostaszewski* 21

**Rozdział 3 Wzory picia napojów alkoholowych**
*Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Anna Borucka* 39

**Rozdział 4 Symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego**
*Krzysztof Bobrowski* 55

**Rozdział 5 Samoleczenie się 15-letniej młodzieży**
*Agnieszka Pisarska* 77

**Rozdział 6 Sposoby spędzania czasu wolnego**
*Krzysztof Ostaszewski* 97

**Rozdział 7 Wzory korzystania z Internetu**
*Daria Biechowska* 117

**Rozdział 8 Zachowania ryzykowne i zaburzenia zdrowia psychicznego młodzieży we Lwowie, Drohobyczu i w powiecie drohobyckim**
*Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Svitlana Shchudlo, Larysa Klymanska, Halyna Herasym, Olha Herus, Viktor Savka, Iryna Mirchuk* 129

**Aneks** 147

# Przedmowa

Niniejsza monografia jest pierwszą publikacją prezentującą wyniki dziewiątej rundy badań mokotowskich przeprowadzonej w 2016 roku. Tak jak poprzednie pomiary, bieżąca runda stanowi kontynuację pierwotnej idei śledzenia zmian w używaniu substancji psychoaktywnych przez 15-letnią młodzież, a także późniejszych pomysłów dotyczących monitorowania problemów zdrowia psychicznego, zachowań nałogowych i sposobów spędzania wolnego czasu przez nastolatków. Publikacja ta ma jednak swoją wyraźną specyfikę. Tym razem podjęliśmy decyzję, aby z naszych ponad 30-letnich obserwacji „wykroić" cztery ostatnie rundy obserwacji (lata 2004–2016), kiedy to uczestnikami badań byli uczniowie trzecich klas gimnazjum. Ostatnie dwanaście lat było jednorodnym okresem obserwacji z perspektywy systemu edukacji. W 2016 roku gimnazjaliści prawdopodobnie po raz ostatni uczestniczyli w badaniach mokotowskich, ponieważ – jak wiadomo – bieżąca reforma systemu edukacji stopniowo likwiduje gimnazja. Przyszli uczestnicy badań mokotowskich, jeśli do nich dojdzie, będą już uczniami nowych szkół ponadpodstawowych.

Cezura 2004 roku jest dla nas istotna jeszcze z jednej przyczyny. Właśnie wtedy do palety „starych" pytań badawczych dodaliśmy nowe znaczące wątki. Nasze zainteresowania badawcze poszerzyły się o problemy zdrowia psychicznego młodzieży (depresję, samopoczucie psychiczne), nadużywanie leków dostępnych bez recepty (przeciwbólowych i innych), zachowania problemowe (wykroczenia i agresja), nowe zachowania ryzykowne (nadużywanie Internetu, cyberprzemoc), a także różne aktywności młodzieży w czasie wolnym. Warto więc z tych dwóch powodów podsumować ten etap naszych badań i przyjrzeć się bliżej średniookresowym trendom w wyżej wymienionych obszarach funkcjonowania 15-letniej młodzieży z Warszawy.

Z tym zamiarem wiązały się sformułowane przez nasz zespół pytania badawcze dotyczące tego, jak w latach 2004–2016 zmieniły się:

- wskaźniki używania substancji psychoaktywnych (narkotyki, nikotyna, alkohol, leki uspokajające i nasenne),
- wskaźniki problemów zdrowia psychicznego młodzieży i zachowań ryzykownych,
- zachowania związane z samodzielnym zażywaniem leków,
- sposoby spędzania czasu wolnego,
- wskaźniki dysfunkcyjnego korzystania z Internetu.

Odpowiedzi na te pytania składają się na wielowymiarowy obraz stanu zagrożeń dla zdrowia, bezpieczeństwa i przystosowania społecznego 15-letniej młodzieży. Są więc pewnego rodzaju diagnozą

stanu bieżącego. Dostarczają również informacji na temat niektórych uwarunkowań problemów i zachowań ryzykownych, co pozwala na formułowanie zaleceń i rekomendacji dla profilaktyki.

W 2016 roku, z inicjatywy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, do udziału w badaniach dołączyli ukraińscy badacze problemów młodzieży z Narodowego Uniwersytetu „Politechnika Lwowska" we Lwowie oraz z Państwowego Uniwersytetu Pedagogicznego im. Iwana Franki w Drohobyczu. Powodem zainteresowania polskimi badaniami był brak reprezentatywnych badań zdrowia psychicznego młodzieży na Ukrainie. Nasi partnerzy z Ukrainy przetłumaczyli ankietę, przeprowadzili pilotaż i badanie główne we Lwowie, Drohobyczu i powiecie drohobyckim. W ten sposób badania mokotowskie wyszły poza obręb Warszawy, a ich wyniki stały się przedmiotem międzynarodowej wymiany naukowej. Dowodem na tę współpracę jest jeden z rozdziałów niniejszej monografii. Przedstawione zostały w nim wskaźniki rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych, zaburzeń psychicznych i innych zachowań ryzykownych wśród 15-latków z zachodniej Ukrainy. W tym miejscu warto dodać, że zainteresowanie okazywane przez naszych partnerów z Ukrainy oraz ich determinacja w realizacji projektu bardzo pomogły nam w podjęciu decyzji o kontynuowaniu badań mokotowskich w 2016 roku. Naszym istotnym celem było również zapoczątkowanie współpracy naukowej i pomoc w przeprowadzeniu siostrzanych badań na Ukrainie.

Struktura monografii w dużym stopniu odzwierciedla porządek pytań badawczych. W rozdziale pierwszym opisano metodologię i problemy realizacyjne ostatniej rundy badań mokotowskich. W rozdziale drugim przedstawiono zmiany w używaniu narkotyków, leków uspokajających/nasennych oraz paleniu papierosów. Rozdział trzeci dotyczy zmian w piciu napojów alkoholowych. W rozdziale czwartym opisano, co zmieniło się w problemach zdrowia psychicznego i zachowaniach problemowych młodzieży. W rozdziale piątym przedstawiono kwestie związane z samoleczeniem się młodzieży i rozpowszechnieniem przyjmowania leków dostępnych bez recepty. W rozdziale szóstym omówiono zmiany w sposobach spędzania czasu wolnego przez młodzież. W rozdziale siódmym zaprezentowano wyniki dotyczące nadmiernego korzystania z komputera i sieci internetowej. Rozdział ósmy zawiera wspomniane wcześniej wyniki badań przeprowadzonych na zachodniej Ukrainie. Dla badaczy problematyki młodzieży oraz osób zainteresowanych zamieszczamy w aneksie naszą ankietę NAN-2016 ze wszystkimi pytaniami ankietowymi.

Szkolne badania ankietowe są ważnym źródłem wiedzy o kondycji zdrowotnej młodzieży oraz jej uwarunkowaniach. Powtarzane okresowo pozwalają na monitorowanie zmian i aktualizowanie wiedzy. Niniejsza monografia koncentruje się na zmieniających się w czasie wzorach zachowań i funkcjonowania psychicznego młodzieży. Stanowi cegiełkę, która uzupełnia wiedzę o współczesnej młodzieży z perspektywy wielkomiejskiej. W toku dalszych analiz zamierzamy przyjrzeć się związkom pomiędzy obserwowanymi zachowaniami i problemami młodych ludzi a rodzinnymi, szkolnymi i rówieśniczymi czynnikami, które sprzyjają oraz przeciwdziałają tym zachowaniom i problemom. Zagadnienia te będą przedmiotem dalszych analiz i publikacji. Zapraszamy więc wszystkich zainteresowanych problematyką młodzieży do lektury tej i przyszłych publikacji.

Krzysztof Ostaszewski

# Rozdział 1 Metodologia badań mokotowskich

**Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska**

**Streszczenie**

**Cel.** Celem badań mokotowskich prowadzonych w latach 2004–2016 wśród 15-letniej młodzieży była obserwacja trendów dotyczących: 1) używaniu substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków i leków uspokajających/nasennych), 2) wybranych problemów eksternalizacyjnych młodzieży (przemoc i zachowania sprzeczne z prawem), 3) wybranych problemów internalizacyjnych (samoocena zdrowia psychicznego, depresja), 4) zjawiska samoleczenia, 5) sposobów spędzania wolnego czasu (Internet, gry komputerowe, zajęcia pozalekcyjne) oraz 6) dysfunkcjonalnego korzystania z Internetu.
**Metoda.** Badania były prowadzone co cztery lata od 2004 do 2016 roku na tym samym obszarze, obejmującym dzielnice Warszawy: Mokotów, Ursynów oraz Wilanów (teren dawnej dzielnicy Mokotów). We wszystkich czterech rundach zastosowano losowy, warstwowo-klastrowy dobór reprezentatywnej próby uczniów trzecich klas gimnazjum. Jednostką doboru losowego była klasa szkolna, a warstwę stanowił typ szkoły, czyli gimnazja publiczne i niepubliczne. Badaną populację stanowili 15-letni uczniowie (*N* w poszczególnych rundach = 1471, 1229, 1004, 761). Zawężenie obserwacji do lat 2004–2016 zapewniło w dużym stopniu porównywalność wyników poszczególnych rund. Badania były prowadzone metodą audytoryjną w klasach, za pomocą kwestionariusza ankiety NAN, przez ankieterów spoza szkoły z zachowaniem anonimowości osób badanych, klas i szkół. Porównania wskaźników rozpowszechnienia danego zjawiska dotyczyły przede wszystkim porównań z poprzednią rundą badań.
**Realizacja badań.** W latach 2004–2012 realizacja badań przebiegała bez większych zakłóceń. Liczba uczniów nieobecnych w dniu badania była stabilna i wynosiła około 10%. Na podobnym poziomie kształtowała się liczba odmów dyrektorów szkół. W 2016 roku warunki realizacji badań się zmieniły. Zwiększyła się liczba uczniów nieobecnych w dniu badania oraz liczba odmów dyrektorów szkół. Miało to istotny wpływ na wykonanie próby w ostatniej rundzie badań.

## Wprowadzenie

*Badania mokotowskie* obejmują okres przemian społecznych i politycznych w Polsce. W czasie ponad trzydziestoletniej historii projektu zmienił się ustrój społeczno-polityczny naszego kraju. Polska stała się członkiem Unii Europejskiej. Radykalnie zmieniły się warunki życia, możliwości poznawania świata i podróżowania. Dzisiejsza młodzież uczestniczy w rewolucji cyfrowej

i globalizacji. Ma swobodny dostęp do Internetu, który w istotny sposób wpłynął na sposoby komunikowania się. W czasie trwania projektu dwukrotnie zmienił się również ustrój szkolny. W 1999 roku wprowadzono gimnazja do polskiego systemu edukacyjnego, a w 2016 roku rozpoczęto reformę likwidującą gimnazja i przywracającą ośmioletnią szkołę podstawową.

Wszystkie te zmiany miały wpływ na porównywalność wyników kolejnych rund badań mokotowskich. Choć trudno oszacować w analizach wpływ zmian ustrojowych lub szkolnych na zachowania ryzykowne, stan zdrowia psychicznego lub styl życia młodych ludzi, to błędem byłoby ignorowanie zmieniającego się kontekstu, w jakim funkcjonuje młodzież. Dlatego wykorzystując kolejny punkt zwrotny w naszej współczesnej historii (reformę ustroju szkolnego z 2016 roku), w tej publikacji postanowiliśmy zawęzić nasze obserwacje do ostatnich czterech rund badań (2004, 2008, 2012 i 2016), kiedy to uczestnicy badań byli uczniami trzecich klas gimnazjalnych. W latach 1984–2000 byli to uczniowie pierwszych klas szkół ponadpodstawowych (liceów, techników i zasadniczych szkół zawodowych – ZSZ). Jeśli badania będą kontynuowane, to zapewne znowu powrócimy do pierwszych klas szkół ponadpodstawowych. Tak więc, „okres gimnazjalny" stanowi pewien zamknięty rozdział naszych badań i, biorąc pod uwagę kontekst szkolny, dostarcza najbardziej aktualnych i porównywalnych danych.

Dodatkowo, począwszy od 2004 roku, stopniowo poszerzaliśmy tematykę naszych badań. Najpierw dodaliśmy pytania o problemy zdrowia psychicznego i elementy stylu życia młodzieży (spędzanie wolnego czasu), następnie włączyliśmy pytania o nowe zachowania ryzykowne i problemy behawioralne (cyberprzemoc, hazard, Internet), a także pytania o wsparcie rodziców/rówieśników i o klimat szkoły. To również zmieniło charakter naszych badań, czyniąc je bardziej złożonym projektem dotyczącym nie tylko substancji psychoaktywnych, lecz także szeroko rozumianych zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Poszerzenie problematyki badań, obok czynnika „gimnazjum", stanowi jeszcze jeden ważki argument przemawiający za wydzieleniem i wyeksponowaniem tego okresu badań mokotowskich.

# Metoda

## Diagnoza i monitorowanie trendów

*Badania mokotowskie* należą do typu badań nazywanych w literaturze fachowej „badaniem trendów" (Babbie, 2008). Ale cele naszych badań wykraczają poza zwykłą obserwację lub monitorowanie zmian w zakresie używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych, problemów zdrowia psychicznego, a także wybranych elementów stylu życiu młodzieży. Naszym celem jest także badanie psychospołecznych uwarunkowań zachowań ryzykownych i problemów oraz tworzenie empirycznych podstaw do formułowania rekomendacji dla profilaktyki. Przydatność aplikacyjna badań mokotowskich została potwierdzona w ramach wieloletniej współpracy naszego Zespołu ze szkołami i władzami samorządowymi Warszawy oraz Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Pierwszy pomiar, który bierzemy pod uwagę w niniejszej publikacji, został zrealizowany jesienią 2004 roku w trzecich klasach gimnazjalnych (Ostaszewski i wsp., 2005), a następnie był realizowany w bardzo podobnych warunkach badawczych jesienią 2008, 2012 i 2016 roku (Ostaszewski i wsp., 2009, 2013). Wszystkie te rundy obejmowały uczniów trzecich klas gimnazjalnych oraz bardzo podobny zakres tematyczny pytań ankietowych. Spełnienie tych warunków przyczyniło się do znacznej porównywalności wyników z tych czterech rund badań mokotowskich.

## Zakres tematyczny i narzędzia badawcze

Zakres tematyczny badań mokotowskich w latach 2004–2016 został znacznie poszerzony w stosunku do pierwotnego zamysłu badawczego z lat 80. XX wieku i można go podzielić na sześć podtematów:

1) Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych innych niż alkohol: tytoniu, leków uspokajających i nasennych oraz narkotyków, nazywanych w ankiecie środkami narkotyzującymi. Ta problematyka jest badana za pomocą najstarszej części kwestionariusza, czyli ankiety „NAN" (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983) z późniejszymi modyfikacjami (Ostaszewski i wsp., 2013).
2) Trendy w piciu i nadużywaniu napojów alkoholowych. To zagadnienie jest badane również za pomocą najstarszej części kwestionariusza, czyli ankiety „Piwo–Wino–Wódka" (Wolniewicz-Grzelak, 1985, 1995) z późniejszymi uzupełnieniami.
3) Trendy w występowaniu problemów zdrowia psychicznego, na które składają się zaburzenia internalizacyjne (symptomy depresji oraz pogorszonej samooceny zdrowia) oraz zaburzenia eksternalizacyjne (stosowanie przemocy i cyberprzemocy, zachowania sprzeczne z prawem oraz hazard). Do badania tej problematyki wykorzystuje się pytania zaadaptowane do polskich warunków z kanadyjskiego projektu badawczego *Ontario Student Drug Use and Health Survey* (Adlaf i Paglia, 2001; Bobrowski, Pisarska, Ostaszewski, 2007; Bobrowski, 2010).
4) Trendy w doświadczaniu subiektywnych dolegliwości somatycznych i psychicznych, takich jak bóle głowy, bóle brzucha, trudności w zasypianiu, zdenerwowanie, przygnębienie/zły nastrój i brak energii, oraz w samoleczeniu, czyli przyjmowaniu leków z powodu wymienionych dolegliwości. Pytania do pomiaru tych zmiennych zostały zaadaptowane z ankiety HBSC i zmodyfikowane przez A. Pisarską (Pisarska, Ostaszewski, 2006; Pisarska, 2013).
5) Trendy dotyczące wybranych aspektów stylu życia młodzieży, w tym sposobu spędzania wolnego czasu, całodniowych wagarów oraz monitorowania wolnego czasu przez rodziców. Do badania tych aspektów funkcjonowania młodzieży wykorzystano pytania opracowane w ramach *badań mokotowskich* (Bobrowski, 2007; Bobrowski, Pisarska; Ostaszewski, 2007) oraz skale zaadaptowane do polskich warunków w ramach projektu *Warsaw Adolescent Study* (Ostaszewski i wsp., 2006; Ostaszewski 2014).

6) Trendy dotyczące dysfunkcjonalnego korzystania przez młodzież z Internetu. Do pomiaru tego zjawiska wykorzystano skróconą wersję skali Kimberly Young (Young, 1998, 1999; Biechowska, 2013).

Podtemat siódmy, czyli pytania o kontakty z najbliższym otoczeniem, w tym spostrzegane wsparcie rodziców i rówieśników, relacje z rodzicami, relacje z kolegami/koleżankami z klasy oraz z nauczycielami, a także ocena klimatu szkoły, nie zostały wykorzystane w tej publikacji i będą przedmiotem dalszych opracowań. Do badania tych wymiarów skorzystano z narzędzi zaadaptowanych do polskich warunków w ramach projektu *Warsaw Adolescent Study* (Ostaszewski i wsp., 2006; Ostaszewski 2014).

Ankieta NAN 2016 jest kompilacją powyżej wymienionych narzędzi badawczych opracowaną przez zespół badawczy z Pracowni „Pro-M" Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Pełna wersja kwestionariusza ankiety NAN 2016 została zamieszczona w aneksie na końcu tej publikacji.

## Dobór prób w latach 2004–2016

W omawianych czterech rundach *badań mokotowskich* respondentami byli 15-letni uczniowie uczęszczający do publicznych i niepublicznych gimnazjów znajdujących się na terenie trzech dzielnic Warszawy: Mokotowa, Ursynowa oraz Wilanowa. We wszystkich tych latach zastosowano losowy, warstwowo-klastrowy dobór reprezentatywnej próby uczniów klas trzecich gimnazjalnych. Jednostką doboru losowego była klasa szkolna. Losowanie prowadzono oddzielnie dla klas z gimnazjów publicznych i oddzielnie dla niepublicznych znajdujących się na obszarze wyżej wymienionych trzech dzielnic Warszawy. Losowano około 55% klas, zarówno w gimnazjach publicznych, jak i niepublicznych. Do badań przystępowali uczniowie, których klasy zostały wylosowane i których rodzice (lub prawni opiekunowie) wyrazili zgodę na udział ich dzieci w badaniu. W latach 2008–2016 stosowano formułę „biernej zgody" rodziców przyjętą w tego typu badaniach populacyjnych. Uczniowie, których rodzice lub prawni opiekunowi nie wyrazili zgody na udział dziecka w badaniu, zostali wyłączeni z badań[1].

## Realizacja badań w latach 2004–2016

We wszystkich czterech rundach badania prowadzono w tym samym okresie roku (od października do grudnia), metodą audytoryjną z zachowaniem procedur zapewniających anonimowość odpowiedzi pojedynczych uczniów, klas i szkół. Ankieterami były przeszkolone osoby niezwiązane ze szkołami umowami o pracę. W latach 2008–2016 kilkudziesięciu rodziców

1 Procedura biernej zgody rodziców i kolejne rundy badań mokotowskich z lat 2008–2016 uzyskały akceptację Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

indywidualnie nie wyraziło zgody na udział ich dzieci w badaniu (w 2008 roku odmówiło 59 rodziców, w 2012 roku było 80 odmów, zaś w 2016 roku – 84). Uczniowie ci nie brali udziału w badaniach. W 2004 roku nie pytano rodziców o zgodę.

### Utrudnienia w realizacji badań w 2016 roku

W 2016 roku wystąpiły nieoczekiwane trudności, które w znacznie większym stopniu niż w poprzednich rundach badań wpłynęły na wykonanie wylosowanej próby. Po pierwsze, znacznie powiększyła się grupa uczniów nieobecnych szkole w dniu badania. W latach 2004–2012 około 8–10% wylosowanej grupy uczniów było nieobecnych w tym dniu w szkole. W 2016 roku takich uczniów było około 20% (212 uczniów). Tę wysoką absencję (spowodowaną głównie infekcjami grypowymi) udało się trochę zredukować poprzez badania uzupełniające przeprowadzone w klasach, w których odnotowano ponad 20% absencję w dniu badania. W czasie badań uzupełniających ankietę wypełniły 53 osoby, co zmniejszyło wskaźnik absencji z 20 do 15%. Mimo to wskaźnik nieobecności w dniu badania był w 2016 roku znacznie wyższy niż w poprzednich rundach.

Po drugie, w 2016 roku znacznie zmniejszyła się gotowość do współpracy ze strony dyrektorów wylosowanych szkół. W latach 2004–2012 odmowy dyrektorów szkół kształtowały się na podobnym poziomie i dotyczyły zwykle trzech wylosowanych szkół (na około 30 szkół). W 2016 roku dyrektorzy siedmiu wylosowanych gimnazjów publicznych nie udzielili zgody na przeprowadzenie badań, a w dwóch wylosowanych klasach badania się nie odbyły z powodu braku zgody większości rodziców. Te odmowy spowodowały, że z wylosowanej próby wypadło 16 klas, głównie z gimnazjów publicznych. W związku z zaistniałą sytuacją podjęto starania zmierzające do uzupełnienia próby. Do badań dobrano celowo kilka klas z gimnazjów, w których dyrektorzy wyrazili zgodę na przeprowadzenie badań.

Te zawirowania miały oczywisty wpływ na wykonanie próby. Odmowy dyrektorów gimnazjów publicznych spowodowały znaczny ubytek uczniów tych szkół w wykonanej próbie i doprowadziły do zachwiania proporcji pomiędzy uczniami z gimnazjów publicznych i niepublicznych. Wśród 850 uczestników badań z 2016 roku, którzy wypełnili ankietę, uczniowie gimnazjów publicznych stanowili 75,5%, a uczniowie gimnazjów niepublicznych – 24,5%. Te odsetki nie były zgodne z rzeczywistymi proporcjami młodzieży uczęszczającej do szkół publicznych i niepublicznych. W trzech dzielnicach Warszawy objętych badaniami około 12–15% młodzieży uczy się w gimnazjach niepublicznych. W związku z tym przed wykonaniem analiz zdecydowano o losowym skorygowaniu liczebności uczniów pochodzących z gimnazjów niepublicznych. Spośród ankiet uczniów gimnazjów niepublicznych do analiz wybrano losowo 55% ankiet. W ten sposób odtworzono właściwe proporcje pomiędzy uczniami gimnazjów publicznych i niepublicznych oraz zachowano minimalne warunki porównywalności wyników 2016 roku z rundami z lat 2004, 2008 i 2012 (tabela 1.1). W rezultacie tych zabiegów do analiz wykorzystano dane **761** uczniów (w tym 15,6% z gimnazjów niepublicznych), co stanowiło około 60% wylosowanej próby. W poprzednich latach „procent wykonania" był znacznie wyższy i wynosił odpowiednio: w 2012 roku – ponad 80%, w 2008 roku – 88,5%, w 2004 – 90% próby.

**Tabela 1.1.** Proporcje uczniów w badanej próbie ze względu na gimnazja publiczne/niepubliczne. Badania mokotowskie 2004–2016

| Rok badania | Szkoły publiczne | Szkoły niepubliczne |
|---|---|---|
| 2004 | 89,5% | 10,5% |
| 2008 | 83,7% | 16,3%*** |
| 2012 | 86,7% | 13,3%* |
| 2016 | 84,4% | 15,6% |

* $p < 0{,}05$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

## Charakterystyka socjodemograficzna próby z 2016 roku na tle poprzednich rund

***Płeć.*** W 2016 roku, tak jak w poprzednich rundach, odsetki chłopców i dziewcząt były zbliżone – 52,6% badanej grupy stanowili chłopcy, zaś 47,4% dziewczęta. W tabeli 1.2 przedstawiono zestawienie liczebności badanych grup w latach 2004–2016 z podziałem na płeć.

***Struktura rodziny.*** Pytanie o strukturę rodziny zamieszczono w ankiecie po raz pierwszy w 2012 roku. W 2016 roku, tak jak w poprzednim pomiarze, większość uczestników badań (ok. 74%) potwierdziła, że mieszka z obojgiem biologicznych rodziców. Uczniowie wychowywani tylko przez matki stanowili 16%, zaś około 1% uczestników badań odpowiedziało, że mieszka tylko z ojcem. W rodzinach zrekonstruowanych (z macochą lub ojczymem) mieszkało około 6% uczestników badań. Około 3% uczniów zaznaczyło odpowiedź „z kimś innym", co prawdopodobnie oznacza, że mieszkają bez rodziców – z innymi krewnymi lub wychowują się w ośrodkach opiekuńczych. Podobnie jak w 2012 roku, około 1% podało w ankiecie, że nie ma matki, a około 4% że nie ma ojca. Pomiędzy rundami badań z 2012 i 2016 roku nie odnotowano istotnych zmian w strukturze rodzin badanych uczniów. W latach 2004–2008 nie pytano respondentów o strukturę rodziny.

***Wykształcenie i sytuacja zawodowa rodziców.*** W pomiarze z 2016 roku 62,3% uczniów odpowiedziało w ankiecie, że ich matki ukończyły wyższe studia (dyplom licencjata lub wyżej). Wyższe wykształcenie ojca potwierdziło 59,3% badanych. Uczniowie, którzy posiadali przynajmniej jednego rodzica z wyższym wykształceniem, stanowili w 2016 roku prawie 70% badanej grupy. W poprzednich trzech rundach ten wskaźnik był nieco niższy i wynosił w 2012 roku – 65%, w 2008 – 69% i w 2004 – 63%. We wszystkich czterech rundach, około 10–13% uczniów nie wiedziało, jakie wykształcenie uzyskali ich rodzice. Przeważająca większość rodziców uczniów (ok. 85% matek i ok. 90% ojców) zbadanych w latach 2008–2016 pracowała zawodowo, przy czym niewielki odsetek badanych uczniów nie znał sytuacji zawodowej swoich rodziców (ok. 1–2%).

***Wiek.*** Zdecydowana większość uczestników ostatniej rundy *badań mokotowskich* (92,6%) urodziła się w 2001 roku, można więc przyjąć, że realizowali obowiązek nauki zgodnie z planem i w dniu badania mieli ukończone 15 lat. Młodsi respondenci, to jest uczniowie, którzy rozpoczęli edukację w szkole w wieku 6 lat, stanowili 2% badanych. Odsetek respondentów starszych wynosił 5,5%; w tej grupie znalazło się 41 uczniów urodzonych w 2000, 1999 lub 1998 roku. Najprawdopodobniej ci uczestnicy powtarzali kiedyś klasę bądź byli opóźnieni w edukacji z innych powodów, na przykład choroby lub odroczenia obowiązku szkolnego. W *badaniach mokotowskich* uczniowie starsi określani są jako „opóźnieni w realizacji obowiązku szkolnego", w skrócie „starsi". W poprzednich trzech rundach odsetek uczniów „starszych" wahał się od 4,5 do 7% (tabela 1.3).

**Tabela 1.2.** Zestawienie liczebności prób. Badania mokotowskie 2004–2016

| Rok badania | Chłopcy (%) | Dziewczęta (%) | Razem* |
|---|---|---|---|
| 2004 | 758 (52,0%) | 703 (48,0%) | 1461 |
| 2008 | 604 (49,5%) | 617 (50,5%) | 1221 |
| 2012 | 487 (49,9%) | 488 (50,1%) | 975 |
| **2016** | **400 (52,6%)** | **360 (47,4%)** | **760** |

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

**Tabela 1.3.** Odsetki uczniów opóźnionych w nauce w badanych próbach (starsze roczniki). Badania mokotowskie 2004–2016

| Rok badania | Chłopcy | Dziewczęta | Razem |
|---|---|---|---|
| 2004 | 9,5%*** | 4,2%*** | 7,0% *** |
| 2008 | 4,0%*** | 5,2% | 4,6%** |
| 2012 | 6,6%* | 2,5%* | 4,5% |
| **2016** | **6,3%** | **4,4%** | **5,4%** |

** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

Przy ocenie istotności różnic wyników ze względu na płeć oraz ze względu na poszczególne rundy badań zastosowano test chi kwadrat, liczony zawsze z tabel 2×2, z powszechnie przyjmowanym progiem istotności – $p < 0{,}05$. Porównania wskaźników rozpowszechnienia danego zjawiska dotyczą przede wszystkim porównań z poprzednią rundą. Zatem, na przykład, wynik dotyczący rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków z 2016 roku był porównywany z wynikiem rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków z 2012 roku, a ten sam wynik z 2012 roku był porównywany z odpowiednim wynikiem z 2008 roku itd. Porównania ze względu na płeć były dokonywane w ramach wyników poszczególnych rund.

## Ograniczenia badań mokotowskich

Jednym z najważniejszych ograniczeń dotyczących badań trendów zachowań ryzykownych młodzieży jest ekspozycja na czynniki zakłócające, które zmniejszają lub zakłócają porównywalność wyników poszczególnych rund badań. W przypadku badań mokotowskich mających ponad trzydziestoletnią tradycję, czynników zakłócających porównywalność wyników było wiele. Do najważniejszych należała reforma szkolnictwa z 1999 roku oraz rozwój sektora szkół niepublicznych w Warszawie. Bardzo trudno uwzględnić wpływ reformy szkolnictwa na przebieg długoterminowych trendów używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Dlatego, żeby wyeliminować choć jeden z istotnych czynników zakłócających porównywalność wyników, zdecydowaliśmy się zawęzić nasze obserwacje do okresu, w którym panował jeden system szkolny (okres gimnazjum). Ograniczenie zakresu obserwacji do lat 2004–2016 daje większą pewność, że badana młodzież podobnie rozumiała pytania, miała zbliżone doświadczenia szkolne, żyła i uczyła się w podobnej rzeczywistości społecznej. Jedynie w ten sposób możemy odpowiedzieć na zakłócenia, które były niezależne od badaczy i poza ich kontrolą. Ta decyzja skraca perspektywę naszych obserwacji. Osoby zainteresowane wynikami wcześniejszych rund badań mokotowskich, czyli z lat 1984–2000, odsyłamy do naszych poprzednich publikacji dostępnych w języku polskim (Ostaszewski i wsp., 2009; Ostaszewski i wsp., 2013) i angielskim (Ostaszewski i Pisarska, 2008; Okulicz-Kozaryn i Borucka, 2008).

Porównywalność wyników badań prowadzonych okresowo na przestrzeni wielu lat zależy również od decyzji badaczy. Czynnikiem zakłócającym porównywalność naszych badań były zmieniające się proporcje uczniów starszych w kolejnych rocznikach 15-latków (z ok. 15% w latach 80. XX wieku do ok. 5% w ostatnich trzech rundach badań) (Ostaszewski i wsp., 2009). Z tego względu, aby zachować porównywalność danych, wyniki dotyczące trendów w używaniu substancji psychoaktywnych w latach 1988–2012, a także trendów w zakresie wskaźników zdrowia psychicznego i wybranych aspektów stylu życia młodzieży w latach 2004–2012 zostały obliczone tak, aby uwzględniały dane tylko dla osób nieopóźnionych w nauce (Ostaszewski i wsp., 2013). Ten sposób analiz został utrzymany w niniejszej publikacji, Zdecydowaliśmy tak, aby wyniki *badań mokotowskich* publikowane w poprzednich raportach i publikacjach były spójne z bieżącymi wynikami tego projektu.

Niewątpliwym ograniczeniem tego typu badań są błędy pomiaru wynikające z niedoskonałości metody samoopisowej do badania zachowań ryzykowanych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Pytania ankietowe dotyczyły wielu „drażliwych" tematów: używania substancji psychoaktywnych, łamania prawa, przemocy, hazardu, problemów ze zdrowiem psychicznym. Niektórzy spośród uczniów mogli więc obawiać się, że ich odpowiedzi zostaną ujawnione nauczycielom lub rodzicom. Ta obawa jest potencjalnym źródłem błędu pomiaru. Znany jest także mechanizm aprobaty społecznej, który utrudnia rzetelne udzielanie odpowiedzi na pytania ankietowe. W związku z tym przez wszystkie lata badań podejmowano konsekwentne starania, aby zminimalizować podawanie nieprawdziwych odpowiedzi. W tym celu zapewniano uczniów o całkowitej anonimowości badań na poziomie indywidualnym,

klasy i szkoły. Podkreślano także w ustnej i pisemnej instrukcji dobrowolny charakter udziału w badaniach oraz ich poufny charakter. Warto także wspomnieć, że mimo nacisków ze strony niektórych dyrektorów szkół, zespół badawczy Pracowni „Pro-M" konsekwentnie nie udostępniał szkołom i władzom oświatowym wyników poszczególnych szkół lub klas szkolnych biorących udział w badaniu. „Ceną" są odmowy dyrektorów szkół, którzy coraz częściej uzależniają swoją zgodę od gotowości badaczy do podzielenia się ze szkołą „ich" materiałem badawczym. W tej kwestii potrzebne są zasady określające dostęp badaczy do szkół, które należy pilnie wypracować wspólnie z Ministerstwem Edukacji Narodowej i środowiskiem badaczy zajmujących się młodzieżą szkolną.

Powyższe ograniczenia dotyczą całego przedsięwzięcia badawczego, jakim są *badania mokotowskie*. Specyficznym ograniczeniem są „zawirowania" z wykonaniem próby, jakie miały miejsce w 2016 roku. Skąd wzięła się tak duża liczba odmów? Na te odmowy mogła mieć wpływ niekorzystna atmosfera wokół gimnazjów, jaka panowała późną jesienią 2016 roku. Toczyła się wówczas gorąca dyskusja nad reformą szkolnictwa, której celem była likwidacja gimnazjów i powrót do ośmioklasowej szkoły podstawowej. Dla dyrektorów gimnazjów było to na pewno źródło dodatkowego stresu i niepewności. W tej sytuacji zawiodły, skuteczne zwykle interwencje podejmowane przez kierownika projektu w Biurze Edukacji miasta stołecznego Warszawy. Można ostrożnie interpretować, że odmowa udziału w znanych badaniach prowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii była jakąś formą protestu przeciwko tej reformie i jej skutkom. W perspektywie badawczej doprowadziło to do znacznie mniejszego wykonania wylosowanej próby, co może skutkować niedoszacowaniem niektórych badanych zjawisk, jeśli założyć, że do szkół, które odmówiły udziału, chodzi młodzież z grup zwiększonego ryzyka. I choć stanowi to ograniczenie naszych badań, to trudno jednoznacznie oszacować, jaki to miało wpływ na uzyskane wyniki.

## Piśmiennictwo


1. Adlaf E., Paglia A. The Mental Health and Well-Being of Ontario Students. Findings from the OSDUS. Toronto 2001, Centre for Addiction and Mental Health.
2. Babbie E. Podstawy badań społecznych. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2008.
3. Biechowska D. Dysfunkcyjne korzystanie z internetu. w: Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Raduj J., Biechowska D. Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2013, 120–127.
4. Bobrowski K. Czas wolny a zachowania ryzykowne młodzieży. Alkoholizm i Narkomania 2007; 20(3): 267–287.
5. Bobrowski K. Monitorowanie wybranych wskaźników zdrowia psychicznego 15-latków w badaniach mokotowskich. Zmiany pomiędzy 2004 i 2008 rokiem. w: Okulicz-Kozaryn

K., Ostaszewski K. (red.) Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część II. Wydawnictwo Naukowe, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2010, 145–158.

6. Bobrowski K., Pisarska A., Ostaszewski K. Rekomendacje narzędzi do oceny zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży do dalszego stosowania w badaniach mokotowskich oraz w innych badaniach ankietowych młodzieży szkolnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2007.
7. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. Warsaw adolescent alcohol use in period of social change in Poland: Cluster analyses of five consecutive surveys, 1988 to 2004. Addictive Behaviors 2008; 33: 439–450.
8. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. The Social Drinking among Warsaw Adolescents. w: Everly K.T., Cossell E.M. (red.) Social Drinking. Uses, Abuses and Psychological Factors. Nova Science Publishers, Inc., New York 2010, 261–278.
9. Ostaszewski K. Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Alkoholizm i Narkomania 2008; 21(4): 363–389.
10. Ostaszewski K. Zachowania ryzykowne młodzieży z perspektywy mechanizmów resilience. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2014.
11. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Raport techniczny z realizacji projektu badawczego p.n. Monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych oraz wskaźników innych wybranych aspektów zdrowia psychicznego u młodzieży szkolnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2005.
12. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Adaptacja skal do pomiaru czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z rozwojem zachowań problemowych oraz do pomiaru zachowań problemowych. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2006, Maszynopis.
13. Ostaszewski K., Pisarska A. Trends in adolescent substance use: The Mokotow study 1988–2004. Drugs: education, prevention and policy. August 2008; 15(4): 378–394.
14. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Cybulska M., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Raport techniczny z realizacji projektu badawczego Monitorowanie zachowań ryzykownych młodzieży. Badania mokotowskie. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009.
15. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Raduj J., Biechowska D. Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2013.
16. Pisarska A. Stosowanie leków na dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne w latach 2004–2012. w: Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Raduj J., Biechowska D. Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2013, 77–87.

17. Pisarska A., Ostaszewski K. Stosowanie wybranych leków przez 15-letnich uczniów szkół warszawskich. Alkoholizm i Narkomania 2006; 19(1): 53–70.
18. Wolniewicz-Grzelak B., Ostaszewski K. Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego 1983; 4(52): 6882.
19. Wolniewicz-Grzelak B. Badania ankietowe nad spożywaniem alkoholu przez uczniów szkół podstawowych Mokotowa w 1984 roku i niektóre problemy metodologiczne. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego 1985; 4: 65–85.
20. Wolniewicz-Grzelak B. Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo–Wino–Wódka". Alkoholizm i Narkomania 1995; 2(19): 117–127.
21. Young K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder, Cyber Psychology Behavior, 1998; 1(3): 237–244.
22. Young K. S. Internet addiction: symptoms, evaluation, and treatment, Innovation in clinical practice: a source book, Sarasota 1999, Professional Resource Press.

# Rozdział 2 Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

**Krzysztof Ostaszewski**

**Streszczenie**

**Okres obserwacji.** Wyniki podsumowują obserwacje prowadzone w ramach badań mokotowskich w latach 2004–2016, czyli w okresie, kiedy uczestnicy badań uczyli się w trzecich klasach gimnazjów.
**Narzędzia.** Do pomiaru częstości używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, częstości palenia tytoniu i używania leków uspokajających/nasennych wykorzystywano ankietę NAN opracowaną przez B. Wolniewicz-Grzelak. Pytania tej ankiety dotyczą doświadczeń ostatniego roku.
**Wyniki.** Wyniki ostatniej rundy z 2016 roku wskazują na zmniejszanie się wskaźników rozpowszechnienia używania narkotyków oraz palenia tytoniu po kilku latach stabilizacji w zakresie tych zachowań. Biorąc pod uwagę cały okres obserwacji (12 lat), stosowanie leków nasennych/uspokajających wykazywało tendencję wzrostową, szczególnie wśród dziewcząt. Najczęściej stosowaną nielegalną substancją psychoaktywną były przetwory konopi. W 2016 roku około 13% badanych uczniów choć raz w ostatnim roku użyło marihuany lub haszyszu. Inne substancje psychoaktywne, w tym dopalacze, były stosowane przez mniej niż 2% badanych uczniów. W ostatnich czterech rundach płeć nie różnicowała wskaźników rozpowszechnienia kontaktów z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi. Wyniki ostatnich trzech rund wskazują również, że płeć przestaje różnicować odsetek uczniów palących tytoń codziennie. Po leki nasenne lub uspokajające zdecydowanie częściej sięgały dziewczęta, co potwierdzają wyniki wszystkich czterech rund.
**Wnioski.** Wyniki świadczące o tendencji do zmniejszania się rozpowszechnienia używania narkotyków oraz codziennego palenia tytoniu należy ocenić pozytywnie z perspektywy zdrowia publicznego 15-letniej młodzieży. Niepokoi natomiast wzrastający odsetek 15-letnich dziewcząt stosujących często leki nasenne i uspokajające.

## Wprowadzenie

Przedmiotem analiz w niniejszym rozdziale są te substancje psychoaktywne, które poza alkoholem, najczęściej używa młodzież szkolna. Do nich należą: nikotyna, narkotyki (przede wszystkim marihuana i haszysz) oraz leki uspokajające i nasenne. Na podstawie ogólnopolskich badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) z 2014 roku wiemy, że około 52% młodzieży w wieku 15–16 lat wypaliło papierosa przynajmniej raz w życiu (Kowalewska, 2015). W przypadku najbardziej popularnych narkotyków (marihuana/haszysz) szacuje

się, że około 25% młodzieży 15–16-letniej i 43% młodzieży w wieku 17–18 lat próbowała przynajmniej raz w życiu tych substancji, a około 10–15% używa tych narkotyków stosunkowo często, czyli przynajmniej raz w miesiącu (Sierosławski, 2015). Rosnącym problem jest także używanie przez młodzież leków psychoaktywnych (uspokajających i nasennych). W perspektywie całego życia dotyczy to około 17% 15–16-latków i około 18% 17–18-latków, przy czym, wskaźniki używania tych leków są mniej więcej dwukrotnie wyższe wśród dziewcząt (Sierosławski, 2015).

Wyodrębnienie tych trzech rodzajów substancji psychoaktywnych w jednym rozdziale jest uzasadnione z kilku powodów. Po pierwsze, palenie tytoniu, używanie narkotyków i leków psychoaktywnych przez młodych ludzi rzutuje niekorzystnie na stan ich zdrowia i bezpieczeństwo (Windle, 1994; Kowalewska, 2008; Ostaszewski, 2008; Pisarska i Ostaszewski, 2011). Zwiększa osobiste ryzyko takich problemów, jak:

- szkody zdrowotne (np. uzależnienia, zatrucia, infekcje, traumatyczne wydarzenia),
- zachowania ryzykowne podejmowane w związku z używaniem substancji psychoaktywnych (np. podejmowanie przedwczesnych i ryzykownych kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia lub/i z przypadkowym partnerem),
- zagrożenia dla rozwoju osobistego młodych ludzi (np. zaniedbywanie obowiązków szkolnych, konflikty z prawem, konflikty z rodzicami, utrata zainteresowań).

Po drugie, używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną jest wysoko skorelowane z zachowaniami prowadzącymi do problemów szkolnych – wagarami, niskimi ocenami i specjalnymi ścieżkami edukacyjnymi dla młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Wiele wskazuje na to, że problemy szkolne sprzyjają używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież, a używanie substancji utrudnia wywiązywanie się z obowiązków szkolnych. Te dwa obszary zachowań ryzykownych stanowią znaczne zagrożenie dla prawidłowego rozwoju młodzieży szkolnej (Newcomb i wsp., 2002; Zimmerman, Schmeelk-Cone, 2003; Ostaszewski, 2014).

Po trzecie, zachowania te współwystępują. Palenie tytoniu i używanie narkotyków jest bardzo silnie skorelowane. Ta korelacja jest nawet silniejsza niż w przypadku powszechnie współwystępujących zachowań, takich jak palenie papierosów i picie alkoholu. W ostatniej rundzie badań mokotowskich współczynnik korelacji pomiędzy częstością palenia tytoniu i częstością używania narkotyków był wysoki ($r = 0{,}6$), co świadczy o silnym wzajemnym związku tych dwóch zachowań. Używanie leków uspokajających/nasennych jest także dodatnio skorelowane z paleniem tytoniu i z używaniem narkotyków, ale poziom tych związków jest umiarkowany ($r = 0{,}2$).

## Narzędzia badawcze i wskaźniki

Do pomiaru częstości używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, częstości palenia tytoniu i używania leków uspokajających/nasennych wykorzystywano pytania ankiety NAN opracowanej w latach 80. XX wieku przez B. Wolniewicz-Grzelak (Wolniewicz-Grzelak,

Ostaszewski, 1983). Pytania ankiety NAN zostały tak skonstruowane, aby ograniczyć uzyskiwane dane do doświadczeń ostatniego roku (np. *Czy od września zeszłego roku do teraz zdarzyło ci się, że używałeś środków narkotyzujących?* odp.: *od „1" nie zdarzyło się do „5" tak – więcej niż kilkanaście razy*). W rundach badań mokotowskich z lat 2012 i 2016 do powyższego pytania podstawowego dołączono pytanie dotyczące rodzaju nielegalnych substancji, których młodzież używała: *Jeśli na poprzednie pytanie odpowiedziałeś Tak, to zaznacz, jakie to były środki,* odp. *marihuana/haszysz, kleje/rozpuszczalniki, leki psychotropowe/uspokajające/nasenne, amfetamina, ecstasy, dopalacze, inne środki (napisz jakie).*

Oprócz pytań o częstość używania substancji psychoaktywnych, ankieta NAN zawierała również dwa pytania dotyczące społecznego kontekstu używania tych substancji przez nastolatków. Pierwsze z nich to pytanie o dostępność nielegalnych substancji psychoaktywnych na młodzieżowych spotkaniach towarzyskich, a drugie – dotyczyło wzorów palenia papierosów przez rodziców uczestników badań (zob. szczegółowe pytania w ankiecie NAN 2016 zamieszczonej w Aneksie).

## *Wskaźniki*

- W przypadku **narkotyków i leków uspokajających/nasennych** wskaźnikami, które służyły do porównań w poszczególnych latach, były:
  – używanie tych środków przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku,
  – używanie okazjonalne (raz, dwa lub kilka razy w ciągu ostatniego roku),
  – używanie częste (przynajmniej kilkanaście razy w ciągu ostatniego roku).
- **Uczestniczenie w młodzieżowych spotkaniach towarzyskich, podczas których używa się narkotyków.** Do porównań służyły następujące wskaźniki:
  – uczestniczenie w ogóle (przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku),
  – uczestniczenie okazjonalne (raz, dwa lub kilka razy w ciągu ostatniego roku),
  – uczestniczenie częste (przynajmniej kilkanaście razy w ciągu ostatniego roku).
- Do zbierania informacji na temat **rodzajów narkotyków** używanych przez młodzież w czasie spotkań towarzyskich wykorzystano pytanie, które umożliwia zakreślanie odpowiedzi z listy dwunastu substancji lub dopisanie przez respondenta nazwy substancji, jeśli nie ma jej na tej liście (kategorie dychotomiczne odpowiedzi: występuje, nie występuje).
- Do zbierania informacji na temat **rodzajów narkotyków** używanych przez młodzież wykorzystano pytanie, które umożliwia zakreślanie odpowiedzi z listy sześciu substancji (marihuana/haszysz, kleje/rozpuszczalniki, leki psychotropowe/nasenne, amfetamina, ecstasy, dopalacze) lub dopisanie przez respondenta nazwy substancji, jeśli nie ma jej na tej liście (kategorie dychotomiczne odpowiedzi: występuje, nie występuje).
- Do oceny zmian w trendach **palenia papierosów** przez 15-letnią młodzież wybrano trzy wskaźniki:

– palenie ogółem, który określa odsetek młodzieży przyznającej się do palenia papierosów bez względu na częstość tego zachowania,
– palenie okazjonalne (od kilku razy w roku do kilku razy w tygodniu),
– palenie codzienne.

- Do oceny zmian w trendach **palenia papierosów przez rodziców** 15-letniej młodzieży wybrano również trzy wskaźniki:
  – rodzice nie palili papierosów,
  – palili okazjonalnie (jeżeli „czasem" palił przynajmniej jeden z rodziców),
  – palili nałogowo (jeżeli „nałogowo" palił przynajmniej jeden z rodziców).

# Wyniki

## *Narkotyki*

W tabelach 2.1 i 2.2 zestawione są wyniki dotyczące używania substancji psychoaktywnych zwanych potocznie „narkotykami". Ta ogólna nazwa zawiera głównie nielegalne substancje psychoaktywne, takie jak przetwory konopi, amfetamina, kokaina, ale również pod tą nazwą kryją się nowe substancje psychoaktywne (dopalacze), substancje lotne (ogólnodostępne kleje) oraz substancje będące składnikami popularnych leków przeciwkaszlowych lub przeciwgrypowych. Wyniki ostatniej rundy badań mokotowskich (2016) pokazują znaczące zmniejszenie się wskaźnika „używanie narkotyków w ostatnim roku" na tle wyników poprzednich trzech rund badań mokotowskich (2004, 2008, 2012). Te ostatnie wskazywały na stabilizację kontaktów 15-letniej młodzieży z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi (rycina 2.1). W 2016 roku odsetek młodzieży przyznającej się do używania narkotyków przynajmniej raz w ostatnim roku zmniejszył się o 3,5 punktu procentowego: z 18,2% w 2012 roku do 14,7% w 2016 roku; $p < 0{,}05$. Na to znaczące zmniejszenie „zapracowały" głównie dziewczęta, u których wskaźnik ten zmalał z 18% w 2012 do 12,6% w 2016 roku; $p < 0{,}05$. W latach 2004–2016 grupa wysokiego ryzyka, czyli młodzież, która często używała narkotyków (przynajmniej kilkanaście razy w ciągu roku), utrzymywała się na podobnym stałym poziomie 3–4% badanych (tabela 2.1).

W latach 2012 i 2016 dzięki dodatkowemu pytaniu uzyskiwano informację o rodzaju nielegalnej substancji psychoaktywnej używanej przez badanego ucznia w ostatnim roku. Wyniki wskazują na dominację przetworów konopi (marihuany i haszyszu) (tabela 2.2). Po te substancje sięgnęło około 16% uczniów w 2012 i około 13% w 2016 roku. Odnotowany spadek rozpowszechnienia używania marihuany przy tej liczebności uczestników badań był na granicy istotności statystycznej; $p < 0{,}06$. Rozpowszechnienie używania pozostałych narkotyków w latach 2012–2016 było zdecydowanie niższe i wahało się na poziomie około 1–2%. W tych latach po leki psychotropowe/uspokajające w celu odurzania się sięgnęło około 2% badanych uczniów, po inne substancje (np. acodin) również około 2% uczniów, a po dopalacze około 1% (tabela 2.2).

W 2016 roku około 13% dziewcząt i 16% chłopców z Mokotowa, Ursynowa i Wilanowa przyznało się do użycia narkotyku w ciągu ostatniego roku przed badaniem. Te różnice okazały się nieistotne statystycznie, chociaż różniły się o około 3 punkty procentowe (tabela 2.8). Wyniki ostatnich czterech rund badań mokotowskich sugerują, że rozpowszechnienie kontaktów z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi wyglądało podobnie zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców. Wskazują na to również dane dotyczące częstego używania narkotyków w latach 2004–2016. Odsetek dziewcząt i chłopców, którzy przynajmniej kilkanaście razy użyli narkotyku, w tych czterech rundach badań mieści się w przedziale 3–4% (tabela 2.1, rycina 2.1).

Dane dotyczące poszczególnych narkotyków wskazują również na brak istotnych różnic ze względu na płeć uczniów. W 2016 roku nie stwierdzono różnic ze względu płeć w stosowaniu wyróżnionych rodzajów narkotyków lub różnice te trudno interpretować w kategoriach statystycznych – ze względu na bardzo małą liczebność osób w poszczególnych kategoriach, np. 0,5% dziewcząt przyznało się do przyjmowania ecstasy w ostatnim roku (tabela 2.2).

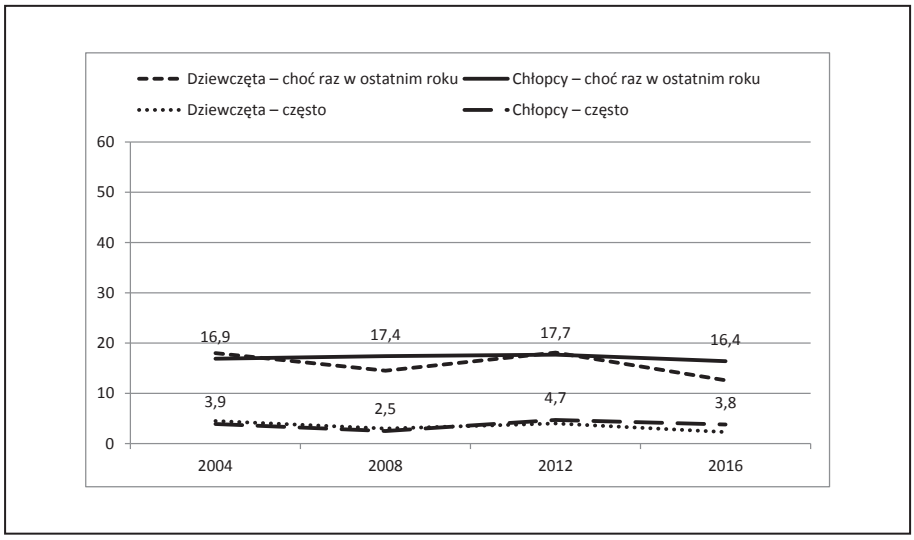
**Tabela 2.1.** Używanie narkotyków przez młodzież w ostatnim roku

| Rok badania | Liczba respondentów | W roku poprzedzającym badanie (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nie używali | Używali okazjonalnie (raz, dwa lub kilka razy) | Używali często (przynajmniej kilkanaście razy) | Użyli choć raz (kolumna 4 + 5 razem) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | 666 | 82,0 | 13,5 | 4,5 | 18,0 |
| 2008 | 565 | 85,5 | 11,5 | 3,0 | 14,5 |
| 2012 | 475 | 81,9 | 14,1 | 4,0 | 18,1 |
| 2016 | 344 | 87,4 | 10,2# | 2,3 | 12,6* |
| | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | 673 | 83,1 | 13,1 | 3,9 | 16,9 |
| 2008 | 556 | 82,6 | 14,9 | 2,5 | 17,4 |
| 2012 | 451 | 82,3 | 13,1 | 4,7 # | 17,7 |
| 2016 | 375 | 83,6 | 12,6 | 3,8 | 16,4 |
| | | **Razem** | | | |
| 2004 | 1348 | 82,6 | 13,2 | 4,2 | 17,4 |
| 2008 | 1121 | 84,0 | 13,2 | 2,8 | 16,0 |
| 2012 | 933 | 81,8 | 13,9 | 4,3 # | 18,2 |
| 2016 | 720 | 85,3 | 11,6 | 3,1 | 14,7* |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się od 0,1 do 0,6%.

* $p < 0,05$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej




**Rycina 2.1.** Płeć a trendy w używaniu narkotyków przez młodzież

**Tabela 2.2.** Rodzaje substancji psychoaktywnych używanych przez młodzież w ostatnim roku (odsetek). Dane z lat 2012 i 2016

| | 2012 | | | 2016 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rodzaje substancji psychoaktywnych** | **Dziewczęta N = 449** | **Chłopcy N = 471** | **Razem N = 935** | **Dziewczęta N = 344** | **Chłopcy N = 375** | **Razem** |
| Marihuana lub haszysz | 15,3 | 16,7 | 16,2 | 12,0 | 14,5 | 13,3 |
| Substancje wziewne (kleje) | 1,7 | 0,2 | 1,0 | 0,6 | 0,8 | 0,7 |
| Leki psychotropowe i uspokajające | 4,2 | 0,9** | 2,6 | 2,3 | 1,1 | 1,7 |
| Amfetamina | 1,1 | 1,3 | 1,2 | 0,6 | 0,8 | 0,7 |
| Ecstasy | 1,1 | 0,2 | 0,7 | 0,5 | 0,9 | 0,7 |
| Dopalacze | 1,9 | 0,2 | 1,1 | 0,9 | 1,3 | 1,1 |
| Inne (np. acodin, tabaka) | 1,7 | 2,0 | 1,8 | 1,2 | 2,1 | 1,7 |

Odsetek braków danych na to pytanie wynosił 1,0%.

** $p < 0{,}01$

Uwaga! Odsetek w tej tabeli jest większy od odsetka osób przyznających się do używania jakiejś substancji w ostatnim roku przed badaniem, ponieważ niektóre osoby ankietowane wymieniały więcej niż jeden rodzaj substancji.

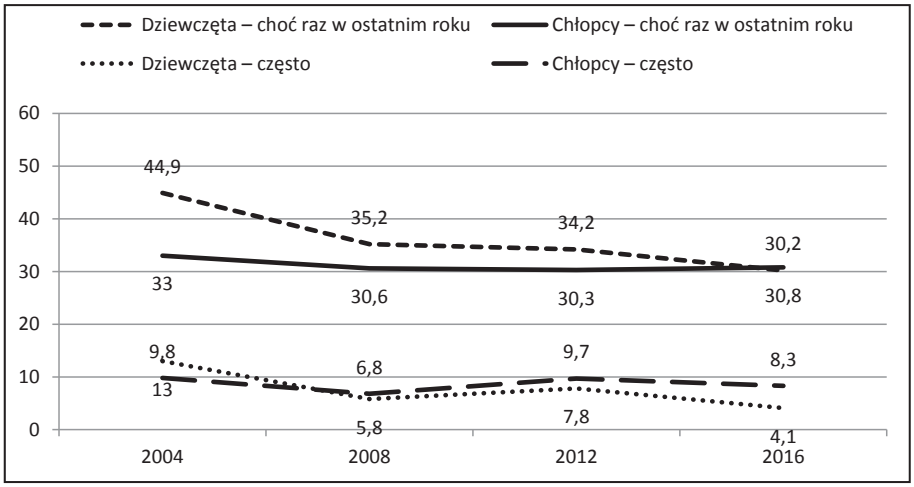
## Dostępność narkotyków na młodzieżowych spotkaniach towarzyskich

Udział w młodzieżowych spotkaniach towarzyskich, podczas których używa się narkotyków, może być śmiało traktowany jako miara dostępności tych substancji dla młodzieży szkolnej. Nieformalny charakter tych spotkań, ograniczona kontrola rodzicielska oraz luźna atmosfera sprawiają, że narkotyki są na takich spotkaniach dosłownie na wyciągnięcie ręki.

Empirycznym potwierdzeniem tej tezy mogą być wyniki wcześniejszych rund badań mokotowskich z lat 90. XX wieku, które pokazywały liniową zależność pomiędzy wzrostem liczby uczniów uczestniczących w tych spotkaniach a wzrostem wskaźników używania narkotyków przez uczniów (Ostaszewski i wsp., 2013).

W okresie 2008–2016 liczba młodzieży uczestniczącej przynajmniej raz w ostatnim roku w spotkaniach, gdzie używano narkotyków, ustabilizowała się na poziomie około jednej trzeciej badanej młodzieży (tabela 2.3, rycina 2.2). W tym czasie nie stwierdzono różnic ze względu na płeć we wskaźniku „uczestniczenie choć raz w ostatnim roku w takim spotkaniu". Kiedy jednak analizujemy wskaźnik częstego uczestniczenia w tego typu spotkaniach (przynajmniej kilkanaście razy w ostatnim roku), to odsetek chłopców (ok. 8%) jest dwukrotnie wyższy niż odsetek dziewcząt (ok. 4%), $p < 0{,}02$.

Na przestrzeni lat 2004–2016 najbardziej popularnymi nielegalnymi substancjami używanymi podczas młodzieżowych spotkań towarzyskich pozostawały przetwory konopi (marihuana i haszysz) (tabela 2.4). Około 30% badanych 15-latków w latach 2004–2016 uczestniczyło w spotkaniach towarzyskich, gdzie używano marihuany lub haszyszu. Pozostałe substancje były znacznie mniej dostępne na spotkaniach towarzyskich młodzieży szkolnej na Mokotowie, Ursynowie i Wilanowie. Nowym zjawiskiem odnotowanym w dwóch ostatnich rundach (2012 i 2016) była dostępność dopalaczy. Około 5% młodzieży uczestniczyło w spotkaniach towarzyskich, na których brano dopalacze. Wyniki ostatniej rundy badań mokotowskich sugerują, że w młodzieżowych kręgach zmniejszyła się dostępność przetworów konopi, heroiny, amfetaminy, kokainy, leków psychoaktywnych, ecstasy, LSD i innych halucynogenów (tabela 2.4).




**Rycina 2.2.** Trendy w uczestniczeniu w spotkaniach młodzieżowych, podczas których używano narkotyków

**Tabela 2.3.** Uczestniczenie w ostatnim roku w spotkaniach towarzyskich, podczas których używano nielegalnych substancji psychoaktywnych

| Rok badania | Liczba respondentów | W roku poprzedzającym badanie (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nie uczestniczyli | Uczestniczyli okazjonalnie (raz, dwa lub kilka razy) | Uczestniczyli często (przynajmniej kilkanaście razy) | Uczestniczyli choć raz (kolumna 4 + 5 razem) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 663 | 55,1 | 32,0 | 13,0 | 44,9 |
| 2008 | 565 | 64,8 | 29,4 | 5,8*** | 35,2*** |
| 2012 | 476 | 65,8 | 26,5 | 7,8 | 34,2 |
| 2016 | 344 | 69,8 | 26,1 | 4,1* | 30,2 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 673 | 67,0 | 23,2 | 9,8 | 33,0 |
| 2008 | 556 | 69,4 | 23,7 | 6,8 | 30,6 |
| 2012 | 452 | 69,7 | 20,6 | 9,7# | 30,3 |
| 2016 | 375 | 69,2 | 22,5 | 8,3 | 30,8 |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1345 | 61,0 | 27,7 | 11,3 | 39,0 |
| 2008 | 1129 | 67,1 | 26,7 | 6,3*** | 32,9** |
| 2012 | 935 | 67,5 | 23,7 | 8,8* | 32,5 |
| 2016 | 720 | 69,5 | 24,2 | 6,3# | 30,5 |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się od 0 do 0,6%.

* $p < 0,05$;
** $p < 0,01$;
*** $p < 0,001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)
\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

**Tabela 2.4.** Rodzaje substancji psychoaktywnych używanych podczas młodzieżowych spotkań towarzyskich

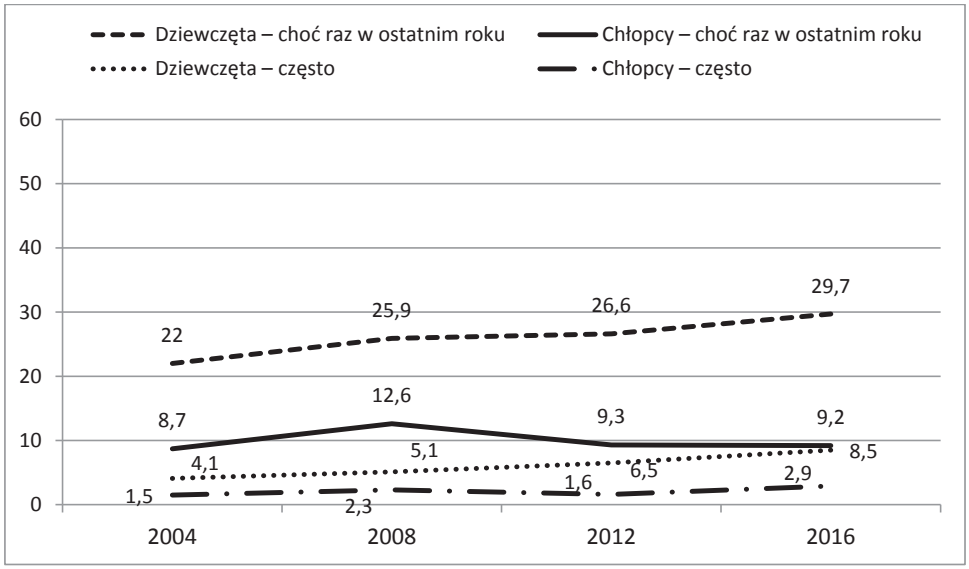
| Odsetek uczniów, którzy wymienili poszczególne substancje psychoaktywne dostępne w czasie tych spotkań | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Rodzaje substancji używanych w czasie tych spotkań** | **Rok 2004** ***N* = 1330** | **Rok 2008** ***N* = 1099** | **Rok 2012** ***N* = 935** | **Rok 2016** ***N* = 720** |
| Marihuana lub haszysz | 36,0 | 29,4 | 30,2 | 26,8 |
| Substancje wziewne (kleje) | 2,9 | 2,1 | 3,9 | 1,5 |
| LSD i inne halucynogeny | 3,4 | 3,7 | 3,7 | 1,8 |
| Leki psychotropowe i uspokajające | 2,6 | 6,2 | 7,2 | 3,8 |
| Amfetamina | 5,2 | 3,6 | 3,9 | 2,6 |
| Opiaty (w tym „kompot" i heroina) | 3,0 | 2,1 | 2,2 | 1,3 |
| Kokaina | 1,8 | 4,2 | 3,0 | 2,4 |
| Ecstasy | 5,3 | 3,2 | 2,8 | 1,5 |
| Steroidy anaboliczne | 2,8 | 1,0 | 1,1 | 1,3 |
| Kodeina | | 2,2 | 1,1 | 1,5 |
| Dopalacze | | | 5,1 | 4,7 |
| Inne (np. acodin, tabaka, oraz trudne do interpretacji, nieznane) | 2,6 | 5,7 | 5,3 | 4,0 |

Uwaga! Odsetek w poszczególnych latach jest większy od odsetka osób biorących udział w narkotykowych spotkaniach towarzyskich w tych latach, ponieważ osoby ankietowane często wymieniały więcej niż jeden rodzaj substancji. Odsetek braków odpowiedzi 2004–2016 poniżej 5%

## *Leki uspokajające lub/i nasenne*

W latach 2004–2016 zaznaczyła się lekka tendencja wzrostowa w przyjmowaniu leków uspokajających lub/i nasennych wśród badanych uczniów. Odsetek nastolatków, którzy choć raz w ciągu roku sięgnęli po te farmaceutyki, wzrósł z około 15% w 2004 roku do około 19% w 2016 roku, $p < 0{,}03$ (tabela 2.5). Wzrost w zakresie przyjmowania tych leków był widoczny szczególnie wśród dziewcząt. Na przestrzeni 12 lat odsetek nastolatek sięgających po leki uspokajające lub nasenne wzrósł z 22% w 2004 roku do około 30% w 2016 roku, $p < 0{,}009$ (rycina 2.3). Warto również zwrócić uwagę na odsetek dziewcząt, które leki uspokajające i nasenne stosowały często – czyli kilkanaście lub więcej razy w ostatnim roku. W 2004 roku około 4% nastolatek potwierdzało częste przyjmowanie tych leków, podczas gdy w 2016 roku odsetek ten wyniósł 8,5%; $p < 0{,}006$. W grupie chłopców nie stwierdzono istotnych zmian w używaniu tych leków.

Odsetek dziewcząt sięgających po leki uspokajające/nasenne we latach 2004–2016 był dwu- lub trzykrotnie wyższy niż odsetek chłopców przyjmujących te leki (tabela 2.8, rycina 2.3). W 2016 roku około 9% chłopców oraz około 30% dziewcząt zaznaczyło w ankiecie, że w ostatnim roku przynajmniej raz używało tych leków.




**Rycina 2.3.** Płeć a trendy w używaniu leków uspokajających/nasennych przez młodzież

**Tabela 2.5.** Używanie przez młodzież leków uspokajających i nasennych

| Rok badania | Liczba respondentów | W roku poprzedzającym badanie (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nie używali | Używali okazjonalnie (raz, dwa lub kilka razy) | Używali często (przynajmniej kilkanaście razy) | Użyli choć raz (kolumna 4 + 5 razem) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 664 | 78,0 | 17,9 | 4,1 | 22,0 |
| 2008 | 564 | 74,1 | 20,7 | 5,1 | 25,9 |
| 2012 | 474 | 73,4 | 20,0 | 6,5 | 26,6 |
| 2016 | 344 | 70,3 | 21,2 | 8,5 | 29,7 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 670 | 91,3 | 7,2 | 1,5 | 8,7 |
| 2008 | 554 | 87,4 | 10,3* | 2,3 | 12,6* |
| 2012 | 443 | 90,7 | 7,7 | 1,6 | 9,3 |
| 2016 | 375 | 90,8 | 6,3 | 2,9 | 9,2 |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1343 | 84,7 | 12,6 | 2,8 | 15,3 |
| 2008 | 1118 | 80,7 | 15,6* | 3,7 | 19,3** |
| 2012 | 917 | 81,8 | 14,1 | 4,1 | 18,2 |
| 2016 | 720 | 80,8 | 13,5 | 5,7 | 19,2 |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się od 0,2 do 1,2%.

* $p < 0{,}05$;

** $p < 0{,}01$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

## *Papierosy*

W tabeli 2.6 zestawione są dane dotyczące palenia papierosów w ostatnim roku w latach 2004–2016. Wyniki ostatniej rundy badań mokotowskich wskazują na istotne zmniejszenie się wskaźników palenia papierosów w stosunku do wyników poprzednich trzech rund. Porównania w obrębie wszystkich trzech wskaźników (palenie ogółem, palenie okazjonalne i codzienne) wskazują na mniejsze rozmiary palenia tytoniu wśród 15-latków z Warszawy (rycina 2.4). Palenie codzienne, które jest wskaźnikiem nałogowego palenia papierosów, zmniejszyło się z 10% w 2012 roku do około 6% w 2016 roku, $p < 0{,}01$, podobnie palenie okazjonalne zmniejszyło się z 31% w 2012 roku do około 23,5% w 2016 roku, $p < 0{,}001$. Na te istotne zmiany wpływ miało zmniejszenie się odsetka regularnie palących dziewcząt oraz chłopców (chociaż u chłopców zmiana ta nie przekroczyła progu istotności statystycznej).

Wyniki z lat 2004–2016 potwierdzają, że więcej 15-letnich dziewcząt niż chłopców paliło papierosy okazjonalnie ($p < 0{,}001$), natomiast w paleniu codziennym płeć począwszy od 2008 roku nie różnicowała w istotny sposób rozpowszechnienia tego zachowania (tabela 2.8, rycina 2.4).

**Tabela 2.6.** Palenie papierosów przez młodzież w ostatnim roku

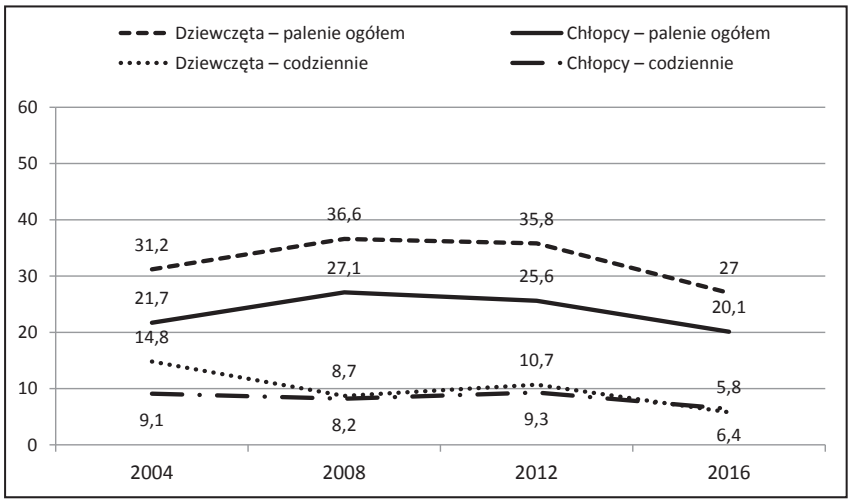
| Rok badania | Liczba respondentów | W roku poprzedzającym badanie (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nie palili | Palili okazjonalnie | Palili codziennie | Palenie ogółem (kolumna 4 + 5 razem) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 664 | 68,8 | 16,4** | 14,8 | 31,2* |
| 2008 | 566 | 63,4 | 27,9*** | 8,7*** | 36,6* |
| 2012 | 475 | 64,2 | 25,1 | 10,7 | 35,8 |
| 2016 | 344 | 73,0 | 21,2 | 5,8* | 27,0** |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 673 | 78,3 | 12,6 | 9,1** | 21,7** |
| 2008 | 558 | 72,9 | 18,8** | 8,2 | 27,1* |
| 2012 | 450 | 74,4 | 16,2 | 9,3 | 25,6 |
| 2016 | 375 | 79,9 | 13,6 | 6,4 | 20,1# |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1346 | 73,6 | 14,5** | 12,0 | 26,4*** |
| 2008 | 1132 | 68,3 | 23,3*** | 8,4** | 31,7** |
| 2012 | 932 | 69,0 | 21,0 | 10,0 | 31,0 |
| 2016 | 720 | 76,6 | 17,3* | 6,1** | 23,4*** |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się od 0,1 do 0,5%.

* $p < 0{,}05$;
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)
\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

### Palenie papierosów przez rodziców nastolatków

Interesującym tłem dla obserwacji palenia papierosów przez 15-letnią młodzież są trendy w paleniu tytoniu przez ich rodziców. Jeśli spojrzymy na cały okres badań mokotowskich, to widać, że palenie papierosów w populacji rodziców 15-latków zdecydowanie zmniejszyło swoje rozmiary. W 2016 roku około 60% rodziców badanych uczniów nie paliło papierosów. Trzydzieści dwa lata wcześniej takich rodziców było tylko 27% (rycina 2.4). Na przestrzeni ostatnich kilku dekad radykalnie zmniejszył się odsetek rodziców palących okazjonalnie (o ok. 10%) i nałogowo (o ok. 23%) (tabela 2.7). Te pozytywne zmiany obserwowane u rodziców przełożyły się z czasem na zmniejszanie się wskaźników palenia wśród ich nastoletnich dzieci. Wzory antyzdrowotnych zachowań rodziców, takich jak palenie papierosów, są istotnym czynnikiem ryzyka zachowań ryzykownych dorastających dzieci (Kandel, 1998).




**Rycina 2.4.** Płeć a trendy w paleniu papierosów przez młodzież

**Tabela 2.7.** Palenie tytoniu przez rodziców 15-letnich uczniów. Trendy w latach 1984–2016

| Rok badania | Liczba respondentów | Odsetek uczniów, których rodzice: | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Nie palili papierosów | Palili okazjonalnie (przynajmniej jeden z rodziców) | Palili nałogowo (przynajmniej jeden z rodziców) |
| 1984 | 3402 | 27,0 | 26,3 | 46,5 |
| 1988 | 3334 | 31,5 | 24,0 | 44,5 |
| 1992 | 1754 | 30,0 | 21,2* | 48,7** |
| 1996 | 2171 | 36,5 | 17,4*** | 46,1 |
| 2000 | 2080 | 40,0 | 16,2 | 43,8* |
| 2004 | 1349 | 48,6 | 14,2 | 37,2*** |
| 2008 | 1131 | 52,4 | 14,9 | 32,6** |
| 2012 | 919 | 56,0 | 15,0 | 28,9 # |
| 2016 | 720 | 60,5 | 16,4 | 23,2** |

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

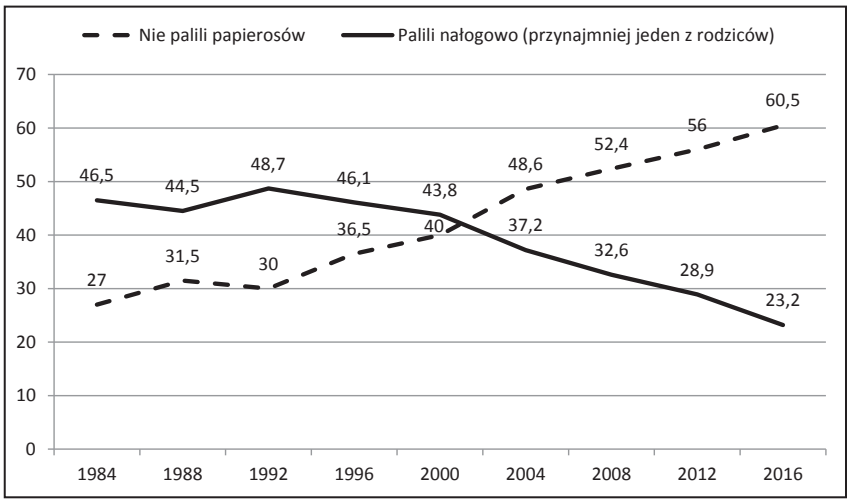
* $p < 0{,}05$;

** $p < 0{,}01$;

*** $p < 0{,}001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej




**Rycina 2.5.** Palenie papierosów wśród rodziców uczestników badań. Dane z okresu 1984–2016

**Tabela 2.8.** Porównanie wybranych wskaźników używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol ze względu na płeć, odsetek i liczebność

| | **2004** | | **2008** | | **2012** | | **2016** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Dziewczęta** | **Chłopcy** | **Dziewczęta** | **Chłopcy** | **Dziewczęta** | **Chłopcy** | **Dziewczęta** | **Chłopcy** |
| Używanie narkotyków – przynajmniej raz w ostatnim roku | **18,0**<br>*N* = 666 | **16,9**<br>*N* = 673 | **14,5**<br>*N* = 565 | **17,4**<br>*N* = 556 | **18,1**<br>*N* = 475 | **17,7**<br>*N* = 451 | **12,6**<br>*N* = 341 | **16,4**<br>*N* = 372 |
| Używanie marihuany/haszyszu przynajmniej raz w ostatnim w roku | Brak danych | | Brak danych | | **15,3**<br>*N* = 471 | **16,7**<br>*N* = 449 | **12,0**<br>*N* = 342 | **14,5**<br>*N* = 373 |
| Używanie leków nasennych/ uspokajających – przynajmniej raz w ostatnim roku | **22,0**<br>*N* = 664 | **8,7*****<br>*N* = 670 | **25,9**<br>*N* = 564 | **12,6*****<br>*N* = 554 | **26,6**<br>*N* = 474 | **9,3*****<br>*N* = 443 | **29,7**<br>*N* = 341 | **9,2*****<br>*N* = 372 |
| Codzienne palenie papierosów | **14,8**<br>*N* = 664 | **9,1*****<br>*N* = 673 | **8,7**<br>*N* = 566 | **8,2**<br>*N* = 558 | **10,7**<br>*N* = 475 | **9,3**<br>*N* = 450 | **5,8**<br>*N* = 344 | **6,4**<br>*N* = 373 |
| Palenie papierosów w ostatnim roku | **31,2**<br>*N* = 664 | **21,7*****<br>*N* = 673 | **36,6**<br>*N* = 566 | **27,1*****<br>*N* = 558 | **35,8**<br>*N* = 475 | **25,6*****<br>*N* = 450 | **27,0**<br>*N* = 344 | **20,1***<br>*N* = 373 |

* $p < 0{,}05$;
** $p < 0{,}01$;
*** $p < 0{,}001$

## Podsumowanie i omówienie wyników

***Narkotyki.*** Wyniki ostatniej rundy badań mokotowskich (rok 2016) wskazują na zmniejszenie się wskaźników używania narkotyków wśród warszawskiej młodzieży gimnazjalnej. Świadczy o tym wyraźne zmniejszenie się odsetka młodzieży, która w ostatnim roku sięgała po narkotyki. W latach, kiedy młodzież uczestnicząca w badaniach mokotowskich chodziła do gimnazjum (2004–2016), używanie tych substancji utrzymywało się na względnie stałym poziomie – (16–18% młodzieży przyznającej się do używania narkotyków przynajmniej raz w ostatnim roku), a ostatnio spadło o kilka punktów procentowych. Jest to niewątpliwie pozytywna zmiana po okresie wzrostu wskaźników używania narkotyków obserwowanych w populacji 15-latków na Mokotowie w latach 90. XX wieku (Ostaszewski i wsp., 2013). Wyniki badań ogólnopolskich nad 15-letnią młodzieżą szkolną ESPAD-2015 (*European School Survey Project on Alcohol and Drug*s) (Sierosławski, 2015) oraz HBSC-2014 (Mazur, 2015) nie są jednoznaczne w tym zakresie. Wyniki badania HBSC z 2014 roku wskazują na utrzymywanie się pomiędzy 2010 i 2014 tendencji wzrostowej w kontaktach młodzieży z narkotykami (Woynarowska, 2015). Natomiast wyniki ostatniej rundy badań ESPAD wskazują na stabilizację wskaźników używania marihuany przez 15-latków w latach 2011–2015 (Sierosławski, 2015). Na stabilizację wskaźników używania narkotyków wskazują również ostatnie sondaże CBOS-u, prowadzone wśród pełnoletniej młodzieży kończącej edukację w szkołach ponadgimnazjalnych (Malczewski, 2016). Tak więc, wyniki badań z ostatnich dwóch lat (lata 2015–2016) sugerują, że używanie narkotyków wśród polskiej młodzieży stabilizuje się albo nawet lekko się zmniejsza. Trzeba poczekać do następnych rund badań, żeby przekonać się, czy ta tendencja będzie trwała.

Badania mokotowskie i badania ogólnopolskie jednoznacznie wskazują na dominację przetworów konopi wśród nielegalnych substancji psychoaktywnych używanych przez dorastającą młodzież (Sierosławski, 2015; Woynarowska, 2015; Malczewski, 2016). Wysoką popularność marihuany wśród młodzieży szkolnej należy przypisać kilku czynnikom. Badania ESPAD pokazują, że jeszcze w 1995 roku 53% 15–16-latków sadziło, iż palenie marihuany od czasu do czasu wiąże się z dużym ryzykiem, ale już w 2015 roku tego samego zdania było tylko 31% młodzieży. W tym czasie w ocenie młodzieży znacznie wzrosła również dostępność tego narkotyku (Sierosławski, 2015). Przyczyniły się do tego również publiczne dyskusje na temat legalizacji marihuany, wykorzystywanie haseł legalizacji marihuany w kampaniach wyborczych niektórych partii politycznych w Polsce, zmiany statusu prawnego tego narkotyku w Urugwaju, w kilku stanach USA i w sąsiadujących z nami Czechach, a także debata o pożytkach marihuany i przetworów konopi w leczeniu niektórych schorzeń itd. Te procesy wpływają na coraz większą społeczną akceptację używania tego narkotyku. Tak więc, można założyć, że zmieniający się klimat społeczny wokół marihuany, łagodniejsza ocena ryzyka oraz większa dostępność odpowiadają za utrzymujący się wysoki poziom rozpowszechnienia używania marihuany w populacji młodzieży w Polsce.

Nasze badania przeprowadzone w 2012 i 2016 roku, wskazują również na stałe zagrożenie ze strony nowych substancji psychoaktywnych. Mimo wielu działań ograniczających dostęp do tych substancji, tak zwane dopalacze są drugim po marihuanie narkotykiem najczęściej pojawiającym się na spotkaniach towarzyskich młodzieży. Wprawdzie do ich użycia w ciągu ostatniego roku przyznało się około jednego procenta uczestników badań mokotowskich z lat 2012 i 2016, to jednak prawie 5% młodych ludzi miało do nich dostęp na spotkaniach towarzyskich. Niski wskaźnik używania dopalaczy uzyskany w naszych badaniach nie znajduje potwierdzenia w ogólnopolskich badaniach ESPAD przeprowadzonych wiosną 2015 roku, kiedy to pojawiła się wzmożona fala zatruć dopalaczami. Na podstawie tych badań można domniemywać, że około 7% 15-latków sięgało po dopalacze przynajmniej raz w ciągu roku poprzedzającym badanie (Sierosławski, 2015). Trudno powiedzieć, który wynik lepiej odzwierciedla rzeczywistość – jeden czy siedem procent – ponieważ to zjawisko wykazuje zmienną dynamikę w czasie. Tak czy inaczej, używanie dopalaczy jest nadal sporym zagrożeniem, który cały czas jest obecne wśród młodzieży szkolnej, a co jakiś czas odżywa ze zdwojoną siłą.

***Leki uspokajające/nasenne.*** W całym okresie „gimnazjalnym" badań mokotowskich obserwowany był systematyczny wzrost odsetka 15-letniej młodzieży, która używała leków nasennych/uspokajających. Ta tendencja wzrostowa dotyczyła przede wszystkim dziewcząt, wśród których prawie 30% używało takiego leku przynajmniej raz w ostatnim roku, a około 8% przynajmniej kilkanaście razy. Te wyniki są w dużym stopniu zgodne z wynikami ogólnopolskich badań ESPAD. W 2015 roku po leki uspokajające/nasenne sięgało około 17% 15–16-latków, przy czym wskaźniki używania tych leków były mniej więcej dwukrotnie wyższe wśród dziewcząt. W interpretacji zjawiska używania tego typu leków psychoaktywnych, trzeba wziąć pod uwagę to, że oprócz przypadków samoleczenia się lekami uspokajającymi/nasennymi, około 11% gimnazjalistów przyjmowało te leki z przepisu lekarza (Sierosławski 2015).

Młodzież szkolna w Polsce stosunkowo często sięga po leki psychoaktywne (np. środki nasenne, uspokajające) bez zlecenia lekarza (zob. Pisarska, rozdział 5). Jedną z przyczyn stosunkowo częstego sięgania przez młodzież po rozmaite leki psychoaktywne jest ich łatwa dostępność oraz wszechobecna reklama. Młodzież sięga po leki samodzielnie, korzystając z zasobów domowych apteczek bądź kupując potrzebne farmaceutyki w aptece albo w zwykłym sklepie. Zdarza się także, iż nastolatki dzielą się lekami ze swoimi rówieśnikami. U podłoża tych procesów leży gwałtowny rozwój rynku leków dostępnych bez recepty. Używaniu leków bez zlecenia lekarza sprzyja również reklama farmaceutyków, na którą zezwolono w 1994 roku (Pisarska i Ostaszewski, 2011).

***Papierosy.*** Zmniejszenie się wskaźników palenia papierosów przez młodzież obserwowane w latach 2012–2016 odbywa się na tle zmieniających się postaw i zachowań społecznych dotyczących palenia tytoniu. Krytyczne postawy społeczne wobec palenia papierosów są w dużym stopniu efektem szeroko zakrojonych działań z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia

i chorób nowotworowych, czyli głównych winowajców przedwczesnych zgonów i utraty lat życia w zdrowiu w XXI wieku. Palenie tytoniu jest jednym z głównych czynników ryzyka tych chorób (*World Health Organization*, 2009). Coraz mniejsza akceptacja społeczna dla tego zachowania idzie w parze z polityką państwa nastawioną na ograniczanie rozmiarów i skutków palenia. Nie dziwią więc wyniki, które dokumentują zmniejszające się rozpowszechnienie palenia papierosów wśród rodziców 15-latków.

W 2016 roku większość (60%) rodziców 15-latków biorących udział w badaniach mokotowskich nie paliła tytoniu, podczas gdy ponad 30 lat temu niepalących rodziców było tylko 27%. Dorośli ludzie w Polsce znacznie ograniczyli palenie w stosunku do tego, co działo się w naszym kraju w latach 80. i 90. XX wieku (Ministerstwo Zdrowia, 2010; Czapiński, 2011). Wśród dorosłych Polaków nadal utrzymuje się lekka tendencja spadkowa (Kachaniak, Trząsalska, Krassowska, 2015). Ten spadek rozpowszechnienia różnych wskaźników palenia papierosów należy przypisać większej świadomości zagrożeń związanych z paleniem tytoniu oraz konsekwentnej polityce państwa, które w ostatnich 20 latach wprowadziło wiele przepisów utrudniających dostęp do papierosów, zmniejszających przestrzeń publiczną, w której można palić, oraz ograniczających promocję i reklamę papierosów. Powoli zaczyna się to przekładać na zachowania nastoletniej młodzieży. Badania mokotowskie dokumentują ten proces. W 2016 roku około 6% nastolatków paliło papierosy codziennie, podczas gdy w 2004 roku około 12% 15-letniej młodzieży paliło je regularnie.

Wyniki badań ogólnopolskich przeprowadzonych wśród 15-latków wskazują bądź to na zmniejszanie się grupy młodzieży, która pali papierosy regularnie – badania ESPAD (Sierosławski, 2015), bądź na stabilizację wskaźników palenia – badania HBSC (Kowalewska, 2015). Należy jednak dodać, że w badaniu ESPAD do porównań w czasie wykorzystuje się nieco inny wskaźnik – palenie papierosów w ostatnich 30 dniach, który dotyczy także osób palących okazjonalnie.

***Różnice ze względu na płeć.*** Wyniki ostatnich czterech rund badań mokotowskich wskazują, że płeć przestaje różnicować rozpowszechnienie takich zachowań ryzykownych 15-letniej młodzieży, jak eksperymenty z narkotykami lub codzienne palenie papierosów. Różnice w rozpowszechnieniu tych zachowań (obserwowane we wcześniejszych rundach badań mokotowskich z lat 90. XX wieku) stopniowo uległy zatarciu (Ostaszewski i wsp., 2013). Podobne tendencje obserwowane są w badaniach ogólnopolskich (Mazur, 2015; Sierosławski, 2015). Różnicą, która jest związana z płcią i utrzymuje się przez wszystkie lata badań mokotowskich, jest znacznie większe rozpowszechnienie używania leków nasennych/uspokajających w grupie dziewcząt. Tę różnicę ze względu na płeć potwierdzają wyniki badań międzynarodowych (ESPAD Group, 2016).

***Wnioski.*** Pojawienie się w ostatniej rundzie badań mokotowskich wyników świadczących o tendencji do zmniejszania się rozpowszechnienia używania narkotyków oraz codziennego palenia tytoniu należy ocenić pozytywnie z perspektywy zdrowia publicznego 15-letniej

młodzieży. Jeśli do tego dodamy zmniejszenie się grupy 15-letniej młodzieży, która nadużywa napojów alkoholowych (por. Okulicz-Kozaryn i Borucka, rozdział 3), to ogólny obraz może budzić nadzieję na poprawę stanu zdrowia i bezpieczeństwa nastolatków uczących się w Warszawie. Oprócz zmian legislacyjnych wprowadzających ograniczenia w dostępności do substancji psychoaktywnych oraz działań profilaktycznych w tym zakresie, istotne dla zachowań nastolatków mogły być również pozytywne zmiany w zachowaniach ich rodziców – zmniejszenie się grupy rodziców palących papierosy. Znaczące dla zmniejszenia się wskaźników używania substancji mogą być również zmiany w sposobie spędzania czasu wolnego przez badaną młodzież (por. Ostaszewski, rozdział 6). Wskazują one bowiem na pewne ograniczenie czynników ryzyka (np. czasu spędzanego poza domem) oraz wzmocnienie się czynników chroniących (większy udział w zajęciach pozalekcyjnych i czujniejsze monitorowanie dorastających dzieci przez rodziców). Te zmiany mogą w jakieś mierze wyjaśniać obserwowany w ostatniej rundzie badań mokotowskich spadek rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród 15-letnich uczniów gimnazjów. Wśród powiększających się zagrożeń niepokoi wysoki odsetek 15-letnich dziewcząt często stosujących leki nasenne i uspokajające. Sprzyja temu zarówno dostępność, jak i promocja rozmaitych farmaceutyków w mediach (Pisarska, Ostaszewski, 2011).

## Piśmiennictwo


1. Czapiński J. Nikotynizm w Polsce. Raport dla World Health Organization 2011; dostęp: *http://wsse-poznan.pl/wp-content/uploads/2010/OZ/palenie/materialy/Nikotynizm.pdf*.
2. ESPAD Group. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Publications Office of the European Union, Luxembourg 2016.
3. Kachaniak D., Trząsalska A., Krassowska U. Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Warszawa 2015.
4. Kandel D. Persistent themes and New perspectives on adolescent substance use: A lifespan perspective. w: Jessor R. (red.) New perspectives on adolescent risk behaviour. Cambridge University Press, 1998, 43–89.
5. Kowalewska A. Wiek inicjacji nikotynowej a częstość palenia tytoniu przez młodzież 15-letnią w Polsce. Przegląd Lekarski 2008; 65(10): 546–548.
6. Kowalewska, A. Palenie tytoniu. w: Mazur, J. (red.) Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, 132–138.
7. Malczewski A. Młodzież a substancje psychoaktywne. w: Młodzież 2016. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.. Centrum Badania Opinii Społecznej, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016, 200–225.

8. Mazur, J. (red.) Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.
9. Ministerstwo Zdrowia. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009–2010. Warszawa 2010.
10. Newcomb M., Abbott R., Catalano R., Hawkins D., Battin-Pearson S., Hill K. Mediational and deviance theories of late high school failure: process roles of structural strains, academic competence, and general versus specific problem behaviors. Journal of Counseling Psychology 2002; 49(2): 172–186.
11. Ostaszewski K. Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Alkoholizm i Narkomania 2008; 21(4): 363–389.
12. Ostaszewski K. Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2014.
13. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Raduj J., Biechowska D. Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012.. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2013.
14. Pisarska A., Ostaszewski K. Medicine use among Warsaw ninth-grade students, Drugs: education, prevention and policy 2011; 18(5): 361–370.
15. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2015.
16. Windle M. Substance use, risky behaviors, and victimization among a US national adolescent sample. Addiction 1994; 89: 175–182.
17. World Health Organization. Global Health Risks, Mortality and burden of disease atributable to selected risk factors. WHO Press, Geneva 2009.
18. Wolniewicz-Grzelak B., Ostaszewski K. Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego 1983; 4(52): 6882.
19. Woynarowska B. Używanie marihuany/haszyszu przez młodzież 15-letnią. w: Mazur, J. (red.) (2015). Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, 187–192.
20. Zimmerman M.A., Schmeelk-Cone K. H. A longitudinal analysis of adolescent substance use and school motivation among African American youth. Journal of Research on Adolescence 2003; 13(2): 185–210.

# Rozdział 3 Wzory picia napojów alkoholowych

**Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Anna Borucka**

**Streszczenie**

**Okres obserwacji.** Wyniki podsumowują obserwacje prowadzone w latach 2004–2016.
**Narzędzia.** Do badań wykorzystano opracowaną przez Barbarę Wolniewicz-Grzelak ankietę „Piwo–Wino–Wódka", pozwalającą zebrać informacje o ostatnim przypadku picia każdego rodzaju napoju alkoholowego.
**Wyniki.** W roku 2016 najwyższy stwierdzony w historii badań mokotowskich odsetek 15-latków, którzy nigdy nie pili alkoholu, to 40%. Towarzyszą temu korzystne zmiany w zakresie ograniczenia rozpowszechnienia częstego picia alkoholu (28%) i upijania się alkoholem (12%) przez badaną młodzież. Nadal najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród młodzieży jest piwo, choć odsetek abstynentów wzrósł do około 51%. Często po piwo sięga około 18%, nieco mniej po wódkę – około 17%, a najmniej po wino – 13%. Najbardziej rozpowszechnionym wzorem picia alkoholu jest picie w umiarkowanych ilościach w towarzystwie rówieśników (ok. 19%) i upijanie się w gronie rówieśników (17%). Nadal, mimo widocznego trendu spadkowego, najwyższy odsetek (ok. 10%) badanej młodzieży upija się wódką, w porównaniu z upijaniem się piwem (4%) i winem (ok. 2%). Dziewczęta częściej niż chłopcy piją wino (odpowiednio: 16% i 11%). Odsetek chłopców i dziewcząt pijących alkohol w ilościach prowadzących do upicia się zbliża się do siebie (odpowiednio ok.: 14% i 11%), przy czym w grupie chłopców jest więcej abstynentów (44%) niż wśród dziewcząt (37%).
**Wnioski.** Uzyskane wyniki wskazują na korzystny trend zmian – zmniejszanie się liczby 15-latków pijących alkohol i upijających się. Ograniczenie picia alkoholu obserwowane wśród warszawskich nastolatków może być zapowiedzią korzystnych zmian w populacji ogólnej 15-latków w Polsce.

## Wprowadzenie

Analiza trendów w zakresie picia alkoholu przez 15-letnią młodzież jest stałym elementem badań mokotowskich (Wolniewicz-Grzelak, 1985). Trendy, które są dzięki nim obserwowane, znajdują swoje odzwierciedlenie w tych stwierdzonych w badaniach ogólnopolskich. Na przykład, wyniki badaniach mokotowskich do 2012 roku wskazywały na ograniczenie rozpowszechnienia picia alkoholu wśród mokotowskich 15-latków (Okulicz-Kozaryn, Borucka, 2013). Ten korzystny trend znalazł potwierdzenie w ogólnopolskich badaniach ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*) przeprowadzonych w 2015 roku (Sierosławski, 2016c). Badania mokotowskie można więc traktować jako prognostyk ogólnych trendów, co znacząco zwiększa ich wartość z perspektywy ogólnopolskiej polityki społecznej.

Aby zachować ciągłość i porównywalność z wynikami badań mokotowskich z lat poprzednich, w niniejszym raporcie przedstawiamy dane dotyczące tych samych wskaźników, jakie były wykorzystane w latach 2004–2012 roku. Charakteryzują one rozpowszechnienie picia alkoholu w populacji warszawskich 15-latków oraz zmiany wzorów picia: w różnych ilościach i w różnym towarzystwie.

# Metoda

## *Narzędzie badawcze*

Do pomiaru rozpowszechnienia i wzorów picia napojów alkoholowych wykorzystano ankietę „Piwo–Wino–Wódka" opracowaną przez B. Wolniewicz-Grzelak (Wolniewicz-Grzelak, 1995). Składa się ona z pytań, które odnoszą się do charakterystyki ostatniego przypadku picia trzech typów napojów alkoholowych: piwa, wina, wódki, lub innych mocnych alkoholi. Picie każdego rodzaju trunku jest opisywane w kategoriach czasu (kiedy ostatni raz pił?), ilości (ile wtedy wypił?) oraz towarzystwa (z kim pił?). Metoda, za pomocą której dokonano pomiaru wskaźników picia alkoholu przez młodzież, opierała się na dwóch założeniach, zweryfikowanych w badaniach prowadzonych w dużych grupach (Święcicki, 1963; Wolniewicz-Grzelak, 1985):

- okres, jaki upływa od dnia ostatniego przypadku picia do momentu badania, jest w przybliżeniu taki sam jak okres, który upłynie od terminu tego badania do następnego przypadku picia alkoholu;
- ilość wypitego alkoholu przy ostatniej okazji picia określa średnią ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu.

## *Wskaźniki*

### Picie alkoholu

Zarówno do pomiaru picia przez młodzież jakichkolwiek napojów alkoholowych, jak i do picia poszczególnych trunków: piwa, wina i wódki zastosowano następujące trzy wskaźniki:

- Abstynencja – brak doświadczeń z piciem alkoholu w ciągu życia;
- Częste picie napojów alkoholowych – picie napojów alkoholowych przynajmniej raz w ostatnich 30 dniach poprzedzających badanie;
- Upijanie się – wypicie przy ostatniej okazji 60 i więcej mililitrów 100% alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni. Przyjęto za B. Wolniewicz-Grzelak (1985), że z dużym prawdopodobieństwem oznacza to upicie się. Około 60 i więcej mililitrów alkoholu odpowiada: trzem lub więcej półlitrowym butelkom piwa 4–5% (1,5 litra piwa lub więcej), trzem i więcej lampkom wina (600 ml wina lub więcej) oraz przynajmniej trzem dużym kieliszkom wódki (150 ml wódki lub więcej).

### Wzory picia alkoholu

Wskaźnik wzorów picia powstał z kombinacji wszystkich trzech miar picia alkoholu przez młodzież dostępnych w ankiecie „Piwo–Wino–Wódka", to jest: (1) ostatniego przypadku picia; (2) ilości wypijanego alkoholu i (3) towarzystwa, w jakim alkohol był pity. Na tej podstawie wyodrębniono sześć grup młodzieży:

- Niepijący – nastolatkowie, którzy nigdy nie pili alkoholu. Jest to grupa tożsama z wymienioną powyżej grupą abstynentów.
- Pijący umiarkowanie w towarzystwie rówieśników – nastolatkowie, którzy przy ostatniej okazji pili w towarzystwie rówieśników i w umiarkowanych ilościach („pijący towarzysko"). Przyjęto, że wskaźnikiem umiarkowanego picia jest wypicie przy ostatniej okazji nie więcej niż czterech porcji standardowych (1 porcja standardowa = 250 ml piwa lub 100 ml wina lub 30 ml wódki)[1], to znaczy nie więcej niż dwóch półlitrowych butelek piwa lub dwóch 200 ml lampek wina, lub dwóch 60 ml kieliszków wódki. Młodzi ludzie, którzy nie upijają się i piją po to, by być w grupie rówieśniczej, są przez niektórych badaczy określani jako „kompetentnie" lub „umiarkowanie" pijący (Bogren, 2006) albo pijący „towarzysko" (Senchak i wsp., 1998).
- Upijający się w towarzystwie rówieśników – nastolatkowie pijący w towarzystwie rówieśników i w dużych ilościach (przynajmniej trzy półlitrowe butelki piwa lub trzy 200 ml lampki wina, lub trzy 60 ml kieliszki wódki, przy ostatniej okazji). Młodzież pijąca „szkodliwie" lub „ryzykownie" ponosi najpoważniejsze konsekwencje zdrowotne i społeczne związane z piciem alkoholu i zwykle jest przeciwstawiana młodzieży pijącej umiarkowanie (Engels, Knibbe, 2000; Hellandsjo Bu i wsp., 2002; Hingson, Winter, 2003; Hingson i wsp, 2003; Hoel i wsp., 2004).
- Pijący w towarzystwie rodziców – nastolatkowie, którzy pili alkohol w umiarkowanych ilościach z rodzicami. Z analiz zostali wyłączeni respondenci, którzy nadużywali alkoholu z rodzicami. Jest to bardzo mała grupa, w żadnej rund badań (między 2004 a 2016 rokiem) nieprzekraczająca 0,7%, prawdopodobnie zdecydowanie różna od reszty populacji ze względu na znaczne ryzyko rozwoju problemów alkoholowych.
- Pijący samotnie – nastolatkowie, którzy przy ostatniej okazji pili alkohol bez żadnego towarzystwa, samotnie. W tej grupie nie brano pod uwagę ilości wypitego alkoholu.
- Pijący z innymi osobami – nastolatkowie, którzy na pytanie o towarzystwo, w jakim ostatni raz pili alkohol, wskazali „innych dorosłych" lub zaznaczyli kilka kategorii. W tej grupie nie brano pod uwagę ilości wypitego alkoholu.

Zebrane w ten sposób informacje pozwalają również prześledzić trendy zmian na przestrzeni lat 2004–2016 w rozpowszechnieniu powyższych wzorów picia alkoholu przez młodzież.

1 Por.: Rozpoznawanie problemów alkoholowych i krótkie interwencje. Wytyczne kliniczne dla podstawowej opieki zdrowotnej. PARPAMEDIA, PARPA, Warszawa, 2009, s. 51–52.

### Ocena zmian w czasie

Tradycyjnie w badaniach mokotowskich ocena istotności zmian w czasie oparta była na wynikach testu chi-kwadrat, za pomocą którego porównywano rozpowszechnienie danego zjawiska w aktualnym pomiarze ze stanem sprzed 4 lat. Również w niniejszym opracowaniu utrzymano ten sposób oceny zmian w zakresie trzech podstawowych wskaźników: niepicia, częstego picia i upijania się w ostatnich 30 dniach. Jednak, zgodnie ze strategią przyjętą między innymi w badaniach ESPAD (Hibell i wsp., 2009), za kluczowe uznajemy raczej wystarczająco duże zmiany wyrażone w punktach procentowych niż różnice istotne statystycznie. Zakładamy, że różnica mniejsza niż 3 punkty procentowe (por. Hibell i wsp., 2012) nie jest „rzeczywistą różnicą" i nie ma istotnego znaczenia dla polityki społecznej i planowania działań w obszarze zdrowia publicznego. Dlatego też, omawiając wyniki badań mokotowskich, koncentrujemy się na różnicach równych 4 punktom procentowym lub więcej.

# Wyniki

## *Trendy w piciu napojów alkoholowych*

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

***Niepijący.*** W roku 2016 roku odsetek abstynentów wśród 15-letniej młodzieży osiągnął najwyższy poziom, jaki do tej pory odnotowano w historii badań mokotowskich (Okulicz-Kozaryn, Borucka, 2013). W porównaniu z 2012 rokiem wzrósł on o blisko 17 punktów procentowych i wyniósł 40% ($p < 0{,}001$). Te korzystne i dynamiczne zmiany dotyczące wzrostu odsetka 15-latków utrzymujących abstynencję zostały odnotowane zarówno w grupie chłopców (ok. 44% abstynentów, wzrost o 18 punktów procentowych w porównaniu z 2012 rokiem, $p < 0{,}001$), jak i dziewcząt (ok. 37% abstynentek, wzrost o blisko 17 punktów procentowych w porównaniu z 2012 rokiem, $p < 0{,}001$). Wzrost odsetka abstynentów wśród 15-letniej młodzieży został odnotowany po raz pierwszy w roku 2008 i stwierdzony ponownie w roku 2012 (wzrost o 6 punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2008). Między rokiem 2008 a 2016 można mówić o jego spektakularnym wzroście i umacnianiu się korzystnych zmian.

***Częste picie alkoholu (picie alkoholu w ostatnich 30 dniach przed badaniem).*** W 2016 roku obserwujemy znaczący spadek odsetka młodzieży, która często piła alkohol o 15 punktów procentowych (z 43% w 2012 roku do 28% w 2016, $p < 0{,}001$). Te bardzo korzystne zmiany znajdują swoje odzwierciedlenie zarówno w grupie dziewcząt, jak i chłopców. Przy czym w grupie dziewcząt odsetek kształtuje się na niskim poziomie, podobnym do tego, jaki został odnotowany w roku 1988 (26%) (Okulicz-Kozaryn, Borucka, 2013). W pozostałych latach 2004–2012 objętych badaniami mokotowskimi był on zdecydowanie wyższy i wahał się w przedziale od 44 do 54%. W grupie chłopców trend spadkowy odsetka osób pijących

często alkohol odzwierciedla korzystne zmiany, które zostały stwierdzone już między rokiem 2008 a 2012 (odpowiednio 47% i 42%). W roku 2016 odsetek 15-latków pijących alkohol w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem kształtował się na poziomie około 28% i był najniższy w historii badań mokotowskich.

***Upijanie się (wypicie przy ostatniej okazji 60 i więcej gramów 100% alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni).*** W 2016 roku w porównaniu z 2012 rokiem spadł odsetek młodzieży, która upiła się alkoholem w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, o 6 punktów procentowych (z 18% w 2012 roku do 12% w 2016 roku, $p < 0,05$). W latach 2004–2012 obserwowano stabilizację trendu na poziomie 20–21%.

Spadek odsetka osób często upijających się alkoholem nastąpił zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt. Przy czym w grupie chłopców jest on bardziej dynamiczny (z 20% w 2008 do 14% w 2016 roku, $p < 0,05$) niż w grupie dziewcząt (z 15% w roku 2012 do 11% w roku 2016, różnica nieistotna statystycznie). W roku 2004 w związku z różnym kierunkiem i dynamiką zmian zachodzących w grupie dziewcząt (wzrost odsetek często upijających się alkoholem do 19%) i w grupie chłopców (spadek odsetka często upijających się do 21%) zatarły się tradycyjne różnice między tymi grupami – dziewczęta „dogoniły" chłopców w częstości upijania się. Między rokiem 2008 a 2012 obserwowano w obu grupach stabilizację odsetka 15-latek i 15-latków upijających się alkoholem.

**Tabela 3.1.** Picie napojów alkoholowych

| Rok badania | Liczba respondentów | Odsetek uczniów, którzy pili napoje alkoholowe | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy nie pili | Pili w ciągu ostatnich 30 dni | Upili się w ciągu ostatnich 30 dni |
| | | **Dziewczęta** | | |
| 2004 | 666 | 7,7 | 53,9 | 18,8* |
| 2008 | 567 | 13,4*** | 52,8 | 18,1 |
| 2012 | 476 | 19,7** | 43,6** | 15,1 |
| 2016 | 344 | 36,6*** | 28,5*** | 10,5 |
| | | **Chłopcy** | | |
| 2004 | 676 | 15,8** | 45,1** | 21,0* |
| 2008 | 558 | 19,5 | 47,2 | 25,0 |
| 2012 | 452 | 25,8* | 41,5 | 20,3 |
| 2016 | 371 | 43,9*** | 27,7*** | 14* |
| | | **Razem** | | |
| 2004 | 1351 | 11,7 | 49,4 | 19,8 |
| 2008 | 1133 | 16,6*** | 49,9 | 21,4 |
| 2012 | 935 | 22,7*** | 42,6 *** | 17,6* |
| 2016 | 720 | 40,4*** | 28,0*** | 12,3* |

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

* $p < 0,05$,
** $p < 0,01$,
*** $p < 0,001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

***Picie piwa*** (tabela 3.2). Między rokiem 2012 a rokiem 2016 wzrósł skokowo, o 18 punktów procentowych, odsetek 15-latków, którzy nigdy nie pili piwa (z 33% w 2012 roku do 51% w 2016 roku, $p < 0{,}001$). Stanowi to kontynuację korzystnych zmian wśród 15-latków, które zostały odnotowane już między rokiem 2008 a 2012. Nastąpił wtedy wzrost odsetka młodzieży, która nigdy nie piła piwa, o 6 punktów procentowych (odpowiednio z 28% do 33%, $p < 0{,}01$).

W roku 2016, podobnie jak cztery lata wcześniej, na korzystny trend wzrostu liczby młodzieży, która nigdy w życiu nie piła piwa, składały się zmiany zachodzące zarówno w grupie chłopców (odsetek utrzymujących abstynencję od piwa wzrósł z 35% w 2012 do 54% w 2016 roku, $p < 0{,}001$), jak i dziewcząt (wzrost z 32% w 2012 do 48% w 2016 roku, $p < 0{,}001$). Od czasu przeprowadzenia po raz pierwszy badań mokotowskich w roku 1984 roku nie odnotowano tak wysokiego odsetka utrzymujących abstynencję od piwa chłopców. Nigdy też wcześniej, w ich przypadku, wskaźnik ten nie przekroczył progu 50%. W grupie dziewcząt odsetek tych, które nigdy nie piły alkoholu, osiągnął najwyższy poziom w latach 80. XX wieku (59% w 1984 roku i 53% i 1988 roku) (Okulicz-Kozaryn, Borucka, 2013).

Również bardzo korzystne zmiany odnotowano w zakresie częstego picia piwa przez 15-letnią młodzież. W roku 2016 w porównaniu z rokiem 2012 odsetek nastolatków często pijących piwo spadł aż o 16 punktów procentowych (z 34% w roku 2016 do 18% w roku 2016, $p < 0{,}001$). Tendencja spadkowa trendu częstego picia piwa utrzymuje się od 2004 roku. Między rokiem 2012 a 2016 odnotowano podobną dynamikę zmian w grupie chłopców i dziewcząt. Obserwowany spadek odsetka 15-latek często pijących piwo wynosił 15 punktów procentowych (z 33% w 2012 roku do 18% w roku 2016, $p < 0{,}001$), a u 15-letnich chłopców 16 punktów procentowych (z 43% w roku 2016 do 19% w roku 2016, $p < 0{,}001$). W roku 2016 uległ również zrównaniu odsetek chłopców i dziewcząt, którzy pili piwo w ciągu 30 dni przed badaniem (wynoszący odpowiednio 19% i 18%). Zrównanie odsetka dziewcząt i odsetka chłopców, często pijących piwo, zostało już odnotowane w poprzednich latach, to jest w 2008 i 2012 roku, ale kształtował się on na znacznie wyższym poziomie (37% i 38% w roku 2008 oraz 33% i 34% w roku 2012) niż w 2016 roku.

W roku 2016 odnotowano również istotne zmiany w zakresie wskaźnika upijania się piwem przez młodzież w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Między rokiem 2016 a 2012 w zakresie upijania się piwem ugruntowała się, obserwowana już w latach 2004–2012, stabilizacja trendu z lekką tendencją spadkową (z 11% w 2004 do ok. 7% w 2012 roku i ok. 4% w 2016). W 2016 roku odsetek dziewcząt często upijających się piwem oscylował na tym samym poziomie co na przełomie lat 80. i 90. XX wieku (ok. 2%). Natomiast odsetek często upijających się piwem chłopców nie uległ wyraźnej zmianie w roku 2016 w porównaniu z 2012 rokiem (8% w roku 2012 i 5% w roku 2016), ale co warto zaznaczyć, jest najniższy w historii badań mokotowskich.

**Tabela 3.2.** Picie piwa

| Rok badania | Liczba respondentów | Odsetki uczniów, którzy pili piwo | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy nie pili | Pili w ciągu ostatnich 30 dni | Upili się w ciągu ostatnich 30 dni |
| **Dziewczęta** | | | | |
| 2004 | 666 | 16,0 | 42,4 | 7,6 |
| 2008 | 567 | 28,1*** | 36,9* | 5,3 |
| 2012 | 476 | 32,0 | 33,3 | 5,3 |
| 2016 | 344 | 47,7*** | 17,7*** | 2,0 |
| **Chłopcy** | | | | |
| 2004 | 676 | 22,8** | 38,3** | 13,9 |
| 2008 | 558 | 28,2** | 37,7 | 12,1 |
| 2012 | 452 | 34,7* | 34,1 | 8,0* |
| 2016 | 372 | 53,5*** | 18,8*** | 5,1 |
| **Razem** | | | | |
| 2004 | 1351 | 19,3 | 40,4** | 10,7 |
| 2008 | 1133 | 28,2*** | 37,2 | 8,6 |
| 2012 | 935 | 33,4** | 33,7* | 6,7 |
| 2016 | 720 | 50,8*** | 18,3*** | 3,6** |

Odsetek braków danych wahał się od najniższego 0,2 do najwyższego 2%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

***Picie wina*** **(**tabela 3.3). Między rokiem 2012 a 2016 o ponad 14 punktów procentowych (z 41% w 2012 roku do 55% w 2016 roku, $p < 0{,}001$) wzrosła grupa 15-letniej młodzieży, która nigdy w życiu nie piła wina. Jest to poziom najwyższy od początku prowadzenia badań mokotowskich. W 2016 roku w porównaniu z 2012 rokiem zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt został odnotowany wzrost odsetka tych, którzy nigdy w życiu nie pili wina. Wśród chłopców wzrósł on z 47% w 2012 roku do 62% w 2016 roku ($p < 0{,}001$), a w grupie dziewcząt z 36% w 2012 roku do 49% w 2016 roku ($p < 0{,}001$).

Nie stwierdzono natomiast zmian w zakresie wskaźników częstego picia i upijania się winem między rokiem 2012 a 2016. W 2016 roku odsetek pijących często wino kształtował się na poziomie 13%, osiągając tym samym najniższy wynik od 32 lat (w roku 2012 wynosił on 14%). W roku 2016 w porównaniu z rokiem 2012 nie odnotowano istotnych zmian w odsetku upijających się winem zarówno w grupie dziewcząt (2,3% w 2012 roku i 2,9% w 2016 roku), jak i chłopców (2,2% w 2012 roku i 1,9% w 2016 roku).

W roku 2016 odsetek często upijających się winem utrzymał się na tym samym poziomie 2% co w roku 2012, w którym to osiągnął najniższą wartość w historii badań. Oznaczało to w roku 2012 spadek o 6 punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2008 (z 8 do 2%, $p < 0{,}001$). W latach 2004–2016 odsetek często sięgających po wino oscylował między 22 a 26%, a upijających się – w przedziale od 6 do 8%.

**Tabela 3.3.** Picie wina

| Rok badania | Liczba respondentów | Odsetek uczniów, którzy pili wino | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy nie pili | Pili w ciągu ostatnich 30 dni | Upili się w ciągu ostatnich 30 dni |
| | | **Dziewczęta** | | |
| 2004 | 666 | 17,3* | 25,7 | 5,8 |
| 2008 | 567 | 24,6** | 30,4 | 8,4 |
| 2012 | 476 | 35,6*** | 18,2*** | 2,3*** |
| 2016 | 344 | 48,8*** | 16,0 | 2,9 |
| | | **Chłopcy** | | |
| 2004 | 676 | 31,2 | 18,5 | 5,4 |
| 2008 | 558 | 35,3 | 22,6 | 8,1 |
| 2012 | 452 | 46,8*** | 10,5*** | 2,2*** |
| 2016 | 371 | 61,7*** | 10,5 | 1,9 |
| | | **Razem** | | |
| 2004 | 1351 | 24,4 | 22,0 | 5,6 |
| 2008 | 1133 | 30,0** | 26,4** | 8,2** |
| 2012 | 935 | 41,1*** | 14,3*** | 2,3*** |
| 2016 | 720 | 55,4*** | 13,1 | 2,4 |

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

* $p < 0{,}05$,

** $p < 0{,}01$,

*** $p < 0{,}001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

***Picie wódki*** (tabela 3.4). W 2016 roku w porównaniu z 2012 rokiem uległa znaczącej zmianie liczba 15-latków, którzy w swoim życiu nigdy nie pili wódki. Odsetek tych, którzy utrzymali abstynencję od wódki, wzrósł o 16 punktów procentowych (z 46% w 2012 roku do 62% w 2016 roku, $p < 0{,}001$). Od 2004 do 2012 roku odsetek tych, którzy nigdy nie pili wódki, utrzymywał się na względnie stałym poziomie i oscylował wokół 43–46%. W roku 2016 w porównaniu z 2012 rokiem odsetek chłopców, którzy nigdy nie pili wódki, wzrósł z 48 do 63% ($p < 0{,}001$). W grupie dziewcząt w tym okresie również nastąpiła dynamiczna i korzystna zmiana – odsetek wzrósł z 45 do 61%.

W 2016 roku odsetek 15-latków często pijących wódkę spadł o 6 punków procentowych w porównaniu z rokiem 2012 (z 23% w 2012 roku do 17% w 2016 roku, $p < 0{,}01$). Zarówno w grupie dziewcząt, jak i chłopców odnotowano spadek odsetka często pijących wódkę – w grupie dziewcząt z 22% w 2012 roku do 14% w 2016 ($p < 0{,}01$), a w grupie chłopców odpowiednio z 24 do 19% ($p < 0{,}05$). Warto odnotować fakt, że w grupie chłopców nastąpiła stabilizacja trendu na poziomie dwudziestu paru procent i dopiero od 2008 roku obserwowana był jego tendencja spadkowa. W roku 2004 – jedyny raz w historii tych badań – więcej dziewcząt (23%) niż chłopców (18%) piło często wódkę. Różnica ta zatarła się cztery lata później. Od 2008 do 2012 roku również był odnotowany lekki (nieistotny statystycznie) spadek odsetka dziewcząt często pijących wódkę.

Między rokiem 2012 a 2016 spadł odsetek nastolatków, którzy często upijali się wódką (z 14% w 2012 do 10% w 2016 roku, $p < 0{,}01$). W latach 2004–2008 nastąpiła stabilizacja trendu, w którym odsetek młodzieży często upijającej się wódką wzrósł do 15% ($p < 0{,}05$).

W roku 2016 w porównaniu z rokiem 2012 w grupie chłopców odnotowano istotnie statystyczny spadek odsetka tych, którzy upijali się wódką w ciągu ostatnich 30 dni (z 14% w 2012 roku do 10%, w 2016 roku $p < 0{,}01$), podczas, gdy jeszcze w roku 2008 odsetek często upijających się wódką chłopców wynosił blisko 20%. Między rokiem 2012 a 2016 w grupie dziewcząt nie odnotowano istotnie statystycznej zmiany w zakresie upijania się wódką, choć zauważalna jest tendencja spadkowa. W roku 2016 odsetek dziewcząt, które upiły się wódką w ciągu ostatnich 30 dni, wynosił 8%, a w 2012 roku – 12%. Między rokiem 2004 a 2012 nastąpiła stabilizacja trendu na poziomie około 12%.

**Tabela 3.4.** Picie wódki

| Rok badania | Liczba respondentów | Odsetek uczniów, którzy pili wódkę | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy nie pili | Pili w ciągu ostatnich 30 dni | Upili się w ciągu ostatnich 30 dni |
| | | **Dziewczęta** | | |
| 2004 | 666 | 41,8** | 23,3** | 12,4** |
| 2008 | 567 | 43,2 | 25,4 | 11,5 |
| 2012 | 476 | 44,5 | 21,9 | 11,7 |
| 2016 | 344 | 60,8*** | 14,2** | 7,8 |
| | | **Chłopcy** | | |
| 2004 | 676 | 43,6 | 18,4* | 12,1 |
| 2008 | 558 | 43,5 | 26,9** | 19,5*** |
| 2012 | 452 | 47,8 | 23,5 | 17,1 |
| 2016 | 372 | 62,6*** | 18,5* | 11,0* |
| | | **Razem** | | |
| 2004 | 1351 | 42,7** | 20,7 | 12,2 |
| 2008 | 1133 | 43,4 | 26,0** | 15,4* |
| 2012 | 935 | 46,3 | 22,7 | 14,3 |
| 2016 | 720 | 61,6*** | 16,5** | 9,5** |

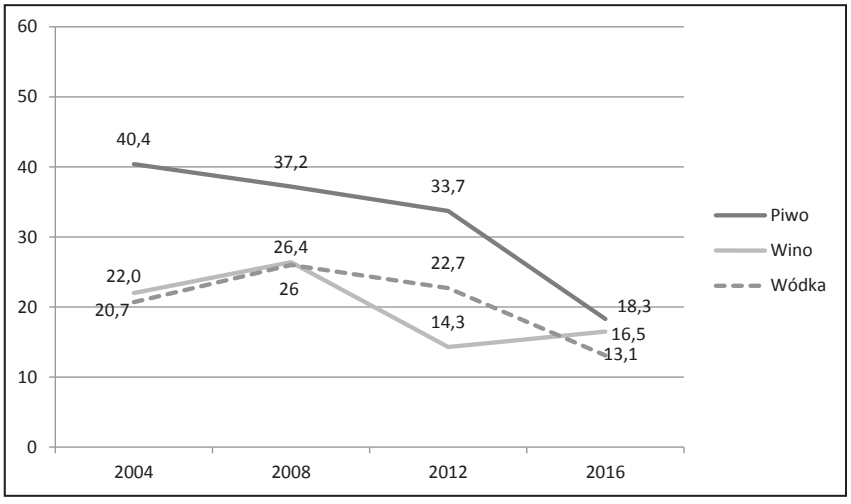
Odsetek braków danych wahał się od najniższego 0,4 do najwyższego 1,9%.

* $p < 0{,}05$,

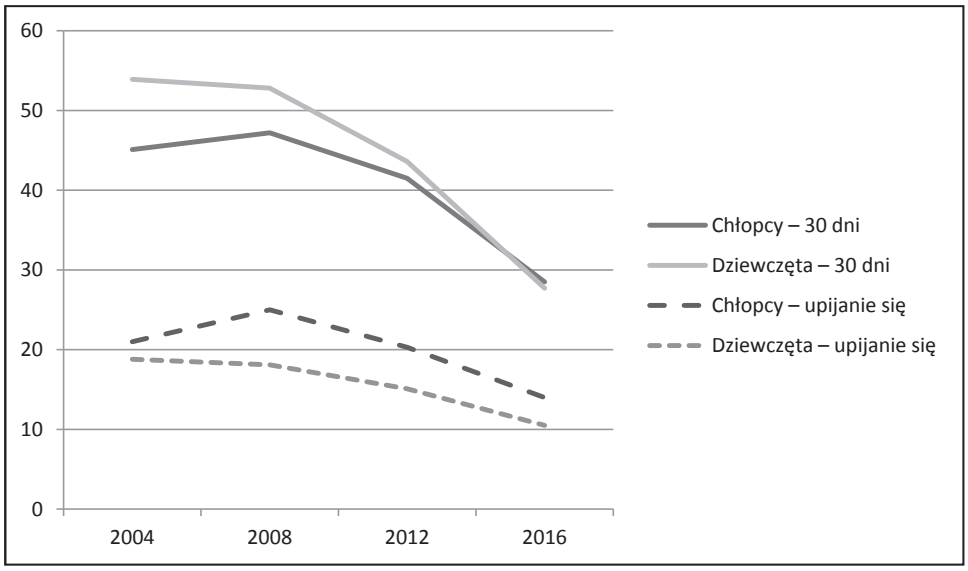
** $p < 0{,}01$,

*** $p < 0{,}001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)




**Rycina 3.1.** Trendy w piciu poszczególnych napojów alkoholowych przez młodzież w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem




**Rycina 3.2.** Płeć a trendy w piciu alkoholu przez młodzież

## *Wzory picia alkoholu przez młodzież*

Poniżej przedstawiono pięć wzorów picia alkoholu przez młodzież.

***Picie alkoholu w umiarkowanych ilościach w towarzystwie rówieśników.*** Picie alkoholu w umiarkowanych ilościach w gronie rówieśników, na przestrzeni całego okresu objętego badaniami, było najbardziej rozpowszechnionym wzorcem picia wśród mokotowskich 15-latków. W roku 2016 około 19% uczniów piło alkohol towarzysko. Między rokiem 2012 a 2016 odsetek uczniów pijących alkohol towarzystwie rówieśników i w umiarkowanych ilościach spadł o 11 punktów procentowych. Od roku 2004 do 2008 obserwowany był spadek odsetka młodzieży pijącej alkohol umiarkowanie w gronie rówieśników z 32 do 26% (rycina 3.3).

W roku 2016 w zestawieniu z rokiem 2012 w grupie chłopców odnotowany został spadek rozpowszechnienia picia towarzyskiego z 28 do 22% i osiągnął on ten sam poziom co w roku 2008. Jest to kontynuacja trendu spadkowego, który miał miejsce między rokiem 2004 a 2008. W tym okresie nastąpił spadek rozpowszechnienia picia towarzyskiego wśród chłopców z 29 do 22% (rycina 3.5). W roku 2012 obserwowano tendencję do zacierania się różnic między odsetkiem dziewcząt (rycina 3.2) i chłopców (rycina 3.5) pijących alkohol w umiarkowanych ilościach w towarzystwie rówieśników. Odsetek chłopców wynosił 28%, a dziewcząt – 31%. W roku 2016 dziewczęta (28%) „przegoniły" chłopców (22%) w umiarkowanym piciu alkoholu razem z rówieśnikami. W latach (2004 i 2008) różnica ta utrzymywała się na podobnym poziomie, nadal wskazując na większą wśród dziewcząt popularność picia alkoholu w gronie rówieśników.

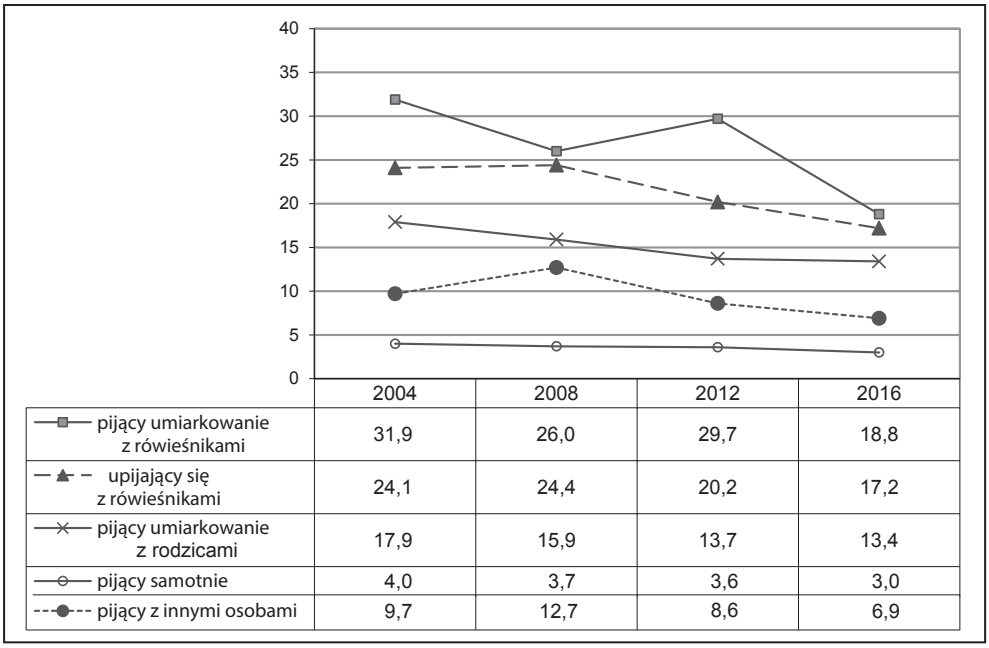
***Upijanie się w gronie rówieśników.*** W roku 2016 w porównaniu z rokiem 2012 odsetek 15-latków upijających się z rówieśnikami pozostał na względnie podobnym poziomie – spadek o 3 punkty procentowe (odpowiednio 17% i 20%). Między rokiem 2012 a 2008 był obserwowany spadek o 4 punkty procentowe (z 24 do 20%) (rycina 3.3). W grupie dziewcząt (rycina 3.4) odsetek tych, które upiły się w towarzystwie rówieśników, pozostał na niezmienionym poziomie 17% co w roku 2012. Podobnie było w grupie upijających się chłopców (23% w 2012 roku i 21% w 2016 roku) (rycina 3.5).

W 2012 roku picie ryzykowne w towarzystwie rówieśników, zgodnie z tradycją, było bardziej rozpowszechnione wśród chłopców (23%) niż wśród dziewcząt (18%). W 2016 roku widoczna jest tendencja do „zacierania" się tej różnicy (21% chłopców i 17% dziewcząt). W 2004 roku odnotowano zbliżony odsetek dziewcząt (24%) i chłopców upijających się w towarzystwie rówieśników (25%). W 2008 roku ten styl picia znów stał się natomiast bardziej popularny wśród chłopców (28%) niż wśród dziewcząt (21%).

***Picie alkoholu w towarzystwie rodziców.*** W roku 2016 (13%) w porównaniu z rokiem 2012 (14%) obserwujemy stabilizację trendu picia alkoholu przez mokotowskich 15-latków w umiarkowanych ilościach razem z rodzicami (rycina 3.3). W roku 2016 odsetek dziewcząt pijących w ten sposób wynosił 15% (rycina 3.4), a chłopców 12% (rycina 3.5). Na przestrzeni całego okresu objętego badaniami ten styl picia jest bardziej popularny wśród dziewcząt (15–20%) niż wśród chłopców (11–15%).

***Picie samotne.*** W roku 2016 picie alkoholu w samotności wśród 15-latków kształtowało się na poziomie około 3% (rycina 3.3). Na przestrzeni całego okresu objętego badaniami rozpowszechnienie tego wzoru picia alkoholu wśród młodzieży nie ulegało wyraźniej zmianie i kształtowało się na poziomie od 3 do 5%. W roku 2016, podobnie jak miało to miejsce w roku 2012, odsetek dziewcząt (3%) i chłopców (4%) pijących w ten sposób alkohol zbliżył się do siebie (rycina 3.4 i 3.5).

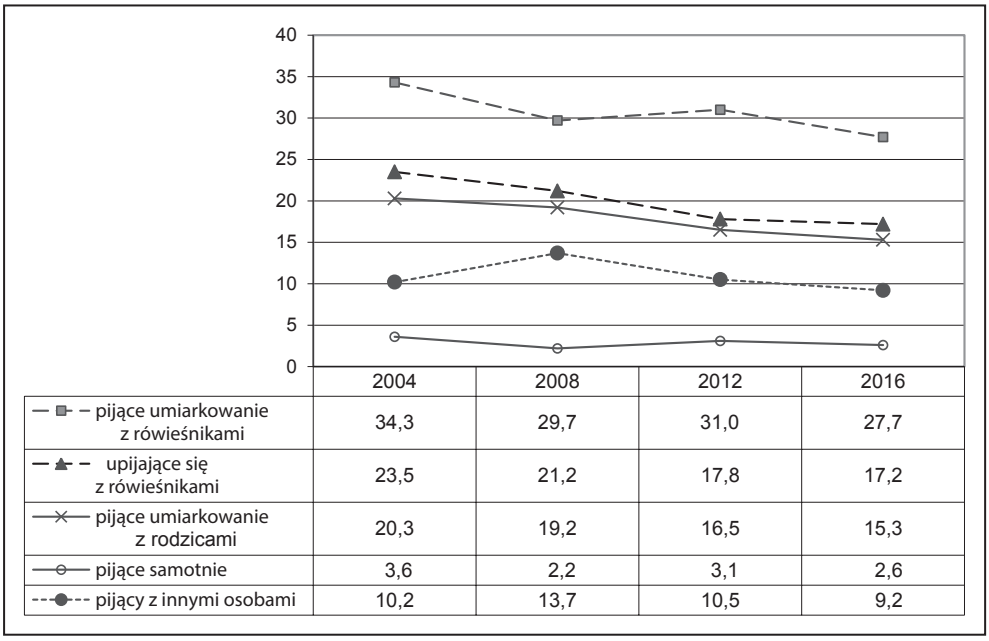
***Picie w towarzystwie innych dorosłych.*** W roku 2016 w porównaniu z 2012 rokiem odnotowano stabilizację trendu (na poziomie ok. 7%) wśród 15-latków pijących alkohol w towarzystwie innych dorosłych niż rodzice lub z rodzicami i innymi dorosłymi, lub z rodzicami i rówieśnikami, lub z innymi dorosłymi i rówieśnikami. W roku 2012 w porównaniu z rokiem 2008 odsetek ten spadł o 4 punkty procentowe (rycina 3.3). Około 9% młodzieży piło alkohol z innymi osobami w roku 2012. W roku 2016 odsetek chłopców pijących alkohol z kimś innym wynosił około 6% (rycina 3.5), a dziewcząt – 9% (rycina 3.4). Wielkość grupy, która piła alkohol w towarzystwie innych osób, w latach 2004–2016, mieściła się przedziale od 7 do 13%. Przy czym odsetek chłopców wahał się od 6 do 12%, a dziewcząt – od 9 do 14%.




| | 2004 | 2008 | 2012 | 2016 |
|---|---|---|---|---|
| pijący umiarkowanie z rówieśnikami | 31,9 | 26,0 | 29,7 | 18,8 |
| upijający się z rówieśnikami | 24,1 | 24,4 | 20,2 | 17,2 |
| pijący umiarkowanie z rodzicami | 17,9 | 15,9 | 13,7 | 13,4 |
| pijący samotnie | 4,0 | 3,7 | 3,6 | 3,0 |
| pijący z innymi osobami | 9,7 | 12,7 | 8,6 | 6,9 |

**Rycina 3.3.** Zmiany wzorów picia alkoholu przez młodzież

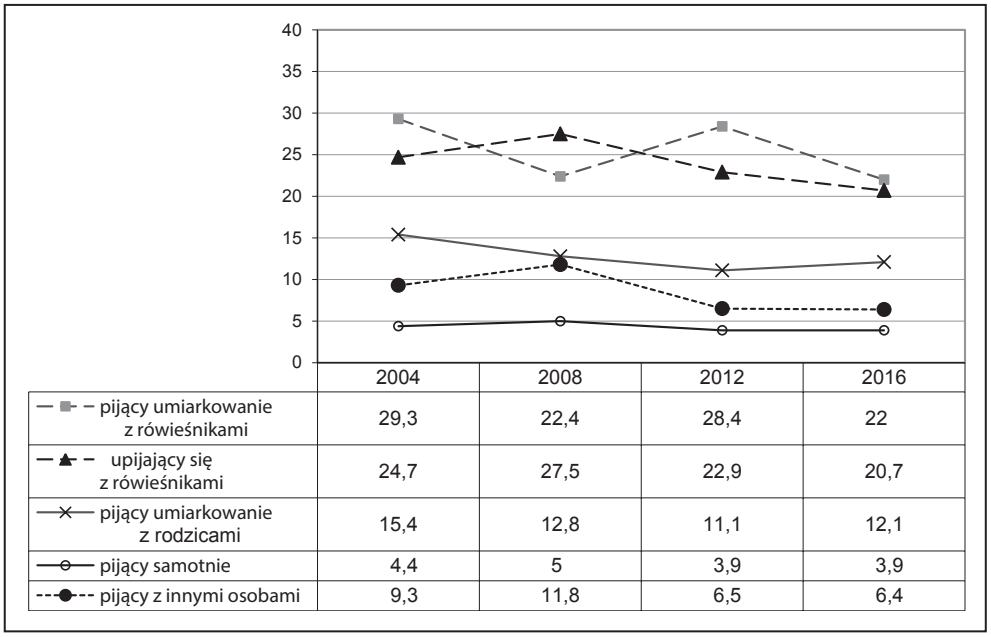
* odsetek respondentów w poszczególnych latach nie sumuje się do 100%, ponieważ nie uwzględnia się abstynentów




| | 2004 | 2008 | 2012 | 2016 |
|---|---|---|---|---|
| pijące umiarkowanie z rówieśnikami | 34,3 | 29,7 | 31,0 | 27,7 |
| upijające się z rówieśnikami | 23,5 | 21,2 | 17,8 | 17,2 |
| pijące umiarkowanie z rodzicami | 20,3 | 19,2 | 16,5 | 15,3 |
| pijące samotnie | 3,6 | 2,2 | 3,1 | 2,6 |
| pijący z innymi osobami | 10,2 | 13,7 | 10,5 | 9,2 |

**Rycina 3.4.** Zmiany wzorów picia alkoholu przez dziewczęta

* odsetek respondentów w poszczególnych latach nie sumuje się do 100%, ponieważ nie uwzględnia się abstynentów




| | 2004 | 2008 | 2012 | 2016 |
|---|---|---|---|---|
| pijący umiarkowanie z rówieśnikami | 29,3 | 22,4 | 28,4 | 22 |
| upijający się z rówieśnikami | 24,7 | 27,5 | 22,9 | 20,7 |
| pijący umiarkowanie z rodzicami | 15,4 | 12,8 | 11,1 | 12,1 |
| pijący samotnie | 4,4 | 5 | 3,9 | 3,9 |
| pijący z innymi osobami | 9,3 | 11,8 | 6,5 | 6,4 |

**Rycina 3.5.** Zmiany wzorów picia alkoholu przez chłopców

* Odsetek respondentów w poszczególnych latach nie sumuje się do 100%, ponieważ nie uwzględnia się abstynentów

## Podsumowanie i omówienie wyników

Badania mokotowskie z 2016 roku wskazują na skokowy spadek odsetka 15-latków pijących alkohol. Znajduje to odzwierciedlenie we wszystkich wskaźnikach, przyjętych do pomiaru picia alkoholu przez młodzież, to jest abstynencji, piciu częstym i częstym upijaniu się. Chociaż korzystne trendy były już widoczne w 2012 roku, to nigdy w 32-letniej historii naszych badań nie odnotowano tak spektakularnych zmian wskazujących na ograniczenie rozpowszechnienia picia alkoholu wśród mokotowskiej młodzieży (Okulicz-Kozaryn, Borucka, 2013).

Nasze wieloletnie obserwacje wskazują, że wśród młodzieży warszawskiej nowe trendy zachowania pojawiają się wcześniej niż w populacji ogólnopolskiej. Podobny kierunek zmian został również odnotowany w badaniach przeprowadzonych w latach 2011 i 2015 wśród 15–16-latków w innych polskich miastach, np. we Wrocławiu, Płocku (Sierosławski, 2016a, b). Badania ogólnopolskie wskazują również na tendencję spadkową picia alkoholu przez nastolatków (Sierosławski, 2016c). Również wieloletnie trendy obserwowane w ogólnoeuropejskich badaniach ESPAD wskazują na tendencję spadkową picia alkoholu przez dorastających (ESPAD Report, 2015). Tendencje te są szczególnie wyraźne w krajach północy: Islandii, Irlandii, Norwegii, Szwecji, Finlandii, ale również w Austrii, Macedonii, we Włoszech, na Ukrainie i w Polsce.

Interesujące jest, że Islandczycy wyraźnie wiążą spadek rozpowszechnienia picia alkoholu przez młodzież z wprowadzoną w latach 90. XX wieku zmianą dotyczącą profilaktyki.

W ogólnym zarysie wiązała się ona z wyraźnym powiązaniem podejmowanych działań z wynikami badań nad czynnikami zwiększającymi i zmniejszającymi ryzyko zachowań problemowych wśród młodzieży, intensyfikacją działań i ich różnorodnością – od zmian prawnych ograniczających dostępność substancji psychoaktywnych, do programów edukacyjnych dla dzieci i ich rodziców (Sigfusdottir i wsp., 2008, 2010; Kristjansson i wsp., 2015). W pozostałych krajach, w tym również w Polsce, trudniej jest wskazać tak wyraźne powiązanie pomiędzy polityką alkoholową (profilaktyczną) państwa a rozpowszechnieniem picia i upijania się.

Również w skali lokalnej – to znaczy na obszarze Warszawy objętym badaniami mokotowskimi, w ostatnich latach nie zostały wprowadzone jakieś zmiany, które mogłyby spowodować ograniczenie dostępności alkoholu dla młodzieży lub świadczyłyby o skokowej poprawie jakości innych działań profilaktycznych (informacje z nieoficjalnych rozmów z przedstawicielami władz samorządowych). Można natomiast mówić o systematycznym, lecz raczej powolnym podnoszeniu jakości działań profilaktycznych, oraz ogólnie, o wysokiej jakości pracy nauczycieli i wychowawców mokotowskich szkół.

W wynikach z 2016 roku na szczególne podkreślenie zasługują te, które wskazują na spektakularny spadek popularności picia piwa wśród 15-letnich dziewcząt i chłopców. Znajduje to odzwierciedlenie we wszystkich wskaźnikach picia piwa, to jest we wzroście odsetka abstynentów, który przekroczył 50% i spadku odsetków tych, którzy pili piwo często lub się nim upijali. Podobne pozytywne zmiany zostały też również odnotowane w przypadku picia wódki. Są one widoczne na poziomie wszystkich trzech wskaźników. Te korzystne trendy nie są tak wyraźnie zauważalne w odniesieniu do picia wina. Wskaźniki dotyczące częstego picia i upijania się winem pozostały na względnie stałym poziomie. Stwierdzony natomiast został wzrost odsetka tych 15-latków, którzy nigdy nie pili wina. Nadal obserwowany jest trend stopniowego zacierania się różnic między grupą chłopców i dziewcząt w zakresie picia alkoholu. Szczególnie widoczne jest to w zakresie wskaźnika dotyczącego częstego picia alkoholu. W grupie dziewcząt odsetek ten wynosił 29%, a w grupie chłopców – 28%. W przypadku upijania się alkoholem różnica między grupą chłopców a dziewcząt nie przekracza 4% (w grupie chłopców – 14%, a w grupie dziewcząt – 10,5%). Jednak w obu grupach odnotowano ograniczenie picia alkoholu odzwierciedlające się w zakresie wzrostu odsetka abstynentów i spadku odsetka pijących alkohol często i upijających się. Przy czym w grupie chłopców jest więcej abstynentów (44%) w porównaniu z grupą dziewcząt (37%).

W 2016 roku nadal najczęstszym wzorem picia alkoholu przez 15-letnią młodzież jest picie alkoholu w umiarkowanych ilościach w gronie rówieśników. Jednak w porównaniu z rokiem 2012 odsetek tak pijącej młodzieży zmniejszył się aż o około 11 punktów procentowych. Za ten korzystny trend głównie „odpowiadają" chłopcy. Jednak odsetek młodzieży upijającej się z rówieśnikami, pijącej samotnie lub z innymi osobami pozostaje względnie na tym samym poziomie, co cztery lata temu.

Korzystne zmiany w zakresie ograniczenia rozpowszechnienia picia alkoholu wśród mokotowskich 15-latków można wiązać ze zmianą stylu ich życia polegającą na korzystaniu w coraz większym stopniu z nowych technologii (CBOS, 2017). Często tego typu aktywności

ograniczają kontakty towarzyskie poza domem na rzecz tych, które mają miejsce w wirtualnej rzeczywistości. Jednocześnie wyniki badań mokotowskich wskazują na „stałą" grupę podwyższonego ryzyka związanego z upijaniem się w gronie rówieśników i pijących samotnie. W ich przypadku alkohol może być sposobem radzenia sobie z problemami lub staje się sposobem na realizację ważnych dla nastolatków celów. Grupa ta zdecydowanie powinna być objęta działaniami profilaktycznymi, które mają naukowe podstawy i legitymują się potwierdzoną w badaniach skutecznością.

## Piśmiennictwo


1. Bogren A. The competent drinker, the authentic person and strong person: Lines of reasoning in Swedish young people's discussions about alcohol. Journal of Youth Studies 2006; 9: 515–538.
2. ESPAD. Report 2015. Results from the European School Survey Project on alcohol and other drugs. European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2016.
3. Fundacja Badania Opinii Społecznej CBOS (2017). Młodzież 2016, *http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545*.
4. Engels R., Knibbe R.A. Young people's alcohol consumption from a European perspective: risk and benefits. European Journal of Clinical Nutrition 2000; 54, Suppl. 1: S52–S55.
5. Hellandsjo Bu E.T., Watten R.G., Foxcroft D.R., Ingebrigtsen J.E., Relling G. Teenage alcohol and intoxication debut: the impact of family socialization factors, living area and participation in organized sports. Alcohol Alcohol 2002; 37(1): 74–80.
6. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European Countries. CAN, PG, EMCDDA 2009.
7. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European Countries. CAN, PG, EMCDDA 2012.
8. Hingson R., Heeren T., Winter M.R., Wechsler H. Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drink. Pediatrics 2003; Vol. 111, No. 1: 34–40.
9. Hingson R., Winter M. Age of drinking onset and alcohol-related crash involvement Epidemiology and Consequences of Drinking and Driving 2003; Vol. 27, No. 1: 75.
10. Hoel S., Eriksen B., Breidablik H.J., Meland E. Adolescent alcohol use, psychological health and social integration. Scand. J. Public. Health 2004; 32: 361–367.
11. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. Trendy i wzory picia napojów alkoholowych w latach 1984–2012. w: Ostaszewski K. i wsp. Monitorowanie zachowań ryzykownych

i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2013, 38–55.
12. Senchak M., Leonard K.E., Greene B.W. Alcohol use among college students as a function of their typical social drinking context. Psychology of Addictive Behaviors 1998; 12: 62–70.
13. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną miasta Wrocław. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i Narkotyków. ESPAD. Wrocławskie Forum ds. Uzależnień i Przemocy, Wrocław 2016a.
14. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w Płocku. Warszawa, 2016b.
15. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. KBPN, PARPA, IPiN, Warszawa 2016c.
16. Sigfusdottir I.D., Thorlindsson T., Kristjansson A.L., Roe K.M., Allegrante J.P. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. Health Promotion International 2009; Vol. 24, No. 1. Advance Access published 11 December, 2008.
17. Sigfusdottir I.D., Kristjansson A.L., Gudmunsdottir M.L., Allegrante J.P. A collaborative community approach to adolescent substance misuse in Iceland. International Psychiatry 2010; Vol. 7, No. 3. October: 86–87.
18. Sigfusdottir I.D., Kristjansson A.L., Gudmunsdottir M.L., Allegrante J.P. Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland. Global Health Promotion 2011; Vol. 18, No. 3: 23–26.
19. Święcicki A. Struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce na podstawie badań ankietowych. SPK, Warszawa 1963.
20. Wolniewicz-Grzelak B. Badania ankietowe nad spożywaniem alkoholu przez uczniów szkół podstawowych Mokotowa w 1984 roku i niektóre problemy metodologiczne. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego 1985; 4: 65–85.
21. Wolniewicz-Grzelak B. Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo–Wino–Wódka". Alkoholizm i Narkomania 1995; 2: 117–127.

# Rozdział 4 Symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego

**Krzysztof Bobrowski**

**Streszczenie**

**Okres obserwacji.** Począwszy od 2004 roku cele badań mokotowskich dotyczą także monitorowania wybranych wskaźników zdrowia psychicznego 15-latków. Prezentowane wyniki obejmują cztery edycje badań prowadzonych w latach 2004–2008–2012–2016.
**Narzędzia.** Podstawowym narzędziem badawczym była ankieta od wielu lat wykorzystywana w badaniach mokotowskich. Dużą część pytań ankietowych opracowano na podstawie narzędzi stosowanych w badaniach zdrowia młodzieży kanadyjskiej (*Ontario Study*), pojedyncze pytania zaczerpnięto z badań prowadzonych w USA (samoocena zdrowia psychicznego) i w Polsce (cyberprzemoc).
**Wyniki.** Pomiędzy 2008 a 2016 rokiem zaobserwowano tendencje do zwiększania się rozpowszechnienia problemów internalizacyjnych (wzrost o 6%), przy jednoczesnym stopniowym ograniczaniu występowania problemów eksternalizacyjnych (spadek o 10%). Znacząco mniej rozpowszechnione było nadużywanie substancji psychoaktywnych, występowanie zachowań sprzecznych z prawem oraz stosowanie wobec innych osób różnych form przemocy. Z drugiej strony istotnie wzrosły odsetki osób przejawiających symptomy depresji (wśród dziewcząt) oraz negatywnie oceniających stan swojego zdrowia psychicznego (wśród chłopców).
**Wnioski.** Wyniki wskazują na konieczność ułatwienia młodzieży i rodzinom dostępu do specjalistycznej pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. Potrzeba rozwoju programów opartych na naukowych podstawach, ukierunkowanych na promocję zdrowia psychicznego wśród młodzieży, a w tym radzenie sobie ze stresem, zapobieganie depresji, samobójstwom, przemocy, wykroczeniom oraz nadużywaniu substancji psychoaktywnych.

## Wprowadzenie

Badania mokotowskie realizowane są od lat 80. XX wieku w populacji 15-letnich uczniów uczęszczających do szkół znajdujących się w obszarze warszawskiego Mokotowa, który to obszar współcześnie obejmuje trzy administracyjne dzielnice Warszawy: Mokotów, Ursynów i Wilanów. Początkowo badania skoncentrowane były na analizie rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży (Wolniewicz-Grzelak i Ostaszewski, 1983; Wolniewicz-Grzelak, 1995). W 2004 roku poszerzono ich zakres o monitorowanie wybranych wskaźników zdrowia psychicznego (Ostaszewski i wsp., 2005; Bobrowski, 2010). Do ankiety dołączono taką pulę pytań, aby chociaż w przybliżeniu ogarnąć szeroki zakres problematyki zaburzeń zdrowia psychicznego

(Bobrowski i wsp., 2007). Dobór pytań ankietowych i wskaźników ułatwiła wcześniejsza realizacja projektu badawczego dotyczącego oceny stanu zdrowia psychicznego warszawskich gimnazjalistów (Bobrowski, 2005; Bobrowski i wsp., 2005; Czabała i wsp., 2005). Projekt ten w warstwie merytorycznej nawiązywał do prac innych autorów (Achenbach, 2001; Adlaf i Paglia, 2001; Deković, 1999; Wolańczyk, 2002), którzy zaproponowali wprowadzenie dwu zasadniczych kategorii wskaźników zaburzeń zdrowia psychicznego: eksternalizacyjnych (*externalizing indicators*) i internalizacyjnych (*internalizing idicators*). Pierwsza kategoria obejmowała zachowania ryzykowne, określane czasem także jako „problemowe", związane z wyraźnym łamaniem norm społecznych, takie jak: nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc, wykroczenia itp. Druga kategoria opisywała problemy emocjonalne: zaburzenia depresyjne i lękowe, nadmierny stres itp.

Dysponujemy, niestety, tylko fragmentarycznymi danymi o stanie zdrowia psychicznego młodzieży w Polsce (Namysłowska, 2013; Tabak, 2014; Witkowska-Ulatowska, 2000). Dlatego rozwój badań epidemiologicznych, ukierunkowanych na ocenę stanu zdrowia psychicznego w wybranych populacjach (w tym młodzieży), stanowi jeden z ważnych celów sformułowanych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 (Wciórka i wsp., 2006; NPZ, 2016). Badania mokotowskie, systematycznie powtarzane, mogą pomagać w śledzeniu trendów w obszarze zdrowia psychicznego i przyczyniać się do adekwatnego planowania organizacji działań terapeutycznych i profilaktycznych dla młodzieży warszawskiej. Niemniej, potrzebne wydaje się także systematyczne monitorowanie zdrowia psychicznego młodzieży w szerszym przedziale wiekowym, na podstawie badań dużych prób ogólnokrajowych. Przykłady takich badań, poprawnych metodologicznie, spełniających funkcję swoistego barometru w obszarze zdrowia psychicznego populacji, można znaleźć w USA i Kanadzie (SAMHSA, 2017; Boak i wsp., 2016).

## Zmienne, wskaźniki i narzędzia badawcze

### *Problemy internalizacyjne*

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

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

***Samoocena stanu zdrowia psychicznego.*** Do oceny bieżącego stanu zdrowia psychicznego wykorzystano jedno pytanie zaczerpnięte ze skali do pomiaru jakości życia związanego ze zdrowiem *CDC Health Related Quality of Life – 4*: *Jeśli chodzi o Twoje zdrowie psychiczne, a w tym stres, przygnębienie i problemy emocjonalne, w ciągu ilu dni, w ostatnich 30 dniach, Twoje zdrowie psychiczne nie było dobre?* (odpowiedzi od 0 do 31 dni). Pytanie zostało opracowane przez amerykańską agendę rządową *Center for Disease Control and Prevention* (1998) z przeznaczeniem do badań populacyjnych nad zdrowiem i jakością życia. Skala jest własnością publiczną.

***Negatywna samoocena stanu zdrowia psychicznego.*** Przyjęto, za twórcami tego pytania, że wskaźnikiem problemów ze zdrowiem psychicznym jest występowanie w ostatnim miesiącu przynajmniej 14 dni pogorszonego samopoczucia.

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

## *Problemy eksternalizacyjne*

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

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

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

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

- częste branie udziału w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych uczniów na terenie szkoły (raz na tydzień lub częściej),
- częsty udział w bójkach na terenie szkoły (sześć lub więcej razy w ostatnich 12 miesiącach),
- celowe uderzenie lub uszkodzenie kogoś (w ostatnich 12 miesiącach),

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

***Nadużywanie substancji psychoaktywnych.*** Do pomiaru tej zmiennej wykorzystano informacje uzyskane z pytań ankiety NAN (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983) oraz ankiety „Piwo–Wino–Wódka" (Wolniewicz-Grzelak, 1995). Narzędzia te zostały opisane w rozdziale 2 i 3 niniejszej monografii. Zastosowano złożony wskaźnik, który obejmował: codzienne palenie tytoniu lub używanie narkotyków (co najmniej raz w ostatnim roku), bądź też upicie się w okresie 30 dni poprzedzających badanie – wypicie przy jednej okazji, w przeliczeniu 60 ml czystego etanolu to: co najmniej trzy butelki piwa (1,5 l), trzy duże lampki wina (600 ml) lub przynajmniej trzy duże kieliszki wódki (150 ml).

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

***Problemy eksternalizacyjne włączone do badań w 2012 roku.*** W badaniach z 2012 roku dodatkowo analizowano udział w tak zwanej cyberprzemocy – definiowanej jako uporczywe, złośliwe nękanie mogące wywołać poczucie zagrożenia. Pytania do pomiaru cyberprzemocy zaczerpnięto z badań J. Pyżalskiego (2010, 2012), za zgodą Autora. Sprawstwo cyberprzemocy opisywało pytanie ankietowe*: Czy zdarzyło Ci się samemu lub w grupie przez dłuższy czas, regularnie nękać kolegę/koleżankę korzystając z Internetu lub telefonów komórkowych, w taki sposób, że trudno mu było się obronić?* Badani mieli do wyboru cztery kategorie odpowiedzi: nigdy mi się nie zdarzyło, zdarzyło mi się 1 raz, zdarzyło mi się 2 lub 3 razy, zdarzyło mi się 4 lub więcej razy. Drugie, analogiczne pytanie, opisywało bycie ofiarą cyberprzemocy.

Zakres badań poszerzono także o *hazard* (Bobrowski, 2012). Został on zdefiniowany w ankiecie jako korzystanie w ostatnim roku z co najmniej jednej z wymienionych poniżej form:

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

Podjęto także próbę oszacowania rozpowszechnienia problemowego uprawiania hazardu, opartą na pytaniu ankietowym: *W ciągu w ostatnich 12 miesięcy, czy hazard był przyczyną jakichkolwiek Twoich kłopotów, jak na przykład brak pieniędzy, sprzeczki w domu czy z kolegami, problemy w szkole, problemy z odrabianiem na czas prac domowych, itp.?* Badani w odpowiedzi potwierdzali bądź nie występowanie jakichkolwiek kłopotów.

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

# Wyniki

## *Rozpowszechnienie problemów internalizacyjnych*

### Samoocena stanu zdrowia psychicznego

Wyniki ostatniej edycji badań mokotowskich z jesieni 2016 roku pokazują, że około 22% uczniów negatywnie oceniało własne zdrowie psychiczne, informując o co najmniej 14 dniach pogorszonego samopoczucia w ciągu ostatnich 30 dni (tabela 4.1). Wskaźnik ten był nieznacznie wyższy (o 3%) w porównaniu z wynikami poprzedniej edycji badań z 2012 roku. Podobnie jak w poprzednich latach negatywna samoocena zdrowia psychicznego zdecydowanie częściej charakteryzowała dziewczęta – 30% niż chłopców – 14%. Przy tym u chłopców wskaźnik ten istotnie wzrósł (o 5%) w porównaniu z wynikami poprzedniej edycji badań z 2012 roku. Uwzględniając dłuższą perspektywę czasu, lata 2004–2016, można stwierdzić, że wskaźniki samooceny zdrowia psychicznego pozostawały na podobnym poziomie, a jedynym wyjątkiem był wspomniany wyżej wzrost wskaźnika negatywnej samooceny zdrowia psychicznego u chłopców.

### Symptomy depresji

W porównaniu z poprzednią edycją badań, w 2016 roku wzrosło rozpowszechnienie niektórych pojedynczych symptomów depresji (tabele 4.2–4.5). I tak odnotowano istotny wzrost rozpowszechnienia często odczuwanego przygnębienia w ostatnich 7 dniach, zarówno wśród dziewcząt, jak i wśród chłopców i w całej badanej grupie. Istotnie wzrosło także, ale tylko wśród chłopców, rozpowszechnienie częstego przeżywania smutku. W dłuższej perspektywie czasu (porównując dane z 2004 i 2016 roku) możemy mówić o znaczących trendach wzrostowych

w zakresie częstego przeżywania przygnębienia, smutku oraz częstej tendencji do płaczu. Wyjątkowo stabilne i mało zmienne w czasie okazało się rozpowszechnienie wśród młodzieży czwartego symptomu depresji – poczucia osamotnienia.

Wysokie ryzyko występowania depresji, według badań z 2016 roku, dotyczyło 10,3% badanych uczniów, przy bardzo dużym zróżnicowaniu ryzyka ze względu na płeć. Wskaźnik osiągnął poziom 17,7% wśród dziewcząt i zaledwie 3,2% wśród chłopców.

Pomiędzy dwiema ostatnimi edycjami badań nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian, natomiast w dłuższej perspektywie czasowej, pomiędzy rokiem 2004 i 2016, uwidocznił się znaczący, siedmioprocentowy wzrost odsetka dziewcząt charakteryzujących się dużym ryzykiem depresji (z 11,1 do 17,7%). W konsekwencji istotnie wzrósł także wskaźnik dla całej badanej grupy, z 6,6% w 2004 roku do 10,3% w 2016 roku (tabela 4.6).

Ogółem w 2016 roku problemy internalizacyjne, rozumiane jako duże ryzyko depresji bądź negatywna samoocena zdrowia psychicznego, charakteryzowały 25% badanych uczniów i występowały zdecydowanie częściej wśród dziewcząt (35%) niż wśród chłopców (15%). Przy tym wśród chłopców, w porównaniu z poprzednią edycją badań, ogólny wskaźnik problemów internalizacyjnych wzrósł znacząco statystycznie o 5% (tabela 4.6). W dłuższej perspektywie czasowej, od 2008 roku, obserwujemy tendencję wzrostową rozpowszechnienia wśród uczniów problemów internalizacyjnych nie tylko wśród chłopców, ale także wśród dziewcząt, a ogólny wskaźnik dla badanej próby wzrósł o około 6%.

**Tabela 4.1.** Samoocena zdrowia psychicznego: *Jeśli chodzi o Twoje zdrowie psychiczne, a w tym stres, przygnębienie i problemy emocjonalne, w ciągu ilu dni, w ostatnich 30 dniach, Twoje zdrowie psychiczne nie było dobre?*

| Rok badania | Liczba respondentów | W ciągu ostatnich 30 dni (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 dni | 1–6 dni | 7–13 dni | 14–30 dni |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 634 | 16,7 | 33,8 | 22,7 | 26,8 |
| 2008 | 552 | 18,7 | 36,8 | 19,2 | 25,4 |
| 2012 | 457 | 16,6 | 33,0 | 22,3 | 28,0 |
| 2016 | 337 | 15,1 | 33,5 | 21,7 | 29,7 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 635 | 52,6 | 29,6 | 7,7 | 10,1 |
| 2008 | 529 | 51,4 | 32,5 | 7,9 | 8,1 |
| 2012 | 435 | 49,7 | 33,8 | 7,4 | 9,2 |
| 2016 | 368 | 46,5 | 31,0 | 8,4 | 14,1* |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1275 | 35,0 | 31,5 | 15,1 | 18,4 |
| 2008 | 1088 | 34,8 | 34,7 | 13,6 | 16,9 |
| 2012 | 898 | 32,7 | 33,4 | 15,0 | 18,8 |
| 2016 | 706 | 31,4 | 32,2 | 17,7 | 21,7 |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się w kolejnych edycjach badań od 1,9 do 5,6%.

* $p < 0,05$;
** $p < 0,01$,
*** $p < 0,001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.2.** Symptomy depresji: *Jak często było ci smutno?*

| Rok badania | Liczba respondentów | W ciągu ostatnich 7 dni (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy lub rzadko | Czasami | Często | Cały czas |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 662 | 20,5 | 47,4 | 27,2 | 4,8 |
| 2008 | 566 | 18,6 | 44,0 | 30,9 | 6,5 |
| 2012 | 476 | 16,8 | 43,1 | 31,7 | 8,4 |
| 2016 | 343 | 18,1 | 41,4 | 30,9 | 9,6 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 670 | 43,7 | 41,9 | 11,5 | 2,8 |
| 2008 | 557 | 48,7 | 35,5* | 11,5 | 4,3 |
| 2012 | 451 | 44,8 | 38,8 | 12,0 | 4,4 |
| 2016 | 374 | 42,5 | 35,6 | 17,4* | 4,5 |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1341 | 32,3 | 44,7 | 19,2 | 3,8 |
| 2008 | 1131 | 33,6 | 39,9* | 21,1 | 5,4 |
| 2012 | 933 | 30,4 | 41,1 | 22,1 | 6,4 |
| 2016 | 718 | 30,8 | 38,3 | 23,8 | 7,1 |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się w kolejnych edycjach badań od 0,2 do 0,7%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.3.** Symptomy depresji: *Jak często czułeś się samotny?*

| Rok badania | Liczba respondentów | W ciągu ostatnich 7 dni (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy lub rzadko | Czasami | Często | Cały czas |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 664 | 40,8 | 35,1 | 16,4 | 7,7 |
| 2008 | 564 | 47,3* | 27,5** | 18,6 | 6,6 |
| 2012 | 475 | 41,7 | 31,4 | 19,6 | 7,4 |
| 2016 | 342 | 42,7 | 32,2 | 17,0 | 8,2 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 670 | 62,5 | 24,5 | 8,4 | 4,6 |
| 2008 | 557 | 67,1 | 21,5 | 7,5 | 3,8 |
| 2012 | 449 | 69,9 | 18,7 | 8,2 | 3,1 |
| 2016 | 374 | 63,1* | 23,3 | 9,4 | 4,3 |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1343 | 51,7 | 29,8 | 12,4 | 6,1 |
| 2008 | 1129 | 57,3** | 24,4** | 13,1 | 5,1 |
| 2012 | 930 | 55,5 | 25,2 | 14,1 | 5,3 |
| 2016 | 717 | 53,3 | 27,5 | 13,0 | 6,3 |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się w kolejnych edycjach badań od 0,4 do 0,6%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.4.** Symptomy depresji: *Jak często byłeś/aś przygnębiony/a?*

| Rok badania | Liczba respondentów | W ciągu ostatnich 7 dni (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy lub rzadko | Czasami | Często | Cały czas |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 665 | 33,1 | 39,1 | 22,3 | 5,6 |
| 2008 | 564 | 34,4 | 37,9 | 21,8 | 5,9 |
| 2012 | 474 | 28,1* | 40,3 | 25,1 | 6,5 |
| 2016 | 342 | 24,0 | 36,3 | 28,7 | 11,1* |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 674 | 55,3 | 33,4 | 9,1 | 2,2 |
| 2008 | 557 | 55,3 | 30,3 | 10,6 | 3,8 |
| 2012 | 448 | 55,8 | 31,0 | 9,2 | 4,0 |
| 2016 | 374 | 48,4* | 30,5 | 16,8*** | 4,3 |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1348 | 44,4 | 36,3 | 15,5 | 3,9 |
| 2008 | 1129 | 44,9 | 34,1 | 16,2 | 4,8 |
| 2012 | 928 | 41,6 | 35,8 | 17,3 | 5,3 |
| 2016 | 717 | 36,7* | 33,2 | 22,5** | 7,7* |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się w kolejnych edycjach badań od 0,2 do 0,7%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.5.** Symptomy depresji: *Jak często chciało ci się płakać?*

| Rok badania | Liczba respondentów | W ciągu ostatnich 7 dni (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy lub rzadko | Czasami | Często | Cały czas |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 665 | 41,7 | 33,7 | 20,3 | 4,5 |
| 2008 | 563 | 43,2 | 33,4 | 17,9 | 5,5 |
| 2012 | 473 | 41,2 | 29,6 | 20,1 | 9,1 |
| 2016 | 344 | 36,0 | 30,8 | 22,1 | 11,0 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 676 | 87,6 | 8,4 | 2,5 | 1,5 |
| 2008 | 556 | 88,5 | 7,9 | 2,2 | 1,4 |
| 2012 | 449 | 87,3 | 9,6 | 2,0 | 1,1 |
| 2016 | 373 | 80,7** | 13,9* | 3,5 | 1,9 |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1350 | 64,9 | 20,9 | 11,3 | 3,0 |
| 2008 | 1127 | 65,9 | 20,6 | 10,0 | 3,5 |
| 2012 | 928 | 63,6 | 20,0 | 11,2 | 5,2 |
| 2016 | 718 | 59,2 | 22,0 | 12,5 | 6,3 |

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

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.6.** Internalizacyjne problemy zdrowia psychicznego: duże ryzyko depresji, negatywna samoocena zdrowia psychicznego oraz ogólny wskaźnik

| Rok badania | Liczba respondentów | Wskaźniki problemów internalizacyjnych (odsetek badanych) | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Duże ryzyko depresji | Negatywna samoocena zdrowia psychicznego | Ogólny wskaźnik problemów internalizacyjnych |
| **Dziewczęta** | | | | |
| 2004 | 636 | 11,1 | 26,8 | 29,6 |
| 2008 | 554 | 11,5 | 25,4 | 28,2 |
| 2012 | 462 | 14,8 | 28,0 | 31,8 |
| 2016 | 338 | 17,7 | 29,7 | 35,2 |
| **Chłopcy** | | | | |
| 2004 | 636 | 2,2 | 10,1 | 10,7 |
| 2008 | 530 | 2,2 | 8,1 | 9,2 |
| 2012 | 435 | 2,0 | 9,2 | 9,9 |
| 2016 | 368 | 3,2 | 14,1 * | 14,7* |
| **Razem** | | | | |
| 2004 | 1278 | 6,6 | 18,4 | 20,0 |
| 2008 | 1091 | 6,8 | 16,9 | 18,9 |
| 2012 | 903 | 8,5 | 18,8 | 21,2 |
| 2016 | 707 | 10,3 | 21,7 | 24,6 |

Odsetek braków danych w zakresie ogólnego wskaźnika wahał się od 1,8 do 5,4%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

## *Problemy eksternalizacyjne*

### Przemoc

***Doświadczanie przemocy na terenie szkoły lub w pobliżu.*** Według wyników ostatniej badań mokotowskich z 2016 roku, około 38% uczniów doświadczało przemocy na terenie szkoły w ciągu roku poprzedzającego badania i było to około 7% mniej w porównaniu z poprzednią edycją badań w 2012 roku. Doświadczenie przemocy w ostatnim roku w większej mierze dotyczyło chłopców (46%) niż dziewcząt (30%).

Zmniejszył się istotnie odsetek osób doświadczających bardzo często przemocy – „codziennie lub prawie codziennie", z 6,1% w 2012 roku do 2,8% w 2016 roku. Przy tym wskaźnik ten zmniejszył się istotnie zarówno wśród dziewcząt, jak i wśród chłopców, osiągając odpowiednio 1,5% oraz 4%.

Patrząc z dłuższej perspektywy czasowej, od 2004 roku, możemy stwierdzić tendencje do stopniowego, systematycznego ograniczenia zjawiska, jakim jest doświadczanie przez uczniów częstej przemocy na terenie szkoły (tabela 4.7).

***Sprawcy przemocy na terenie szkoły lub w pobliżu.*** W 2016 roku udział w przemocy wobec innych na terenie szkoły cechował 24% badanych uczniów, a w tym 30% chłopców i 18% dziewcząt

(tabela 4.8). Pomiędzy 2012 a 2016 rokiem prawie zanikło zjawisko częstego, codziennego udziału w przemocy wobec innych, osiągając poziom 1%, przy tym wśród chłopców było 2% sprawców częstej przemocy i w ogóle nie było takich sprawczyń wśród dziewcząt. Wśród chłopców odnotowano także istotny spadek z 8 do 4% odsetka sprawców przemocy, którzy brali w niej udział systematycznie, około raz na tydzień (w ostatnim roku). Analogiczny, istotny statystycznie spadek tego wskaźnika miał miejsce także w całej badanej grupie (z 6,2 do 3,6%).

W dłuższej perspektywie czasu (2004–2016) możemy mówić o coraz mniejszym rozpowszechnieniu częstej przemocy na terenie szkoły lub w jej pobliżu.

Na koniec tego wątku jeszcze jeden wynik. Sprawdzono na podstawie danych z 2016 roku, że dokładnie połowa spośród sprawców częstej przemocy na terenie szkoły to jednocześnie ofiary częstej przemocy. Nie można więc traktować w tym kontekście „ofiar" i „sprawców" przemocy na terenie szkoły jako zupełnie rozłącznych kategorii osób.

***Udział w bójkach na terenie szkoły.*** Bójki na terenie szkoły były zdecydowanie domeną chłopców (tabela 4.9). Przynajmniej raz w ostatnim roku brało w nich udział 24% chłopców i tylko 6% dziewcząt, czyli ogółem 15% uczniów. W porównaniu z poprzednią edycją badań, z 2012 roku, odsetek ten nie zmienił się znacząco. Natomiast w dłuższej perspektywie czasowej, pomiędzy 2004 a 2016 rokiem, odnotowaliśmy istotny statystycznie spadek wskaźnika udziału w bójkach wśród dziewcząt, chłopców i łącznie – w całej badanej próbie.

Częsty udział w bójkach (6 i więcej razy w ciągu roku) charakteryzował 4,3% chłopców oraz 0,6% dziewcząt, ogółem problem ten dotyczył 2,5% badanej grupy, podobnie jak w poprzedniej edycji badań.

***Uderzenie lub uszkodzenie kogoś (celowo).*** W 2016 roku 21% respondentów przyznało, że uderzyło lub uszkodziło kogoś celowo w ostatnim roku (tabela 4.10). Podobnie jak w innych przejawach przemocy, tak i w tym przypadku, takie zachowania częściej były udziałem chłopców (24%) niż dziewcząt (17%). Niemniej, w porównaniu z poprzednią edycją badań, odnotowano wśród chłopców ograniczenie rozpowszechnienia takich zachowań o 7%. W dłuższej perspektywie czasu, od 2008 roku, spadki tego wskaźnika były jeszcze wyraźniejsze i wyniosły: w grupie chłopców – spadek o 15%, wśród dziewcząt – o 8%, a w całej badanej grupie wskaźnik obniżył się o 10%.

***Złożony wskaźnik sprawstwa przemocy*** obejmował występowanie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badania co najmniej jednego spośród trzech zachowań: częste branie udziału w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych uczniów na terenie szkoły (raz na tydzień lub częściej), częsty udział w bójkach na terenie szkoły (sześć lub więcej razy) oraz celowe uderzenie lub uszkodzenie kogoś. Tak rozumiane sprawstwo przemocy było udziałem, w 2016 roku, 23% badanych (18% wśród dziewcząt oraz 28% wśród chłopców). W porównaniu z danymi z 2012 roku odnotowano istotne spadki tego wskaźnika: wśród chłopców – o 10% i w całej próbie – o blisko 6% (tabela 4.11). Przy tym istotne spadki obserwowane były także w dłuższym okresie, od 2008 roku.

**Tabela 4.7.** Doświadczanie przemocy na terenie szkoły lub w jej pobliżu

| Rok badania | Liczba respondentów | W roku poprzedzającym badanie (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy | Rzadziej niż raz na miesiąc | Około raz na tydzień | Codziennie lub prawie codziennie |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 662 | 66,2 | 18,1 | 10,9 | 4,8 |
| 2008 | 567 | 64,4 | 24,5** | 5,8** | 5,3 |
| 2012 | 475 | 61,1 | 24,8 | 9,9* | 4,2 |
| 2016 | 342 | 69,9** | 22,2 | 6,4 | 1,5* |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 670 | 50,3 | 25,5 | 12,2 | 11,9 |
| 2008 | 556 | 47,3 | 28,2 | 14,6 | 9,9 |
| 2012 | 451 | 49,2 | 33,7 | 8,9** | 8,2 |
| 2016 | 374 | 54,3 | 34,0 | 7,8 | 4,0* |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1341 | 57,9 | 22,0 | 11,5 | 8,6 |
| 2008 | 1131 | 56,0 | 26,3* | 10,2 | 7,6 |
| 2012 | 932 | 55,2 | 29,4 | 9,3 | 6,1 |
| 2016 | 717 | 61,8** | 28,3 | 7,1 | 2,8** |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się od 0,2 do 0,7%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.8.** Sprawstwo przemocy na terenie szkoły lub w jej pobliżu

| Rok badania | Liczba respondentów | W roku poprzedzającym badanie (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy | Rzadziej niż raz na miesiąc | Około raz na tydzień | Codziennie lub prawie codziennie |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 664 | 77,9 | 14,8 | 4,4 | 3,0 |
| 2008 | 566 | 81,3 | 12,5 | 4,9 | 1,2* |
| 2012 | 472 | 80,1 | 13,1 | 4,2 | 2,5 |
| 2016 | 343 | 82,2 | 14,6 | 3,2 | 0,0** |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 672 | 53,3 | 26,3 | 11,8 | 8,6 |
| 2008 | 556 | 53,1 | 28,8 | 11,3 | 6,8 |
| 2012 | 451 | 64,7*** | 21,5** | 8,4 | 5,3 |
| 2016 | 373 | 69,7 | 24,1 | 4,0** | 2,1* |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1345 | 65,4 | 20,6 | 8,1 | 5,9 |
| 2008 | 1130 | 67,3 | 20,5 | 8,1 | 4,0* |
| 2012 | 929 | 72,6* | 17,2 | 6,2 | 4,0 |
| 2016 | 717 | 75,6 | 19,7 | 3,6* | 1,1*** |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się od 0,3 do 0,6%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.9.** Udział w bójkach na terenie szkoły

| Rok badania | Liczba respondentów | W ciągu ostatniego roku (odsetek badanych) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ani razu | 1 raz | 2 lub 3 razy | 4 lub 5 razy | 6 lub więcej razy |
| **Dziewczęta** | | | | | | |
| 2004 | 663 | 88,2 | 5,3 | 3,6 | 1,4 | 1,5 |
| 2008 | 565 | 91,3 | 4,4 | 2,8 | 0,7 | 0,7 |
| 2012 | 475 | 91,4 | 4,2 | 1,7 | 1,1 | 1,7 |
| 2016 | 344 | 93,9 | 4,4 | 0,9 | 0,3 | 0,6 |
| **Chłopcy** | | | | | | |
| 2004 | 671 | 67,4 | 13,4 | 8,2 | 3,6 | 7,5 |
| 2008 | 558 | 63,1 | 15,2 | 12,7** | 3,2 | 5,7 |
| 2012 | 451 | 72,3** | 13,5 | 8,0* | 2,4 | 3,8 |
| 2016 | 374 | 76,2 | 10,2 | 8,3 | 1,1 | 4,3 |
| **Razem** | | | | | | |
| 2004 | 1343 | 77,7 | 9,5 | 5,9 | 2,5 | 4,5 |
| 2008 | 1131 | 77,2 | 9,7 | 7,7 | 2,0 | 3,4 |
| 2012 | 932 | 82,0** | 8,8 | 4,7** | 1,7 | 2,8 |
| 2016 | 719 | 84,7 | 7,4 | 4,7 | 0,7 | 2,5 |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się od 0,2 do 0,6%.
* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

### Zachowania sprzeczne z prawem

W zakresie poszczególnych zachowań sprzecznych z prawem zidentyfikowano tylko jedną istotną zmianę, w porównaniu z edycją badań w 2012 roku (tabela 4.10). Otóż zmniejszyła się w grupie chłopców wartość wskaźnika mówiącego o braniu bez zgody właściciela samochodu na przejażdżkę, z 5,6 do 2,7%. Było to jednocześnie jedno z najmniej rozpowszechnionych zachowań sprzecznych z prawem (2% w całej próbie), podobnie jak sprzedawanie narkotyków (4%). Najbardziej powszechne pozostały drobne kradzieże – 29%, przejawy wandalizmu (np. celowe niszczenie czegoś) – 12% i ucieczki z domu – 11%. Pomiędzy ostatnimi dwiema edycjami badań, w 2012 i 2016 roku, rozpowszechnienie zachowań sprzecznych z prawem nie zmieniło się znacząco. Jakiekolwiek tego typu zachowania dotyczyły 38% osób badanych, podobnie wśród dziewcząt i chłopców. W dłuższej perspektywie, od 2004 roku, występowały wzrosty wartości wskaźnika, ale też i spadki, a w efekcie wskaźnik mówiący o występowaniu jakichkolwiek zachowań sprzecznych z prawem w 2016 roku znajduje się na takim samym poziomie wartości jak w 2004 roku, wśród dziewcząt, chłopców i w całej badanej próbie (tabela 4.11).

### Nadużywanie substancji psychoaktywnych

Przypomnijmy, że złożony wskaźnik nadużywania substancji oznaczał wystąpienie co najmniej jednego z trzech zachowań: codzienne palenie papierosów, upicie się w ostatnich 30 dniach, czyli wypicie przy jednej okazji co najmniej 60 ml etanolu (ok. 47 g) i w końcu używanie środków

narkotyzujących w ostatnim roku. Wartości wskaźnika opisującego nadużywanie substancji psychoaktywnych spadły istotnie, o 8% w porównaniu z poprzednią edycją badań, osiągając następujące wartości: wśród dziewcząt – 19%, wśród chłopców – 22% i w całej próbie – 21% (tabela 4.11). Ostatnie spadki nastąpiły po okresie stabilizacji wskaźników w latach 2004–2012.

### Problemy eksternalizacyjne ogółem

W 2016 roku problemy eksternalizacyjne, definiowane jako współwystępowanie różnych typów zachowań ryzykownych, dotyczyły około 1/4 badanych: częściej chłopców (28%) niż dziewcząt (22%). Pomiędzy dwiema ostatnimi edycjami badań nie odnotowano znaczących zmian tego wskaźnika. Możemy natomiast mówić o znaczących spadkach wskaźnika, o 8–10%, w dłuższej perspektywie czasu, pomiędzy 2008 a 2016 rokiem (tabela 4.11).

**Tabela 4.10.** Zachowania sprzeczne z prawem: *Czy kiedykolwiek w ostatnich 12 miesiącach robiłeś/aś niżej wymienione rzeczy?*

| Rok badania | Liczba respondentów[1] | W ciągu ostatniego roku (odsetek badanych) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Brałeś/aś samochód na przejażdżkę bez zgody właściciela | Łamałeś/aś lub niszczyłeś/aś (celowo) coś, co nie należało do Ciebie | Sprzedawałeś/aś marihuanę lub inne narkotyki | Brałeś/aś rzeczy, które nie należały do Ciebie | Uciekałeś/aś z domu (to znaczy opuszczałeś/aś dom bez pozwolenia rodziców) | Uderzyłeś/aś lub uszkodziłeś/aś kogoś (celowo)[2] |
| **Dziewczęta** | | | | | | | |
| 2004 | 659 | 0,6 | 14,1 | 2,3 | 25,3 | 12,7 | 24,6 |
| 2008 | 565 | 1,2 | 14,5 | 2,3 | 30,4* | 11,1 | 22,9 |
| 2012 | 476 | 1,3 | 9,9* | 2,5 | 26,2 | 16,7** | 17,1* |
| 2016 | 342 | 1,2 | 8,8 | 3,2 | 27,9 | 14,7 | 16,7 |
| **Chłopcy** | | | | | | | |
| 2004 | 669 | 5,5 | 28,1 | 4,2 | 24,9 | 5,6 | 36,5 |
| 2008 | 554 | 6,1 | 26,5 | 3,6 | 28,0 | 9,7** | 39,4 |
| 2012 | 448 | 5,6 | 20,0* | 5,4 | 31,5 | 9,5 | 31,5** |
| 2016 | 374 | 2,7* | 15,2 | 4,5 | 28,8 | 7,3 | 24,3* |
| **Razem** | | | | | | | |
| 2004 | 1337 | 3,1 | 21,1 | 3,3 | 25,3 | 9,2 | 30,7 |
| 2008 | 1127 | 3,7 | 20,8 | 2,9 | 29,4* | 10,4 | 31,1 |
| 2012 | 930 | 3,3 | 14,8*** | 4,0 | 28,9 | 13,4* | 24,2*** |
| 2016 | 717 | 2,0 | 12,3 | 3,9 | 28,5 | 10,9 | 20,8 |

[1] Podano liczby respondentów dla pytania o pierwsze z zachowań sprzecznych z prawem. Dla pozostałych pytań liczby respondentów różniły się nieznacznie, odsetek braków odpowiedzi wahał się od 0,1 do 2,4%.

[2] Chociaż ostatnie pytanie znajdowało się w grupie opisującej zachowania sprzeczne z prawem, ze względów treściowych włączono je do wskaźnika mówiącego o braniu udziału w przemocy wobec innych osób.

* $p < 0{,}05$,

** $p < 0{,}01$,

*** $p < 0{,}001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.11.** Problemy eksternalizacyjne w obszarze zdrowia psychicznego: nadużywanie substancji, przemoc wobec innych, zachowania sprzeczne z prawem

| Rok badania | Liczba [1] respondentów | Wskaźniki problemów eksternalizacyjnych (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nadużywanie substancji | Przemoc wobec innych | Zachowania sprzeczne z prawem | Ogólny wskaźnik problemów eksternalizacyjnych |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 652 | 31,4 | 26,4 | 37,6 | 26,8 |
| 2008 | 553 | 27,3 | 25,3 | 42,6 | 30,2 |
| 2012 | 470 | 27,4 | 20,7 | 37,0 | 23,8* |
| 2016 | 340 | 19,1** | 18,4 | 37,5 | 21,8 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 663 | 30,2 | 43,9 | 40,7 | 36,8 |
| 2008 | 549 | 32,1 | 46,6 | 47,2* | 40,8 |
| 2012 | 443 | 30,1 | 37,0** | 43,7 | 33,2* |
| 2016 | 371 | 22,2* | 27,5** | 39,0 | 28,3 |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 1324 | 30,7 | 35,3 | 39,3 | 31,9 |
| 2008 | 1110 | 29,6 | 35,9 | 45,2** | 35,6 |
| 2012 | 919 | 28,9 | 28,8*** | 40,4* | 28,6*** |
| 2016 | 712 | 20,8*** | 23,2* | 38,4 | 25,3 |

[1] Podano liczby respondentów dla ogólnego wskaźnika problemów eksternalizacyjnych. Dla pozostałych wskaźników liczby respondentów różniły się nieznacznie, odsetek braków odpowiedzi wahał się od 0,8% do 2,7%

* $p < 0{,}05$,

** $p < 0{,}01$,

*** $p < 0{,}001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

## Cyberprzemoc i hazard – 2012–2016

***Cyberprzemoc.*** Według zgromadzonych danych z 2016 roku, ofiarami cyberprzemocy kiedykolwiek w życiu było około 21% uczniów mokotowskich szkół. Najczęściej doświadczanie cyberprzemocy miało charakter jednorazowy i dotyczyło 13% badanych. Doświadczanie takiej przemocy dwa lub trzy razy w życiu było udziałem 5% uczniów, a cztery i więcej razy – 3% (tabela 4.12). W porównaniu z poprzednią edycją badań, z 2012 roku, jedynie w grupie chłopców stwierdzono istotne statystycznie zmiany. Wzrósł wskaźnik mówiący o doświadczeniu cyberprzemocy kiedykolwiek w życiu, z 13 do 20%. Odnotowano także istotny statystycznie wzrost wartości wskaźnika, z 2,4% do 5,6%, mówiącego o doświadczaniu cyberprzemocy dwa lub trzy razy w życiu.

W 2012 roku mieliśmy znaczące różnice ze względu na płeć w rozpowszechnieniu cyberprzemocy, która dotykała częściej dziewczęta (25%) niż chłopców (13%). Pomiędzy dwiema ostatnimi edycjami badań bardzo zbliżyły się do siebie wartości tych wskaźników (odpowiednio: 23% i 20%).

Sprawcami cyberprzemocy było około 14% badanych. Przy tym takie zachowania charakteryzowały dwukrotnie częściej chłopców (18%) niż dziewczęta (9%). Najwięcej było jednorazowych sprawców cyberprzemocy (9%), powtarzające się sprawstwo, dwa lub trzy razy, dotyczyło 3% uczniów, a cztery lub więcej razy – 2% (tabela 4.13). W porównaniu z poprzednią edycja badań odnotowano tylko jedną istotną statystycznie zmianę: z 14 do 9% obniżył się odsetek sprawczyń cyberprzemocy.

***Hazard*** w jakiejkolwiek formie, według danych z 2016 roku, zajmował około 36% uczniów w ciągu roku poprzedzającego badania (tabela 4.14). Zdecydowanie częściej uczestniczyli w nim chłopcy (45%) niż dziewczęta (27%). Najbardziej popularną formą hazardu był udział w loteriach, jak na przykład LOTTO (21%) oraz gry na pieniądze (14%). Z kolei ostatnie miejsce w popularności miał udział w konkursach opłacanych telefonicznie – 2,8%. Względnie mało popularne były zakłady bukmacherskie, gry przy użyciu automatów i inne formy hazardu (8–9%). Problemy z powodu hazardu dotykały niewielkiej części badanych uczniów, jedynie 3,2%. W porównaniu z poprzednią edycją badań istotnie spadło zainteresowania hazardem, szczególnie wśród dziewcząt (o 9% i o 5% w całej próbie). Ograniczyła się popularność LOTTO i konkursów opłacanych telefonicznie. Istotnie wzrosła natomiast (głównie wśród chłopców) popularność gier na pieniądze i innych form hazardu (nie wiemy, jakie formy badani mieli tu na myśli).

**Tabela 4.12.** Bycie ofiarą cyberprzemocy kiedykolwiek w życiu

| Rok badania | Liczba respondentów | Kiedykolwiek w życiu (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Ani razu | 1 raz | 2 lub 3 razy | 4 lub więcej razy |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2012 | 474 | 75,5 | 18,1 | 3,8 | 2,5 |
| 2016 | 344 | 77,3 | 16,0 | 4,1 | 2,6 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2012 | 449 | 86,6 | 8,2 | 2,4 | 2,7 |
| 2016 | 374 | 80,2* | 11,0 | 5,6* | 3,2 |
| **Razem** | | | | | |
| 2012 | 929 | 80,8 | 13,5 | 3,1 | 2,6 |
| 2016 | 719 | 78,9 | 13,4 | 4,9 | 2,9 |

Odsetek braków danych w odpowiedziach na to pytanie wyniósł od 0,1 do 0,6%.

* $p < 0{,}001$ (dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.13.** Sprawcy cyberprzemocy kiedykolwiek w życiu

| Rok badania | Liczba respondentów | Kiedykolwiek w życiu (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Ani razu | 1 raz | 2 lub 3 razy | 4 lub więcej razy |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2012 | 474 | 85,7 | 8,6 | 3,6 | 2,1 |
| 2016 | 343 | 90,7* | 7,0 | 1,5 | 0,9 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2012 | 451 | 84,0 | 10,9 | 2,7 | 2,4 |
| 2016 | 372 | 81,7 | 11,6 | 3,5 | 3,2 |
| **Razem** | | | | | |
| 2012 | 931 | 85,0 | 9,7 | 3,1 | 2,3 |
| 2016 | 716 | 85,9 | 9,4 | 2,7 | 2,1 |

Odsetek braków danych w odpowiedziach na to pytanie wyniósł od 0,4 do 0,6%.

* $p < 0,05$
(dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

**Tabela 4.14.** Hazard w ostatnim roku

| Rok | Licz. | W ciągu ostatniego roku (odsetek badanych) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Automaty do gier | LOTTO lub inne loterie | Zakłady bukmacherskie | Gra na pieniądze | Konkursy w TV opłacane telefonicznie | Inne formy | Jakiekolwiek formy hazardu | Problemy z powodu hazardu |
| **Dziewczęta** | | | | | | | | | |
| 2012 | 474 | 8,2 | 25,9 | 3,2 | 7,9 | 5,7 | 3,0 | 35,5 | 1,3 |
| 2016 | 342 | 5,8 | 19,3* | 2,6 | 5,8 | 1,7** | 2,0 | 26,9** | 2,3 |
| **Chłopcy** | | | | | | | | | |
| 2012 | 450 | 12,9 | 33,1 | 11,3 | 15,1 | 5,3 | 6,9 | 47,6 | 3,6 |
| 2016 | 374 | 9,9 | 22,8*** | 15,0 | 20,5* | 3,8 | 13,4** | 45,3 | 4,0 |
| **Razem** | | | | | | | | | |
| 2012 | 930 | 10,5 | 29,4 | 7,2 | 11,4 | 5,5 | 4,9 | 41,2 | 2,4 |
| 2016 | 717 | 7,9 | 21,1*** | 9,1 | 13,5 | 2,8** | 7,9* | 36,4* | 3,2 |

Odsetek braków danych w odpowiedziach na to pytanie wahał się od 0,4 do 1,6%.

* $p < 0,05$,
** $p < 0,01$,
*** $p < 0,001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

## Podsumowanie wyników

Wyniki badań mokotowskich wskazują, że w 2016 roku problemy internalizacyjne, czyli duże ryzyko depresji bądź negatywna samoocena zdrowia psychicznego, dotykały 1/4 badanej grupy 15-latków, a w tym 35% dziewcząt i znacznie mniej, bo tylko 15%chłopców. Problemy eksternalizacyjne, rozumiane jako współwystępowanie różnych typów zachowań ryzykownych, były udziałem także około 1/4 badanych i cechowały 22% dziewcząt i 28% chłopców.

Pomiędzy 2008 a 2016 rokiem zaobserwowano tendencje do zwiększania się rozpowszechnienia problemów internalizacyjnych (wzrost o 6%), przy jednoczesnym stopniowym ograniczaniu występowania problemów eksternalizacyjnych (spadek o 10%). Takie tendencje uwidoczniły się zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt. O takim obrazie zmian pomiędzy 2008 a 2016 rokiem zadecydowało wyraźne, istotne statystycznie ograniczenie nadużywania substancji psychoaktywnych, zachowań sprzecznych z prawem oraz ograniczenie stosowania wobec innych osób różnych form przemocy. Z drugiej strony istotnie wzrosło rozpowszechnienie występowania symptomów depresji (tylko wśród dziewcząt) oraz wzrósł znacząco odsetek osób (tylko chłopców) negatywnie oceniających stan swojego zdrowia psychicznego.

Bardzo trudno jest wskazać badania krajowe, do których można by odnieść wyniki opisujące stan zdrowia psychicznego populacji mokotowskich 15-latków. Badania populacyjne prowadzone są zbyt rzadko, trudno o porównywalność wyników z powodu różnic w terminach prowadzonych badań, różnych pod względem wieku badanych grup młodzieży, czy też różnic w stosowanych wskaźnikach zdrowia lub zaburzeń zdrowia psychicznego (por.: Mazur, 2015). Z tych powodów istotnym punktem odniesienia pozostają wyniki badań populacyjnych, prowadzone w USA i Kanadzie, z których to zaczerpnięto większość stosowanych w naszych badaniach wskaźników.

Według wyników badań mokotowskich w 2016 roku wysokie ryzyko występowania depresji dotyczyło 10,3% uczniów i było znacząco większe wśród dziewcząt (17,7%) niż wśród chłopców (3,2%). Podobne wyniki uzyskano w badaniach populacyjnych młodzieży w USA z 2015 roku (*Center for Behavioral Health Statistics and Quality*, 2016), które mówią o występowaniu w ostatnim roku epizodów tak zwanej dużej depresji (*major depression*) wraz z upośledzeniem codziennej aktywności. Tego typu problemy dotyczyły 11,5% amerykańskich 15-latków, przy czym wśród dziewcząt odsetek ten wynosił 19,9%, a wśród chłopców – 3,0%. Mamy więc dużą zbieżność wyników. Może to stanowić przesłankę świadczącą o trafności zastosowanych w naszych badaniach miar depresji, oczywiście przy założeniu, że rzeczywista skala rozpowszechnienia depresji wśród młodzieży w Polsce (w szczególności w Warszawie) i w USA jest bardzo zbliżona. Tezę o trafności zastosowanych wskaźników wspierają wyniki rodzimych badań przeprowadzonych na próbie około 800 uczniów z warszawskich szkół, przy użyciu polskiej wersji skali depresji *Children's Depression Inventory* autorstwa M. Kovacs (Szaranowska i wsp., 2012). Według tych badań wskaźnik rozpowszechnienia objawów depresji w grupie 13–15-letniej młodzieży wyniósł 9%, a wśród starszych – 16–17-letnich – osiągnął 12%. Niestety, autorzy nie podają wyników w zależności od płci osób badanych.

Wiele danych z badań mokotowskich można odnieść do wyników badań kanadyjskich z 2015 roku, dla uczniów z klas dziesiątych, OSDUHS – *Ontario Student Drug Use and Health Survey* (Boak i wsp., 2016). Część uzyskanych wyników w obu badaniach była bardzo podobna. I tak, odsetek uczniów negatywnie oceniających własne zdrowie psychiczne był zbliżony w badaniach kanadyjskich i mokotowskich i wynosił odpowiednio 19% oraz 22%. W obu badaniach niewiele różnił się odsetek uczniów zajmujących się jakimikolwiek formami hazardu w ostatnim roku – 31% w badaniach kanadyjskich oraz 36% w badaniach mokotowskich. Podobne były także wartości wielu wskaźników mówiących o rozpowszechnieniu zachowań związanych z łamaniem prawa, takich jak: wandalizm, ucieczki z domu, handel narkotykami oraz branie samochodu bez zgody właściciela. Natomiast rozpowszechnienie drobnych kradzieży było zdecydowanie mniejsze wśród młodzieży kanadyjskiej (14%) niż wśród polskiej (29%).

Wśród młodzieży kanadyjskiej znacząco mniej powszechna była przemoc w ciągu roku poprzedzającego badania: mniejszy był odsetek sprawców przemocy na terenie szkoły (15% w badaniach kanadyjskich i 24% w naszych badaniach) i mniejszy odsetek ofiar (25% i 38%). Mniej licznie młodzież kanadyjska uczestniczyła w bójkach (9% w stosunku do 15%) oraz uderzyła kogoś celowo (6% w stosunku do 21% wśród młodzieży mokotowskiej).

Jakie wnioski możemy wyciągnąć z zaprezentowanych porównań? Skala zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży warszawskiej i amerykańskiej wydaje się zbliżona, stwierdzono bowiem wiele podobieństw w rozpowszechnieniu zarówno problemów internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych. Z powodu takich podobieństw możemy mieć nadzieję, że w dalszej perspektywie zakres rozpowszechnienia niektórych problemów będzie ulegał redukcji, podobnie jak to się działo w ostatnich latach w USA czy Kanadzie. Dotyczy to opisanego wyżej rozpowszechnienia przemocy i drobnych kradzieży, ale także innych problemów, na przykład nadużywania substancji psychoaktywnych (Miech i wsp., 2017). Dużo niższe wskaźniki dotyczące palenia papierosów czy upijania się wśród młodzieży amerykańskiej sugerują, że taka redukcja jest możliwa także i u nas. Nie oznacza to, że musi to się stać niejako „automatycznie", tylko z powodu globalnych trendów. Przede wszystkim potrzeba działań, dalszego rozwoju i upowszechniania programów profilaktycznych, opartych na naukowych podstawach, ukierunkowanych na ograniczenie używania substancji psychoaktywnych oraz innych zachowań ryzykownych wśród młodzieży.

Przemoc i kradzieże w większości przypadków naruszają nie tylko normy społeczne, ale także normy moralne oraz normy prawne, stanowiąc wykroczenia, a czasem nawet przestępstwa. Warto więc zwrócić uwagę na rolę kościołów i katechezy w procesie kształtowania i umacniania w środowisku młodzieży określonych wartości. Nie do przecenienia jest także waga odpowiednich reakcji personelu szkoły oraz organów ścigania na przejawy łamania prawa oraz dobra współpraca tych instytucji.

W związku z wynikami mówiącymi o narastaniu rozpowszechnienia problemów internalizacyjnych wśród młodzieży widoczna jest potrzeba rozwoju profesjonalnych programów

ukierunkowanych na promocję zdrowia psychicznego, radzenie sobie ze stresem oraz zapobieganie depresji i samobójstwom wśród młodzieży.

Znacząca części młodzieży i rodzin potrzebuje łatwego dostępu do profesjonalnej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Tego rodzaju postulaty podnoszone były od wielu lat (Bobrowski i wsp., 2005; Bobrowski, 2013; Czabała i wsp., 2005; Namysłowska, 2013). Można mieć nadzieję, że w końcu zostaną praktycznie uwzględnione w związku z realizacją Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Niedostatki systemu opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w Polsce syntetycznie i dobitnie przedstawiła I. Namysłowska (2013, s. 8). Pozwolę sobie zacytować fragmenty jej wypowiedzi:

*„Niestety, system opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi w Polsce nie do końca spełnia tak stawiane, skądinąd wysokie wymagania. Po pierwsze, system ten charakteryzuje nierównomierne rozmieszczenie instytucji niosących pomoc dzieciom i młodzieży […]. Po drugie, nadal jest on zbyt skoncentrowany na opiece szpitalnej […]. Po trzecie, zły system finansowania tych służb przez NFZ nie stwarza wielu nadziei na zwiększenie liczby oddziałów dziennych […]. Po czwarte, brak jest odpowiedniej kadry psychiatrów […], co sytuuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie pod względem liczby psychiatrów w stosunku do liczby dzieci […]. Dopiero połączenie zakrojonych na szeroką skalę programów profilaktycznych ze skutecznymi, bezpiecznymi i dostępnymi niezależnie od miejsca zamieszkania i zasobów materialnych rodziny formami terapii ma szanse istotnie zmienić stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży”.*

## Piśmiennictwo


1. Achenbach T. M. Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. Aust. NZJ Psychiatry 2001; 35: 263–271. DOI: 10.1046/j.1440–1614.2001.00899.x
2. Adlaf E., Paglia A. The Mental Health and Well-Being of Ontario Students. Findings from the OSDUS. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2001.
3. Boak A., Hamilton H.A., Adlaf E.M., Henderson J.L., Mann R.E. The mental health and well-being of Ontario students, 1991–2015: Detailed OSDUHS findings (CAMH Research Document Series No. 43). ON: Centre for Addiction and mental Health, Toronto 2016. *https://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/ontario-student-drug-use-and-health-survey/Documents/2015%20OSDUHS%20Documents/ 2015OSDUHS_Highlights_MentalHealthReport.pdf*
4. Bobrowski K. Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania problemowe młodzieży gimnazjalnej. Zmiany pomiędzy 14 a 16. rokiem życia. Alkoholizm i Narkomania 2005;18: 1/2: 27–38. *http://ain.ipin.edu.pl/archiwum/2005/1–2/t18n2_3.pdf*
5. Bobrowski K., Czabała Cz., Brykczyńska C. Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14(4): 285–292. *http://old.ipin.edu.pl/ppn/archiwum/2005/4/t14n4_4.pdf*

6. Bobrowski K., Pisarska A., Ostaszewski K. Rekomendacje narzędzi do oceny zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży do dalszego stosowania w badaniach mokotowskich oraz w innych badaniach ankietowych młodzieży szkolnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2007. *http://old.ipin.edu.pl/wordpress/wp-content/uploads/2015/02/rekomendacje%20narzedzi.pdf*
7. Bobrowski K. Monitorowanie wybranych wskaźników zdrowia psychicznego 15-latków w badaniach mokotowskich. Zmiany pomiędzy 2004 i 2008 rokiem. w: Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.) Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Część druga. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, 145–158.
8. Bobrowski K. Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży gimnazjalnej w Iławie, 2001–2005–2010. Alkoholizm i Narkomania 2012; 25 (1): 37–56. *http://ain.ipin.edu.pl/archiwum/2012/1/t25n01_2.pdf*
9. Bobrowski K. Problemy zdrowia psychicznego młodzieży w latach 2004–2012. w: K. Ostaszewski (red.) Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2013. *http://www.parpa.pl/images/file/Badanie%20mokotowskie%202012%20final.pdf*
10. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2015 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD 2016. *https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs-2015/NSDUH-DetTabs-2015/NSDUH-DetTabs-2015.pdf*
11. Center for Disease Control and Prevention. Self-reported frequent mental distress among adults.United States, 1993. 1996. Morbidity and Mortality Weekly Report 1998; 47 (16): 325–331. *https://ftp.cdc.gov/pub/publications/mmwr/wk/mm4716.pdf*
12. Czabała Cz.J., Brykczyńska C., Bobrowski K., Ostaszewski K. Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14(1): 1–9. *http://old.ipin.edu.pl/ppn/archiwum/2005/1/t14n1_2.pdf*
13. Deković M. Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. Journal of Youth and Adolescence 1999; 28(6): 667–685. DOI: 10.1023/A:1021635516758.
14. Jessor R. Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. Br. J. Addic 1987; 82: 331–342. DOI: 10.1111/j.1360–0443.1987.tb01490.x
15. Mazur J. (red.): Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015. *http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/Zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_www.pdf*
16. Miech R.A., Johnston L.D., O'Malley P.M., Bachman J.G., Schulenberg J.E., Patrick, M. E. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2016: Volume I, Secondary school students. Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor 2017. *http://monitoringthefuture.org/pubs.html#monographs*

17. Namysłowska I. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość. Postępy Nauk Medycznych 2013; 26 (1): 4–9. *http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2014/08/pnm_2013_004–009.pdf*
18. NPZ. Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 4. sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492). 2016. *http://isap.sejm.gov.pl/Download;jsessionid=35E09B703079B033A9A35DAC397B1805?id=WDU20160001492&type=2*
19. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Raport techniczny z realizacji projektu badawczego p.n. „Monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych oraz wskaźników innych wybranych aspektów zdrowia psychicznego u młodzieży szkolnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2005. *https://www.researchgate.net/publication/270276040_Raport_techniczny_z_realizacji_projektu_badawczego_pn_Monitorowanie_trendow_uzywania_substancji_psychoaktywnych_oraz_wskaznikow_innych_wybranych_aspektow_zdrowia_psychicznego_u_mlodziezy_szkolnej*
20. Pyżalski J. Agresja elektroniczna wśród 15-latków w Polsce. w: Okulicz-Kozaryn K. Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Część druga. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2010, 159–172.
21. Pyżalski J. Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży. Oficyna Wydawnicza „Impuls". Kraków 2012.
22. Radloff L. The CES-D Scale: A self-report depression for research in general population. Appl. Psychol. Measur. 1977; 1: 385–401. *https://doi.org/10.1177/014662167700100306*
23. SAMHSA. Behavioral Health Barometer: United States, Volume 4: Indicators as measured through the 2015 National Survey on Drug Use and Health and National Survey of Substance Abuse Treatment Services. HHS Publication No. SMA–17–BaroUS–16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD, 2017. *https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA17-BAROUS-16/SMA17-BAROUS-16.pdf*
24. Stępień E. Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnestyczne). Alkoholizm i Narkomania 2001; 3 (14): 407–420. *http://ain.ipin.edu.pl/archiwum/2001/3/AiN_3–2001–09.pdf*
25. Szaranowska A., Bornikowska K., Zasada J., Pakuła M., Micek M., Naduk M., Boniecka A., Sendela J., Zduńczyk B., Szyprowska A. Ocena występowania objawów depresji u dzieci i młodzieży – badanie pilotażowe. Przegląd Pediatryczny 2012; 42 (4): 189–193. *http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3267b88b-91a4–4546–898c-d7acc0d97240%40sessionmgr4007*
26. Tabak I. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. Studia BAS 2014; 2(38): 113–138. *http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/AE219B7023B6C528C1257D07003F5F95/%24File/Strony%200dStudia_BAS_38–6.pdf*

27. Witkowska-Ulatowska H. Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2000, 137–144.
28. Wciórka, J., Jarema, M., Boguszewska, L., Brodniak, W., Czabała, J.C., Langiewicz, W., Prot, K., Pużynski, S., Słupczynska-Kossobudzka, E. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2006. *http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_npozp_16032007.pdf*
29. Wolańczyk T. Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce. Akademia Medyczna, Warszawa 2002.
30. Wolniewicz-Grzelak, B. Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo–Wino–Wódka". Alkoholizm i Narkomania 1995; 2/19: 115–124. *http://ain.ipin.edu.pl/archiwum/1995/2/AiN_2–1995–10.pdf*
31. Wolniewicz-Grzelak B., Ostaszewski K. Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego 1983; 4(52): 6882.
32. Wójtowicz S. Picie alkoholu przez dorastających w kontekście realizacji zadań rozwojowych. Alkoholizm i Narkomania 1996; 1 (22): 75–82. *http://ain.ipin.edu.pl/archiwum/1996/1/AiN_1–1996–08.pdf*

# Rozdział 5 Samoleczenie się 15-letniej młodzieży

**Agnieszka Pisarska**

**Streszczenie**

**Okres obserwacji.** Dane dotyczące przyjmowania leków pochodzą z obserwacji z lat 2004–2016, natomiast dane na temat dolegliwości subiektywnych z lat 2012–2016.
**Narzędzia.** Do pomiaru wykorzystano pytania odnoszące się do przyjmowania leków z powodu bólu głowy, bólu brzucha, trudności w zasypianiu, zdenerwowania, przygnębienia i braku energii oraz pytania o doświadczanie wyżej wymienionych dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych.
**Wyniki.** W latach 2012–2016 nie stwierdzono istotnych zmian w odsetkach 15-latków przyjmujących w ostatnim miesiącu leki z powodu bólu głowy oraz bólu brzucha, nie odnotowano także wzrostu odsetka uczniów stosujących leki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak trudności z zasypianiu, zdenerwowanie oraz przygnębienie i zły nastrój. Niepokojącym wynikiem jest jednak wzrost odsetka uczniów, którzy często doświadczali trudności w zasypianiu, przygnębienia i złego nastroju oraz braku energii. Z drugiej strony wyniki wskazują, że odsetek młodych ludzi odczuwających subiektywne dolegliwości somatyczne i psychiczne jest znacznie wyższy niż odsetek tych, którzy przyjmują leki z powodu tych dolegliwości. Stosowanie leków przeciwbólowych, uspokajających i nasennych oraz doświadczanie dolegliwości bólowych oraz negatywnych stanów emocjonalnych jest znacznie bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców.
**Wnioski.** Problematyka samoleczenia się młodzieży powinna być przedmiotem działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Niezbędne jest doskonalenie umiejętności młodzieży z zakresie właściwego dbania o zdrowie psychiczne i somatyczne.

## Wprowadzenie

Monitorowanie wskaźników zdrowia oraz stosowanych przez nastolatków sposobów samoleczenia jest ważnym zadaniem badawczym w obszarze zdrowia publicznego. Źródłem wiedzy o stanie zdrowia dorastających są dane na temat doświadczanych przez nich dolegliwości. Termin „subiektywne dolegliwości" odnosi się do objawów, które nie są związane ze zdiagnozowanymi chorobami (Mazur, 2014b). Rozpowszechnienie rozmaitych problemów somatycznych i psychicznych w okresie dorastania traktowane jest jako prognostyk większej podatności na choroby w przyszłości oraz przedwczesnej umieralności (Ottova-Jordan i wsp.,

2015; Mazur, 2014a). Dolegliwości bólowe oraz negatywne stany emocjonalne, takie jak zdenerwowanie czy przygnębienie, mogą ponadto wpływać negatywnie na aktualny dobrostan młodzieży (Ottová-Jordan i wsp., 2015).

Powszechnie akceptowanym sposobem radzenia sobie z łagodnymi i przejściowymi dolegliwościami jest samoleczenie, definiowane jako „stosowanie leków dostępnych bez recepty bądź bez konsultacji medycznej w celu zapobiegania lub leczenia chorób oraz łagodzenia dolegliwości, a także w celu poprawy zdrowia" (Gualano i wsp., 2014, s. 444). Wyniki badań prowadzonych w różnych krajach wskazują, że środki przeciwbólowe są jednymi z najczęściej stosowanych przez nastoletnią młodzież farmaceutyków (Pisarska i Ostaszewski, 2011; Shehnaz i wsp., 2014; Gualano i wsp., 2014). Częste jest także sięganie przez nastolatków po leki uspokajające i nasenne dostępne bez recepty (Pisarska i Ostaszewski, 2011; Shehnaz i wsp., 2014; Sierosławski, 2015).

Przyjmowanie farmaceutyków bez konsultacji z lekarzem może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia, ponieważ młodzież nie zawsze dysponuje dostateczną wiedzą na temat działania i możliwych negatywnych następstw stosowania leków (Nabors i wsp., 2004; Hansen i wsp., 2008; Shehnaz i wsp., 2014). Ponadto, sięganie po leki przeciwbólowe w okresie dorastania sprzyja nadmiernemu używaniu tych farmaceutyków w dorosłości (Andersen i wsp., 2009). Stosowanie łatwych do zdobycia bez recepty leków uspokajających i nasennych może zaś prowadzić do poszukiwania w przyszłości coraz silniejszych farmaceutyków dostępnych z przepisu lekarza (Okulicz-Kozaryn i wsp., 2006). Ze względu na wagę problemu, monitorowanie dolegliwości subiektywnych oraz samoleczenia wśród warszawskich nastolatków jest przedmiotem zainteresowania w badaniach mokotowskich.

## Narzędzia badawcze, zmienne i wskaźniki

***Pytania o przyjmowanie leków z powodu dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych***. Pytania odnosiły się do częstości przyjmowania przez młodzież leków z powodu bólu brzucha, bólu głowy, trudności w zasypianiu, zdenerwowania, przygnębienia i złego nastroju oraz braku energii. Badani mogli wybrać jedną z następujących odpowiedzi: „nie używałem" „tak, 1–2 razy", „tak, kilka razy", „tak, kilkanaście razy", „tak, więcej niż kilkanaście razy". Pytania te zostały zaadaptowane z ankiety HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) i zmodyfikowane przez A. Pisarską (Pisarska, Ostaszewski 2006). Zastosowano je we wszystkich czterech rundach analizy obejmującej uczniów gimnazjum. W 2016 roku dołączono pytanie dotyczące nazw leków przyjmowanych zazwyczaj z powodu wymienionych dolegliwości bólowych orz negatywnych stanów emocjonalnych. Uczniowie byli proszeni o wpisanie tych nazw do zamieszczonej w ankiecie tabelki.

***Pytania o dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne.*** W ankiecie, którą uczniowie wypełniali w 2012 oraz w 2016 roku, zamieszczono zestaw pytań dotyczących doświadczania w ostatnim miesiącu takich dolegliwości, jak: bóle głowy, bóle brzucha, trudności w zasypianiu, zdenerwowanie, przygnębienie i zły nastrój oraz brak energii, a także pytanie otwarte o inne niż wymienione dolegliwości. Uczestnicy badań mieli do wyboru następujące kategorie odpowiedzi: „nie odczuwałem/odczuwałam", „tak, 1–2 razy", „tak, kilka razy", „tak, kilkanaście razy", „tak, więcej niż kilkanaście razy". Źródłem inspiracji do opracowania tych pytań była ankieta HBSC (Mazur i wsp., 2014b).

### *Wskaźniki*

**W pytaniu o leki** przyjęto następujące wskaźniki:

- częste przyjmowanie leków – stosowanie wymienionych w ankiecie farmaceutyków przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu,
- bardzo częste przyjmowanie leków – sięganie po leki kilkanaście razy lub więcej w ciągu ostatniego miesiąca.

Takie same wskaźniki przyjęto w **pytaniu o dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne**:

- częste problemy zdrowotne – doświadczanie dolegliwości bólowych oraz negatywnych stanów emocjonalnych przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu,
- bardzo częste problemy zdrowotne – doświadczanie dolegliwości bólowych oraz negatywnych stanów emocjonalnych kilkanaście razy lub więcej w ciągu ostatniego miesiąca.

## Wyniki

### *Przyjmowanie leków przeciwbólowych*

W 2016 roku stosowanie leków z powodu bólu głowy przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu potwierdziło około 50% badanych nastolatków, w tym około 6% sięgało po te leki bardzo często (tabela 5.1). W poprzednich rundach badań mokotowskich z lat 2004, 2008 oraz 2012 również około połowa badanych potwierdziła przyjmowanie leków z powodu bólu głowy często, zaś 5–7% sięgała po takie farmaceutyki bardzo często. Rozpowszechnienie leków stosowanych z powodu tej dolegliwości nie uległo więc zmianie.

Leki z powodu bólu brzucha przyjmowało około 39% badanych 15-latków, w tym około 4% bardzo często (tabela 5.2). W pomiarze z 2016 roku odnotowano niewielki, choć istotny statystycznie, spadek odsetka nastolatków, którzy sięgali po takie leki często (wyniki testu $\chi 2$). Jednak, tak jak w poprzednich pomiarach, rozpowszechnienie częstego przyjmowania leków

z powodu bólu brzucha oscylowało wokół 40% – trudno jest więc mówić tu o znaczących zmianach. Podobnie, nie stwierdzono zmian w odsetku uczniów, którzy stosują takie farmaceutyki bardzo często, to jest kilkanaście razy lub więcej w miesiącu. W kolejnych pomiarach wahał się od 4,1 do 4,9%.

Pomiar z 2016 roku po raz kolejny potwierdził, że po leki przeciwbólowe sięga znacznie więcej dziewcząt niż chłopców. We wszystkich rundach badań mokotowskich odsetek dziewcząt stosujących takie farmaceutyki często i bardzo często był istotnie wyższy ($p < 0{,}001$) niż odsetek chłopców.

**Tabela 5.1.** Stosowanie przez młodzież leków z powodu bólu głowy

| | | Odsetek uczniów, którzy stosowali leki z powodu bólu głowy | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie używał/a w ostatnim miesiącu** | **Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | **319** | 36,6 | 36,2 | 17,5 | 9,7 | 63,4 |
| 2008 | **567** | 37,9 | 36,8 | 15,9 | 9,4 | 62,1 |
| 2012 | **476** | 37,5 | 32,2 | 22,9** | 7,4 | 62,5 |
| 2016 | **344** | 38,8 | 29,1 | 22,1 | 10,0 | 61,2 |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | **330** | 61,6 | 26,7 | 7,8 | 3,9 | 38,4 |
| 2008 | **558** | 59,0 | 30,4 | 7,8 | 2,8 | 41,0 |
| 2012 | **452** | 59,6 | 28,1 | 10,4 | 1,8 | 40,4 |
| 2016 | **375** | 60,5 | 23,1 | 14,0 | 2,4 | 39,5 |
| | | | **Razem** | | | |
| 2004 | **652** | 48,8 | 31,5 | 12,6 | 7,1 | 51,2 |
| 2008 | **1133** | 48,2 | 33,8 | 11,8 | 6,2 | 51,8 |
| 2012 | **935** | 48,2 | 30,3 | 16,9*** | 4,7 | 51,8 |
| 2016 | **720** | 50,1 | 25,9 | 17,8 | 6,2 | 49,9 |

Braki danych wahały się od 0,8 do 7%.
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(porównanie dotyczy lat 2008 i 2012)

**Tabela 5.2.** Stosowanie przez młodzież leków z powodu bólu brzucha

| Odsetek uczniów, którzy stosowali leki z powodu bólu brzucha | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie używał/a w ostatnim miesiącu** | **Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | **319** | 39,0 | 37,0 | 16,4 | 7,5 | 61,0 |
| 2008 | **567** | 43,0 | 32,5 | 17,5 | 6,9 | 57,0 |
| 2012 | **476** | 37,3 | 33,1 | 22,5* | 7,2 | 62,7 |
| 2016 | **344** | 41,2 | 32,6 | 19,4 | 6,8 | 58,8 |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | **330** | 80,8 | 13,2 | 3,6 | 2,3 | 19,2 |
| 2008 | **558** | 81,2 | 12,3 | 4,9 | 1,7 | 18,8 |
| 2012 | **452** | 79,4 | 13,6 | 5,4 | 1,6 | 20,6 |
| 2016 | **375** | 78,7 | 15,4 | 4,3 | 1,6 | 21,3 |
| | | | **Razem** | | | |
| 2004 | **652** | 59,8 | 25,3 | 10,0 | 4,9 | 40,2 |
| 2008 | **1133** | 62,0 | 22,4 | 11,2 | 4,4 | 38,0 |
| 2012 | **935** | 57,6 | 23,8 | 14,1* | 4,5 | 42,4* |
| 2016 | **720** | 60,7 | 23,6 | 11,7 | 4,1 | 39,3 |

Braki danych wahały się od 0,8 do 8,5%.

* $p < 0,05$
(porównanie dotyczy lat 2008 i 2012)

## *Przyjmowanie leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych*

W pomiarze z 2016 roku 10% badanych uczniów szkół warszawskich odpowiedziało w ankiecie, że sięgało po leki z powodu trudności w zasypianiu przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu, w tym 3,4% stosowało takie leki bardzo często, to jest kilkanaście lub więcej razy w miesiącu (tabela 5.3). Częste używanie leków z powodu zdenerwowania potwierdziło około 9% badanych 15-latków, w tym 3,5% stosowało takie środki bardzo często (tabela 5.4). Po leki przyjmowane z powodu przygnębienia i złego nastroju sięgało często 6,5% respondentów badań mokotowskich, w tym 2,8% – bardzo często (tabela 5.5).

Rozpowszechnienie wśród młodzieży stosowania leków z powodu trudności w zasypianiu, zdenerwowania oraz przygnębienia i złego nastroju w latach 2004–2016 utrzymywało się na zbliżonym poziomie. Tak jak w przypadku leków przeciwbólowych, we wszystkich rundach badań mokotowskich przyjmowanie leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych potwierdza znacznie więcej dziewcząt niż chłopców. W 2016 roku odnotowano następujące różnice ze względu na płeć w częstym stosowaniu leków nasennych (13,5% dziewcząt *vs.* 6,5% chłopców; $p < 0,01$), uspokajających (12,4 *vs.* 5,9%; $p < 0, 01$) oraz poprawiających nastrój (8,2% *vs.* 4,6%; $p < 0,05$).

**Tabela 5.3.** Stosowanie przez młodzież leków z powodu trudności w zasypianiu

| Odsetek uczniów, którzy stosowali leki z powodu trudności w zasypianiu | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie używał/a w ostatnim miesiącu** | **Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | **319** | 91,7 | 4,1 | 1,0 | 3,1 | 8,3 |
| 2008 | **567** | 94,3 | 2,6 | 1,8 | 1,3 | 5,7 |
| 2012 | **476** | 87,8 | 6,2** | 2,8 | 3,2* | 12,2*** |
| 2016 | **344** | 86,5 | 4,7 | 3,8 | 5,0 | 13,5 |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | **330** | 95,1 | 2,0 | 1,6 | 1,3 | 4,9 |
| 2008 | **558** | 97,3 | 1,5 | 0,8 | 0,4 | 2,7 |
| 2012 | **452** | 95,7 | 2,5 | 1,1 | 0,7 | 4,3 |
| 2016 | **375** | 93,5 | 3,5 | 1,4 | 1,6 | 6,5 |
| | | | **Razem** | | | |
| 2004 | **652** | 93,3 | 3,2 | 1,3 | 2,2 | 6,7 |
| 2008 | **1133** | 95,8 | 2,0 | 1,3 | 0,8* | 4,2 |
| 2012 | **935** | 91,6 | 4,4** | 2,1 | 2,0* | 8,4*** |
| 2016 | **720** | 90,0 | 4,1 | 2,5 | 3,4 | 10,0 |

Braki danych wahały się od 0,9 do 9,1%.
* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(porównanie dotyczy lat 2004 i 2008 oraz 2008 i 2012)

**Tabela 5.4.** Stosowanie przez młodzież leków z powodu zdenerwowania

| Odsetek uczniów, którzy stosowali leki z powodu zdenerwowania | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie używał/a w ostatnim miesiącu** | **Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | **319** | 85,4 | 9,7 | 2,1 | 2,8 | 14,6 |
| 2008 | **567** | 90,1 | 5,7* | 2,2 | 2,0 | 9,9* |
| 2012 | **476** | 87,2 | 6,6 | 2,8 | 3,4 | 12,8 |
| 2016 | **344** | 87,6 | 3,8 | 4,1 | 4,4 | 12,4 |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | **330** | 95,3 | 1,3 | 1,3 | 2,0 | 4,7 |
| 2008 | **558** | 94,9 | 3,2 | 1,1 | 0,8 | 5,1 |
| 2012 | **452** | 95,2 | 1,8 | 1,8 | 1,1 | 4,8 |
| 2016 | **375** | 94,1 | 2,7 | 0,8 | 2,4 | 5,9 |
| | | | **Razem** | | | |
| 2004 | **652** | 90,5 | 5,4 | 1,7 | 2,4 | 9,5 |
| 2008 | **1133** | 92,5 | 4,5 | 1,7 | 1,4 | 7,5 |
| 2012 | **935** | 90,9 | 4,5 | 2,3 | 2,3 | 9,1 |
| 2016 | **720** | 90,9 | 3,2 | 2,4 | 3,5 | 9,1 |

Braki danych wahały się od 1,2 do 9,7%.
* $p < 0{,}05$
(porównanie dotyczy lat 2004 i 2008)

**Tabela 5.5.** Stosowanie przez młodzież leków z powodu przygnębienia i złego nastroju

| Odsetek uczniów, którzy stosowali leki z powodu przygnębienia i złego nastroju | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie używał/a w ostatnim miesiącu** | **Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **Dziewczęta** | | | | | | |
| 2004 | **319** | 91,7 | 5,5 | 0,7 | 2,1 | 8,3 |
| 2008 | **567** | 94,9 | 2,6* | 0,7 | 1,8 | 5,1 |
| 2012 | **476** | 93,6 | 1,9 | 1,3 | 3,2 | 6,4 |
| 2016 | **344** | 91,8 | 2,6 | 2,4 | 3,2 | 8,2 |
| **Chłopcy** | | | | | | |
| 2004 | **330** | 96,3 | 0,7 | 1,0 | 2,0 | 3,7 |
| 2008 | **558** | 97,0 | 1,5 | 1,0 | 0,6 | 3,0 |
| 2012 | **452** | 97,0 | 1,1 | 1,4 | 0,5 | 3,0 |
| 2016 | **375** | 95,4 | 1,9 | 0,5 | 2,2 | 4,6 |
| **Razem** | | | | | | |
| 2004 | **652** | 94,0 | 3,1 | 0,9 | 2,1 | 6,0 |
| 2008 | **1133** | 95,9 | 2,0 | 0,8 | 1,2 | 4,1 |
| 2012 | **935** | 95,2 | 1,6 | 1,3 | 1,9 | 4,8 |
| 2016 | **720** | 93,5 | 2,3 | 1,4 | 2,8 | 6,5 |

Braki danych wahały się od 1,2 do 10,9%.

* $p < 0,05$
(porównanie dotyczy lat 2004 i 2008)

## *Przyjmowanie leków z powodu braku energii*

W pomiarze z 2016 około 9% uczniów gimnazjów mokotowskich odpowiedziało w ankiecie, że przyjmowało leki z powodu braku energii przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu, w tym prawie 4% sięgało po takie farmaceutyki bardzo często. W pomiarach z 2004, 2008 oraz 2014 roku odsetek badanych przyjmujących takie leki często wahał się od 8,2 do 10,9%. W przypadku tego wskaźnika nie stwierdzono więc istotnych różnic pomiędzy kolejnymi rundami badań mokotowskich. Pomiędzy 2012 a 2016 rokiem odnotowano natomiast istotny wzrost odsetka nastolatków bardzo często biorących farmaceutyki z powodu braku energii. Tak jak w poprzednich latach, nie było istotnych różnic w odsetku dziewcząt i chłopców stosujących takie środki często oraz bardzo często (tabela 5.6).

**Tabela 5.6.** Stosowanie przez młodzież leków z powodu braku energii

| Odsetek uczniów, którzy stosowali leki z powodu braku energii | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie używał/a w ostatnim miesiącu** | **Używał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Używał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Używał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | **319** | 87,7 | 6,5 | 3,1 | 2,7 | 12,3 |
| 2008 | **567** | 92,5 | 3,7 | 1,5 | 2,4 | 7,5* |
| 2012 | **476** | 92,1 | 5,1 | 0,9 | 1,9 | 7,9 |
| 2016 | **344** | 90,8 | 2,7 | 2,7* | 3,8 | 9,2 |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | **330** | 90,3 | 3,0 | 4,7 | 2,0 | 9,7 |
| 2008 | **558** | 91,0 | 4,3 | 1,9* | 2,8 | 9,0 |
| 2012 | **452** | 90,7 | 4,8 | 2,7 | 1,8 | 9,3 |
| 2016 | **375** | 90,7 | 4,4 | 1,4 | 3,5 | 9,3 |
| | | | **Razem** | | | |
| 2004 | **652** | 89,1 | 4,7 | 3,9 | 2,4 | 10,9 |
| 2008 | **1133** | 91,8 | 4,0 | 1,7** | 2,6 | 8,2 |
| 2012 | **935** | 91,5 | 4,9 | 1,7 | 1,9 | 8,5 |
| 2016 | **720** | 90,7 | 3,5 | 2,0 | 3,8* | 9,3 |

Braki danych wahały się od 1,0 do 9,1%.

* $p < 0,05$,

** $p < 0,01$

(porównania dotyczą lat 2004 i 2008 oraz 2012 i 2016)

## *Rodzaje leków przyjmowanych przez młodzież*

Pytanie otwarte o rodzaje leków przyjmowanych z powodu dolegliwości bólowych, negatywnych stanów emocjonalnych oraz braku energii zadano respondentom badań mokotowskich po raz pierwszy w 2004 roku. W 2016 roku pytanie to zostało ponownie zamieszczone w ankiecie. W tym pomiarze na pytanie o nazwy leków przyjmowanych zazwyczaj z powodu bólu głowy odpowiedziało 375 (52%) badanych uczniów, jedynie 4 napisało, że nie pamięta tych nazw. Najczęściej wskazywanymi lekami były farmaceutyki na bazie paracetamolu oraz ibuprofenu. Wśród farmaceutyków na bazie paracetamolu wymieniano Apap, Gripex Paracetamol, Panadol, Saridon i Solpadeine. Leki te zostały wymienione przez 246 uczniów, przy czym najwięcej – 207 respondentów – podało Apap. Wśród leków na bazie ibuprofenu wymieniano: Advil, Ibuprom, Ibuprofen, Ibum, Ibuprom zatoki, Ibuprom Max Sprint oraz Nurofen. Te leki wymieniło 252 uczniów, najczęściej wskazywano Ibuprom. Pojedynczy

respondenci wymieniali leki na bazie kwasu acetylosalicylowego, takie jak Aspiryna, Polopiryna, Etopiryna, MigraStop (paracetamol oraz kwas acetylosalicylowy). Również pojedynczy respondenci wymienili Aleve, Amol, Metafen (lek zawierający paracetamol oraz ibuprofen), Pyralginę oraz Ketonal i Nimesil.

Nazwy leków przyjmowanych z powodu bólu brzucha podało 270 (37,5%) uczniów, 8 nie pamiętało ich nazw. Najczęściej wymienianym farmaceutykiem stosowanym z tego powodu była Nospa, tę nazwę wpisało 152 respondentów. Jako leki przyjmowane z powodu bólu brzucha wymieniano także środki na bazie paracetamolu, w tym Apap, Panadol, Paracetamol oraz Solpadeine. Te leki wskazało 65 uczniów, przy czym najczęściej wymieniano Apap. Leki na bazie ibuprofenu, takie jak Ibuprom, Ibuprofen, Ibum, Ibufen oraz Nurofen, wymieniło 71 uczniów, najwięcej – 55 osób – podało Ibuprom. Niewielka grupa respondentów wymieniła krople żołądkowe (11 uczniów) oraz miętę (8 osób). Pojedynczy uczniowie wymieniali Aspirynę, Buscopan, Digestonic, Enterol, Espumisan, Ketonal, Manti, Pyralginę, Stoperan, Smectę, Nimesil, Nifuroksazyd, Trilac oraz węgiel i ogólnie „zioła".

Nazwy leków nasennych podało 26 (3,6%) respondentów, zaś 15 odpowiedziało, że nie pamięta nazw farmaceutyków stosowanych z tego powodu. Najwięcej uczniów wymieniło melisę (5 osób), Hydroksyzynę (3 osoby) oraz Apap Noc (3 osoby) i melatoninę (3 osoby). Pojedynczy respondenci wymieniali Calms, Benosen, Dobry Sen, Escitalopram, Positivum, magnez, a także ogólnie „antydepresanty", „zioła" lub „leki ziołowe" oraz „proszki nasenne" albo „krople nasenne".

Nazwy leków uspokajających wpisało w ankiecie 28 (3,7%) uczniów, 7 odpowiedziało, że nie pamięta nazw przyjmowanych z powodu zdenerwowania. Najczęściej wymieniano melisę (7 osób), ogólnie „leki ziołowe" (4 osoby) oraz Calms (3 osoby). Pojedynczy respondenci podawali Apap, Escitalopram, Fluoksetynę, Hydroksyzynę, Neospasminę, NeuroCalm, Nervomix, Neuromix, melatoninę oraz ogólnie „leki uspokajające".

Nazwy leków stosowanych w przypadku przygnębienia i złego nastroju podało 10 (1,4%) osób, 6 odpowiedziało, że nie pamięta nazw stosowanych leków. Wymienione zostały następujące farmaceutyki: Acodin, Deprim, Fluoksetyna, NeuroCalm, Neurotrop, Seronil, Strepsils, Zoloft, oraz „antydepresanty".

Nazwy środków używanych z powodu braku energii podało 33 (4,6%) uczniów, 3 z nich nie pamiętało nazw tych specyfików. Najwięcej uczestników badań wymieniło napoje energetyzujące, w tym Powerade, RedBull (10 osób) oraz witaminy (5 osób). Pojedynczy respondenci wymieniali takie suplementy, jak Vigor, Sesja, magnez, a także preparat Bodymax. Ponadto, w grupie leków stosowanych z powodu braku energii znalazły się: Apap, Aspiryna, Ibuprom, Fluoksetyna, Neurocalm oraz Acodin.

W porównaniu w danymi z 2004 roku nie stwierdzono zmian w rodzajach leków przyjmowanych przez 15-latków z Warszawy. Tak jak w pomiarze sprzed 12 lat wśród leków przeciwbólowych najczęściej wymieniane były farmaceutyki na bazie paracetamolu i ibuprofenu, w przypadku bólu brzucha młodzież sięga po Nospę. Leki przyjmowane z powodu negatywnych stanów emocjonalnych to najczęściej ziołowe preparaty dostępne bez recepty. Jedynie pojedynczy respondenci wymieniali leki dostępne na receptę, takie jak Escitalopram, Hydroksyzyna, Fluoksetyna, Seronil, Zoloft.

Wśród leków przyjmowanych z powodu braku energii najwięcej uczniów wymieniło witaminy i preparaty witaminowo-mineralne, a także produkty, które nie są lekami, jak napoje energetyzujące.

Leki przeciwbólowe były znacznie częściej przyjmowane przez badanych uczniów niż pozostałe farmaceutyki, o które pytano w ankiecie. Być może, to jest przyczyną, iż wielu respondentów nie pamiętało nazw leków stosowanych w przypadku negatywnych stanów emocjonalnych.

## *Dolegliwości subiektywne*

### Dolegliwości bólowe

Dane z 2016 roku wskazują, że 71,5% 15-latków odczuwało bóle głowy przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (tabela 5.7). Na bóle brzucha w skarżyło się około 60% badanych uczniów (tabela 5.8). Bardzo częste bóle głowy, czyli kilkanaście i więcej razy w ostatnim miesiącu, potwierdziło około 14%, zaś bardzo częste bóle brzucha – około 9% respondentów. W całej badanej grupie nie stwierdzono istotnych różnic w częstości doświadczania dolegliwości bólowych. Odnotowano natomiast różnice w grupie dziewcząt. Mianowicie, w porównaniu z 2012 rokiem mniej dziewcząt odpowiedziało, że w ostatnim miesiącu odczuwało bóle brzucha. Dolegliwości bólowe znacznie częściej występują u dziewcząt niż u chłopców, w obu pomiarach różnice te osiągnęły poziom istotności $p < 0{,}001$.

**Tabela 5.7.** Doświadczanie przez nastolatków bólu głowy

| | | Odsetek uczniów, którzy doświadczali bólów głowy | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Rok badania | Liczba respondentów | Nie doświadczał/a w ostatnim miesiącu | Doświadczał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu | Doświadczał/a kilka razy w ostatnim miesiącu | Doświadczał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu | Doświadczał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2012 | **476** | 22,1 | 30,6 | 27,6 | 19,7 | 77,9 |
| 2016 | **344** | 18,7 | 28,6 | 30,9 | 21,9 | 81,3 |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2012 | **452** | 40,0 | 37,1 | 15,9 | 6,9 | 60,0 |
| 2016 | **375** | 37,5 | 35,9 | 19,6 | 7,0 | 62,5 |
| | | | **Razem** | | | |
| 2012 | **935** | 30,7 | 33,9 | 21,9 | 13,5 | 69,3 |
| 2016 | **720** | 28,5 | 32,4 | 25,0 | 14,2 | 71,5 |

Braki danych wahały się od 0,3 do 1,2%.

**Tabela 5.8.** Doświadczanie przez nastolatków bólu brzucha

| Rok badania | Liczba respondentów | Odsetek uczniów, którzy doświadczali bólów brzucha | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Nie doświadczał/a w ostatnim miesiącu | Doświadczał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu | Doświadczał/a kilka razy w ostatnim miesiącu | Doświadczał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu | Doświadczał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **Dziewczęta** | | | | | | |
| 2012 | **476** | 17,4 | 39,1 | 28,9 | 14,5 | 82,6 |
| 2016 | **344** | 23,7 | 31,9* | 29,8 | 14,6 | 76,3* |
| **Chłopcy** | | | | | | |
| 2012 | **452** | 54,7 | 30,4 | 10,9 | 4,0 | 45,3 |
| 2016 | **375** | 55,0 | 30,0 | 11,5 | 3,5 | 45,0 |
| **Razem** | | | | | | |
| 2012 | **935** | 35,5 | 34,8 | 20,0 | 9,6 | 64,5 |
| 2016 | **720** | 39,9 | 30,9 | 20,4 | 8,8 | 60,1 |

Braki danych wahały się od 0,5 do 1,3%.

* $p < 0{,}05$
(porównanie dotyczy lat 2012 i 2016)

### Negatywne stany emocjonalne

W 2016 roku prawie 60% 15-latków odpowiedziało, że miało trudności w zasypianiu przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu. W porównaniu z pomiarem z 2012 roku, gdy takiej odpowiedzi udzieliło około 52%, istotnie wzrósł więc odsetek uczniów, którzy doświadczali tej dolegliwości (tabela 5.9). Wzrósł również odsetek uczniów, którzy skarżyli się na bardzo częste problemy ze snem. Wzrost odsetka 15-latków, którzy potwierdzali częste trudności w zasypianiu, stwierdzono zarówno w grupie dziewcząt, jak i chłopców.

Zdenerwowanie przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu odczuwała większość – to jest 85% badanych uczniów (tabela 5.10). Bardzo często doświadczała zdenerwowania około 1/3 respondentów. Pomiędzy 2012 a 2016 rokiem nie odnotowano wzrostu odsetka uczniów odczuwających zdenerwowanie w ostatnim miesiącu przed badaniem.

Uczucie przygnębienia i zły nastrój były udziałem około 77% badanych 15-latków, w tym około 28% doświadczało tych dolegliwości bardzo często (tabela 5.11). W porównaniu z pomiarem z 2012 roku odnotowano znaczący wzrost odsetka uczniów, którzy bardzo często czuli się przygnębieni i mieli zły nastrój. W grupie chłopców istotnie wzrósł odsetek badanych, którzy często doświadczali omawianych dolegliwości, w przypadku dziewcząt wzrósł natomiast odsetek tych, które bardzo często odczuwały przygnębienie i miały zły nastrój.

Dziewczęta znacznie częściej niż chłopcy skarżą się na trudności w zasypianiu, zdenerwowanie i przygnębienie. W obu pomiarach różnice między płciami były istotne na poziomie $p < 0{,}001$.

**Tabela 5.9.** Doświadczanie przez nastolatków trudności w zasypianiu

| | | Odsetek uczniów, którzy doświadczali trudności w zasypianiu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie doświadczał/a w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2012 | **476** | 40,8 | 22,2 | 15,9 | 21,1 | 59,2 |
| 2016 | **344** | 32,7 | 18,4 | 21,9* | 26,9 | 67,3* |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2012 | **452** | 55,0 | 20,4 | 12,8 | 11,9 | 45,0 |
| 2016 | **375** | 47,3 | 21,1 | 12,8 | 18,7 | 52,7* |
| | | | **Razem** | | | |
| 2012 | **935** | 47,6 | 21,4 | 14,4 | 16,6 | 52,4 |
| 2016 | **720** | 40,3 | 19,8 | 17,2 | 22,7* | 59,7** |

Braki danych wahały się od 0,3 do 1,1%.
* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$
(porównanie dotyczy lat 2012 i 2016)

**Tabela 5.10.** Doświadczanie przez nastolatków zdenerwowania

| | | Odsetek uczniów, którzy doświadczali zdenerwowania | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie doświadczał/a w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2012 | **476** | 8,3 | 21,9 | 29,4 | 40,4 | 91,7 |
| 2016 | **344** | 8,8 | 21,1 | 24,9 | 45,3 | 91,2 |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2012 | **452** | 22,7 | 29,9 | 28,1 | 19,3 | 77,3 |
| 2016 | **375** | 20,6 | 27,3 | 28,1 | 24,1 | 79,4 |
| | | | **Razem** | | | |
| 2012 | **935** | 15,3 | 25,7 | 28,8 | 30,2 | 84,7 |
| 2016 | **720** | 14,9 | 24,3 | 26,5 | 34,3 | 85,1 |

Braki danych wahały się od 0,3 do 1,5%.

**Tabela 5.11.** Doświadczanie przez nastolatków przygnębienia i złego nastroju

| | | Odsetek uczniów, którzy doświadczali przygnębienia i złego nastroju | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie doświadczał/a w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2012 | **476** | 12,4 | 26,6 | 30,4 | 30,6 | 87,6 |
| 2016 | **344** | 15,2 | 23,1 | 21,3** | 40,4** | 84,8 |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2012 | **452** | 39,8 | 31,1 | 18,3 | 10,7 | 60,2 |
| 2016 | **375** | 30,6 | 32,5 | 19,9 | 16,9** | 69,4** |
| | | | **Razem** | | | |
| 2012 | **935** | 25,7 | 28,8 | 24,6 | 20,9 | 74,3 |
| 2016 | **720** | 23,2 | 28,0 | 20,6 | 28,3*** | 76,8 |

Braki danych wahały się od 0,4 do 1,1%.
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(porównanie dotyczy lat 2012 i 2016)

### Brak energii i inne dolegliwości

W pomiarze z 2016 roku około 74% uczniów potwierdziło brak energii w ostatnim miesiącu przed badaniem, w tym 29% odczuwało tę dolegliwość bardzo często (tabela 5.12). W porównaniu z pomiarem z 2012 roku stwierdzono wzrost odsetka 15-latków, którym brak energii dokuczał często oraz bardzo często. W grupie chłopców wzrósł odsetek badanych, którzy doświadczali tej dolegliwości często, w tym tych nastolaktów, którzy odczuwali brak energii kilka razy w ostatnim miesiącu. W grupie dziewcząt odnotowano z kolei wzrost odsetka skarżących się na bardzo częsty brak energii.

W obu pomiarach znacznie więcej dziewcząt niż chłopców odczuwało brak energii, różnice były istotne na poziomie $p < 0{,}001$.

W 2012 roku na pytanie o inne niż wyszczególnione w ankiecie dolegliwości odpowiedzi udzieliło 105 (11,0%), zaś w 2016 – 107 (15,0%) uczniów. Respondenci wymieniali przy tym zarówno problemy somatyczne, jak i negatywne stany emocjonalne. W 2012 roku najwięcej uczniów wymieniło stres (15 osób) oraz zmęczenie (12 osób). Wśród negatywnych stanów emocjonalnych najczęściej pojawiały się rozmaite formy agresji, takie jak złość, furia, atak szału, niechęć, nienawiść, „wkurzenie", nieopanowana agresja (11 osób) oraz smutek (5 osób). Pojedynczy uczniowie opisywali rozmaite dolegliwości bólowe, takie jak: ból nogi, kolana, ręki, gardła, kręgosłupa, pleców, klatki piersiowej, stawów oraz mięśni. W pomiarze z 2016 roku, podobnie jak w roku 2012, najwięcej uczniów wymieniło stres (12 osób), zaś 8 respondentów

napisało o smutku i przygnębieniu. Stwierdzono jednak pewne różnice. W 2016 roku 9 osób odpowiedziało, iż ma myśli samobójcze (w 2012 roku „chęć zabicia się" wymienił jeden respondent). Uczestnicy ostatniego pomiaru wymieniali także strach i lęk, które nie pojawiły się w 2012 roku. W 2016 roku uczniowie rzadziej natomiast wymieniali złość lub „wkurzenie" (3 osoby). Podobnie jak w 2012 roku, w 2016 roku pojedynczy uczniowie wymieniali rozmaite dolegliwości bólowe, na przykład ból pleców, szyi, kręgosłupa, bóle menstruacyjne.

**Tabela 5.12.** Doświadczanie przez nastolatków braku energii

| | | Odsetek uczniów, którzy doświadczali braku energii | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **Nie doświadczał/a w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a 1–2 razy w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a kilka razy w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a kilkanaście razy lub więcej w ostatnim miesiącu** | **Doświadczał/a przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu (kolumny 4 + 5 + 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| | | | **Dziewczęta** | | | |
| 2012 | **476** | 20,6 | 26,1 | 23,5 | 29,9 | 79,4 |
| 2016 | **344** | 18,1 | 21,9 | 22,5 | 37,4* | 81,9 |
| | | | **Chłopcy** | | | |
| 2012 | **452** | 40,7 | 28,4 | 16,6 | 14,3 | 59,3 |
| 2016 | **375** | 32,8 | 23,4 | 22,8* | 21,0* | 67,2* |
| | | | **Razem** | | | |
| 2012 | **935** | 30,5 | 27,0 | 20,2 | 22,3 | 69,5 |
| 2016 | **720** | 25,7 | 22,7* | 22,7 | 29,0* | 74,3* |

Braki danych wahały się od 0,7 do 1,1%.

* $p < 0{,}05$
(porównanie dotyczy lat 2012 i 2016)

## *Współwystępowanie przyjmowania leków oraz doświadczania dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych*

Analizy korelacji (*r* Pearsona) wskazały na istotne związki pomiędzy przyjmowaniem leków a doświadczaniem dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych. Najwyższe stwierdzone korelacje dotyczyły przyjmowania leków z powodu bólu głowy i brzucha oraz odpowiadających im dolegliwości, odpowiednio $r = 0{,}63$ oraz $r = 0{,}61$ (tabela 5.13). Korelacje pomiędzy doświadczaniem trudności w zasypianiu, zdenerwowania, przygnębienia i złego nastroju oraz braku energii a przyjmowaniem leków na te dolegliwości okazały się umiarkowane, wahały się w przedziale pomiędzy od $r = 0{,}26$ do $r = 0{,}33$. Co ciekawe, umiarkowane korelacje stwierdzono także pomiędzy doświadczaniem negatywnych stanów emocjonalnych a przyjmowaniem leków przeciwbólowych.

**Tabela 5.13.** Współczynniki korelacji pomiędzy przyjmowaniem leków a doświadczaniem dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych

| | Ból głowy | Ból brzucha | Trudności w zasypaniu | Zdenerwowanie | Przygnębienie i zły nastrój | Brak energii |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Przyjmowanie leków z powodu bólu głowy | 0,63** | 0,37** | 0,23** | 0,24** | 0,25** | 0,28** |
| Przyjmowanie leków z powodu bólu brzucha | 0,35* | 0,61** | 0,22** | 0,26** | 0,25** | 0,24** |
| Przyjmowanie leków z powodu trudności w zasypaniu | 0,28** | 0,20** | 0,33** | 0,22** | 0,33** | 0,29** |
| Przyjmowanie leków z powodu zdenerwowania | 0,20** | 0,17** | 0,24** | 0,26** | 0,29** | 0,27** |
| Przyjmowanie leków z powodu przygnębienia i złego nastroju | 0,23** | 0,15** | 0,25** | 0,20** | 0,30** | 0,25** |
| Przyjmowanie leków z powodu braku energii | 0,22** | 0,17** | 0,16* | 0,20** | 0,20** | 0,27** |

* $p < 0,05$,
** $p < 0,01$

## Podsumowanie i omówienie wyników

Rozpowszechnienie stosowania leków przeciwbólowych nie zmieniło się znacząco od 2004 roku, w którym po raz pierwszy zapytano uczestników badań mokotowskich o przyjmowanie tych farmaceutyków. Niewielkie zmiany odnotowano pomiędzy latami 2008 i 2012. W tych latach wzrósł odsetek uczniów (szczególnie wśród dziewcząt), którzy przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu sięgali po leki z powodu bólu brzucha. W latach 2012–2016 nie stwierdzono istotnych zmian w odsetku uczniów przyjmujących leki z powodu bólu głowy oraz bólu brzucha. We wszystkich dotychczasowych pomiarach około połowa badanych 15-latków potwierdzała używanie przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu leków z powodu bólu głowy, zaś około 40% stosowanie leków powodu bólu brzucha. Farmaceutykami przyjmowanymi najczęściej z powodu tych dolegliwości były dostępne bez zalecenia lekarza leki na bazie paracetamolu, ibuprofenu oraz Nospa – najpowszechniej stosowany lek na ból brzucha. Samodzielne leczenie dolegliwości bólowych środkami, które można kupić bez recepty, jest praktykowane przez nastolatków na całym świecie (Guliano i wsp., 2014; Shehnaz i wsp., 2014). Według danych HBSC z końca lat 90. XX wieku odsetek nastolatków sięgających w ostatnim miesiącu po leki z powodu bólu głowy wahał się w grupie chłopców od 23 do 49%, zaś w grupie dziewcząt – od 31 do 63%. W przypadku młodzieży z Polski wynosił

odpowiednio 29% (chłopcy) oraz 42% (dziewczęta) (Holstein i wsp., 2015). Na tle nastolatków z kilkunastu krajów objętych projektem HBSC rozpowszechnienie stosowanych tych leków wśród polskiej młodzieży nie było więc szczególnie duże. Analiza trendów prowadzona w ramach HBSC wykazała ponadto, że rozpowszechnienie leków przyjmowanych z powodu bólu głowy wśród młodzieży z Polski wzrosło istotnie pomiędzy 1990 a 1998 rokiem. Niestety, brak jest danych dotyczących polskich nastolatków z lat 2005–2006 oraz 2009–2010. Wyniki uzyskane w innych krajach wskazują na brak jednolitego trendu, mianowicie w części krajów obserwowany był spadek rozpowszechnienia wśród młodzieży leków stosowanych z powodu bólu głowy, w innych zaś wzrost. Ogólnie, badania HBSC wskazują jednak na wzrostowy trend w używaniu przez młodzież leków przeciwbólowych (Holstein i wsp., 2015).

W pomiarze z 2016 nie odnotowano wzrostu odsetka 15-latków stosujących w ostatnim miesiącu leki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak trudności w zasypianiu, zdenerwowanie oraz przygnębienie i zły nastrój. Łącznie około 8% uczniów przyjmowało przynajmniej jeden z takich leków i w zdecydowanej większości były to ziołowe farmaceutyki dostępne bez recepty. Wcześniejsze pomiary wskazywały na wzrost w latach 2008–2012 rozpowszechnienia używania leków z powodu trudności w zasypianiu. Odsetek młodzieży sięgającej po leki z powodu zdenerwowania oraz przygnębienia nie zmienił się znacząco w kolejnych rundach badań mokotowskich. Wzrost rozpowszechnienia tych leków odnotowano natomiast w latach 90. XX wieku, w projekcie HBSC. Mianowicie, pomiędzy 1994 a 1998 rokiem nastąpił wzrost odsetka nastolatków, którzy potwierdzali przyjmowanie leków z powodu trudności w zasypianiu oraz zdenerwowania (Woynarowska, 2002). Porównania międzynarodowe pokazały natomiast, że leki uspokajające były bardziej rozpowszechnione wśród nastolatków z Polski niż wśród młodzieży z większości krajów biorących udział w tym projekcie (Hansen i wsp., 2003; Kraus i wsp., 2015).

Okres transformacji ustrojowej w Polsce wiązał się ze wzrostem używania leków przeciwbólowych, uspokajających i nasennych wśród osób dorosłych młodzieży (Woynarowska i wsp., 2002). Kolejne rundy badań mokotowskich wskazują natomiast, że od początku XXI wieku nastąpiła stabilizacja trendu. Potwierdzają to również odpowiedzi uczniów na pytanie dotyczące używania leków uspokajanych i nasennych przedstawione w rozdziale 2 tej monografii.

Dolegliwości bólowe oraz negatywne stany emocjonalne, takie trudności w zasypianiu, zdenerwowanie, przygnębienie i zły nastrój, a także brak energii są dość częste wśród warszawskich 15-latków. W ostatnim miesiącu przed badaniem tych problemów zdrowotnych doświadczała przynajmniej połowa badanych. Warto przy tym podkreślić, że około 1/3 badanych bardzo często, czyli kilkanaście lub więcej razy w ostatnim miesiącu, odczuwała zdenerwowanie. Podobnie, prawie 1/3 skarżyła się na bardzo częste przygnębienie i brak energii. W porównaniu z pomiarem z 2012 roku nie stwierdzono częstszego występowania u naszych respondentów bólów głowy, odnotowano także spadek odsetka dziewcząt potwierdzających bóle brzucha. Niepokojącym wynikiem jest jednak wzrost odsetka uczniów, którzy często doświadczali trudności w zasypianiu, przygnębienia i złego nastroju oraz braku energii.

Znacząco wzrósł także odsetek dziewcząt, które bardzo często były przygnębione, miały zły nastrój oraz odczuwały brak energii. Ponadto, w pomiarze z 2016 roku, w odpowiedzi na otwarte pytanie o inne dolegliwości, kilku uczniów napisało, iż miewa myśli samobójcze. Wyniki te wskazują na pogorszenie kondycji psychicznej warszawskich nastolatków, zwłaszcza dziewcząt (por. rozdział 4). Wiadomo z licznych badań, że kobiety znacznie częściej niż mężczyźni skarżą się na różnego rodzaju dolegliwości somatyczne i psychiczne (Wool i Barsky, 1994; Woynarowska, i wsp., 2002; Gobina i wsp., 2011; Mazur, 2014a, b; Ottová-Jordan i wsp., 2015). Wzrost odsetka młodych dziewcząt potwierdzających doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych jest więc szczególnie niepomyślnym wynikiem.

Problematyka dolegliwości subiektywnych jest także przedmiotem ogólnopolskiego projektu HBSC realizowanego co cztery lata wśród uczniów w wieku 11–15 lat (Mazur, 2014b). W badaniach HBSC z 2014 roku również odnotowano częstsze niż w poprzednim pomiarze występowanie u młodzieży takich dolegliwości, jak trudności w zasypaniu oraz przygnębienie. W 2014 roku około 20% potwierdzało, że częściej niż raz w tygodniu miewa problemy z zaśnięciem, zaś około 21% odczuwało przygnębienie. Stwierdzono natomiast spadek odsetka uczniów doświadczających zdenerwowania – nadal jednak około 1/3 respondentów HBSC raportowała, że jest zdenerwowana częściej niż raz w tygodniu. Inaczej niż w przypadku badań mokotowskich, wzrósł odsetek uczestników badań HBSC, którzy częściej niż raz w tygodniu doświadczali bólu głowy oraz bólu brzucha. Autorzy badań HBSC konkludują, iż pomimo wzrostu odsetka młodzieży skarżącej się na subiektywne dolegliwości o podłożu somatycznym lub psychicznym (szczególnie wśród dziewcząt i respondentów 15-letnich „nie można jednoznacznie określić tendencji zmian obserwowanych w latach 2010–2014 jako negatywnych lub pozytywnych" (Mazur, 2014b, s. 91). Z drugiej bowiem strony coraz więcej młodych ludzi nie potwierdza tych dolegliwości lub odczuwa je rzadko (Mazur, 2014b). Niemniej jednak, zarówno ogólnopolskie badania HBSC, jak i lokalne badania mokotowskie wskazują, że subiektywne dolegliwości somatyczne i psychiczne są znacząco rozpowszechnione wśród nastoletniej młodzieży.

Zjawisku samoleczenia przez młodzież dolegliwości somatycznych i psychicznych sprzyja wiele czynników. W literaturze wymienia się stres związany z codzienną egzystencją, agresywny marketing i bardzo łatwą dostępność do leków – także przez Internet, normy społeczne sprzyjające samodzielnemu leczeniu oraz medykalizację społeczeństwa, która sprawia, iż rozmaite obszary życia społecznego stają się domeną medycyny (Holstein, 2015). Badania mokotowskie wskazują na znaczne rozpowszechnienie przyjmowania leków przez nastolatków. Młodzi ludzie najczęściej sięgają po dostępne bez recepty leki przeciwbólowe. Wiadomo jednak z badań, iż wiedza nastolatków na temat leków jest niewystarczająca, a niekiedy wręcz fałszywa w stopniu, który może stanowić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia młodych ludzi (Pisarska i Ostaszewski, 2006; Shehnaz i wsp., 2014). Szacuje się, że w Polsce około 800–1000 osób rocznie jest leczonych z powodu zatrucia paracetamolem. Wśród nich są także młodzi ludzie; najmłodsi pacjenci leczeni w oddziałach toksykologicznych w latach 2002–2014 mieli 17 lat (Wróblewski i wsp., 2015). Większość wspomnianych przypadków

zatruć była następstwem prób samobójczych. Wyniki badań prowadzonych na świecie potwierdzają zaś, że paracetamol jest lekiem najczęściej stosowanym przez młodzież w celach samobójczych (Gilbertson i wsp.,1996; Angalakuditi i wsp., 2006; Schmidt, 2005). W tym kontekście niepokojąca jest łatwa dostępność farmaceutyków na bazie paracetamolu wraz z pogarszającą się kondycją psychiczną warszawskich 15-latków. Z drugiej strony badania mokotowskie wskazują, że odsetek młodych ludzi odczuwających subiektywne dolegliwości somatyczne i psychiczne jest znacznie wyższy niż odsetek tych, którzy stosują leki przeciwbólowe, uspokajające, nasenne czy przeciwdziałające przygnębieniu i złemu nastrojowi. Umiarkowane są także korelacje pomiędzy doświadczaniem dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych a przyjmowaniem leków. Dane z badań mokotowskich potwierdzają więc, że młodzi ludzie wykorzystują także inne niż sięganie po leki metody radzenia sobie z dolegliwościami (Lagerløv i wsp., 2016).

W związku z powyższym, należy doskonalić umiejętności młodzieży dotyczące właściwego dbania o zdrowie psychiczne i somatyczne. Problematyka samoleczenia młodzieży powinna być przedmiotem działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Wskazują na to zarówno dane dotyczące subiektywnych dolegliwości, jak i rozpowszechnienie przyjmowania przez młodzież leków – szczególnie przeciwbólowych.

Dziewczęta znacznie częściej niż chłopcy odczuwają dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne, częściej sięgają także po leki. Potwierdzają to wyniki licznych badań przeprowadzonych w Polsce i na świecie (Pisarska i Ostaszewski, 2011; Cavallo i wsp., 2014; Gualano i wsp., 2015; Holstein i wsp., 2015; Shehnaz i wsp., 2014). Programy poświęcone problematyce zdrowia oraz samoleczenia dolegliwości somatycznych i psychicznych powinny uwzględniać potrzeby dorastających dziewcząt.

## Piśmiennictwo


1. Angalakuditi M.V., Coley K.C., Krenzelok K. P. Children's acetaminophen exposures reported to a regional poison control center. American Journal of Health-System Pharmacy 2006; 63, 4, 323–326.
2. Andersen A., Holstein B.E., Due P., Hansen E. H. Medicine use for headache in adolescence predicts medicine use for headache in young adulthood. Pharmacoepidemiolgy and Drug Safety 2009; 18, 7: 619–623.
3. Cavallo F., Dalmasso P., Ottová-Jordan V., Brooks F., Mazur J., Välimaa R., Gobina I., Gaspar de Matos M., Raven-Sieberer U. the Positive Health Focus Group. Trends in self-rated health in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in 32 countries. *European Journal of Public Health* 2015; 25, suppl. 2, 1: 13–15.
4. Gilbertson R.J., Harris E., Pandey S.K., Kelly P., Meyers W. Paracetamol use, availability and knowledge of toxicity among British and American Adolescents. Archives of Disease in Childhood 1996; 75, 3: 194–198.

5. Gobina I., Välimaa R., Tynjälä J., Villberg J., Villerusa A., Iannotti R.I., Godetu E., Nic Gabhainn S., Andersen A., Holstein B. E. The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey· Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2011; 40, 4: 424–431.
6. Gualano M. R. Bert F., Passi S., Stillo M., Galis V., Manzoli L., Siliquini R. Use of self--medication among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health* 2014; 25, 3: 444–450. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku207.
7. Hansen E.H., Holstein B.E., Due P., Currie C. E. International survey of self-reported medicine use among adolescents. Annals of Pharmacotherapy 2003; 37: 361–366.
8. Hansen D.L., Hansen E.H., Holstein B. E. Using analgesics as a tools: Young women's treatment for headache. Qualitative Health Research 2008; 18: 234–243.
9. Holstein B.E., Andersen A., Fotiou A., Gobina I., Godetu E. Holme Hansen E., Iannotti R., Levin K., Nic Gabhainn S., Ravens-Sieberer U., Valimaa R., the Medicine Use Writing Group. Adolescents' medicine use for headache: secular trends in 20 countries from 1986 to 2010. European Journal of Public Health 2015; 25, Suppl. 2: 76–79.
10. Kraus L., Guttormsson U., Leifman H., Arpa Sh., Molinaro S., Monshouwer K., Trapencieris M., Vicente J., Arnarsson Á.M., Balakireva O., Bye E.K., Chileva A., Ciocanu M., Clancy L., Csémy L., Djurisic T., Elekes Z., Feijão F., Floresu S., Pejnović Franelić I., Kotsis E., Kokkevi A., Lambrecht P., Urdih Lazar T., Kociar A., Oncheva S., Raitasalo K., Rupšienė L., Sierosławski S., Skriver M.V., Spilka S., Strizek J., Sturla L., Toçi E., Veresies K., Vorobjov S., Weihe P., Noor A., Matias J., Seitz N.N., Piontek., Svensson J., Englund A., Hibell B. ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2015.
11. Lagerløv P., Rosvold E.O., Holager T., Helseth S. How Adolescents Experience and Cope With Pain in Daily Life: A Qualitative Study on Ways to Cope and the Use of Over-The--Counter Analgesics. BMJ Open 2016; 6: e01184.
12. Mazur J. Samoocena zdrowia. w: Mazur J. (red.): Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2014a. http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/Zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_www.pdf.
13. Mazur J. Dolegliwości subiektywne. w: Mazur J. (red.) Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2014b. http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/Zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_www.pdf.
14. Nabors L.A., Lehmkuhl H.D., Parkins I.S., Drury A. M. Reading about over-the-counter medications. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 2004; 27: 297–305.
15. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Kocoń K. Przyjmowanie leków psychoaktywnych a innych substancji odurzających przez młodzież. Alkoholizm i Narkomania 2006; 19, 1: 35–52.

16. Ottová-Jordan V., Smith O.R.F., Augustine L., Gobina I., Rathmann K., Torsheim T., Mazur J., Välimaa R., Cavallo F., Jericek Klanscek H., Vollenbergh W., Meilstrup Ch., Richter M., Moor I., Ravens-Sieberer U., for the Positive Health Focus Group. Tends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *European Journal of Public Health* 2015; 25: suppl. 2, 1: 83–89.
17. Pisarska A., Ostaszewski K. Stosowanie wybranych leków przez 15-letnich uczniów szkół warszawskich. Alkoholizm i Narkomania 2006; 19, 1: 53–70.
18. Pisarska A., Ostaszewski K. Medicine use among Warsaw ninth-grade students, Drugs: education, prevention and policy; October 2011; 18(5): 361–370.
19. Shehnaz S.I., Agarwal A.K., Khan N. A Systematic Review of Self-Medication Practices Among Adolescents. Journal of Adolescent Health 2014; 55: 467.
20. Schmidt L. E. Age and paracetamol self-poisoning. 2005. http://gut.bmj.com/cgi/content/full/54/5/686.
21. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 roku. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2015.
22. Wróblewski T., Kobryń K., Kozieł S., Ołdakowska-Jedynak U., Pinkas J., Danielewicz R., Ziarkiewicz-Wróblewska B., Krawczyk M. Acetaminofen (paracetamol) induces acute liver failure – a social problem in an era of increasing tendency to self-treatment. Annlas of Agricultural and Environmental Medicine 2015; 22, 4: 761–767.
23. Woynarowska B., Lutze I., Mazur J. Zmiany w zdrowiu i samopoczuciu psychospołecznym młodzieży szkolnej w okresie transformacji ustrojowej. Przegląd Pediatryczny 2002; 32, 3: 218–222.
24. Wool C.A., Barsky A. J. Do women somatize more than men? Psychosomatics 1994; 35: 445–452.

# Rozdział 6 Sposoby spędzania czasu wolnego

**Krzysztof Ostaszewski**

**Streszczenie**

**Okres obserwacji.** Dane dotyczące aktywności młodzieży w czasie wolnym pochodzą z czterech rund badań mokotowskich prowadzonych w latach 2004–2016.
**Narzędzia.** Do pomiaru intensywności różnych form spędzania wolnego czasu wykorzystano pytania dotyczące codziennych i cotygodniowych zajęć podejmowanych przez młodzież, pytanie o całodniowe wagary w ostatnich 4 tygodniach oraz skalę do pomiaru monitorowania czasu wolnego dziecka przez rodziców.
**Wyniki.** Wśród codziennych domowych form aktywności dominuje korzystanie z Internetu. Wśród konstruktywnych zajęć najwięcej czasu młodzież przeznacza na aktywność sportową/fizyczną (chłopcy) oraz niesportowe zajęcia pozalekcyjne (dziewczęta). Powszechną formą swobodnego spędzania czasu jest odwiedzanie centrów handlowych, w czym przeważają dziewczęta. W ostatniej rundzie badań mokotowskich zaobserwowano zmniejszenie się odsetka młodzieży, która spędza czas poza domem, zwiększenie się grupy młodzieży korzystającej z zajęć pozalekcyjnych oraz baczniejsze monitorowanie czasu wolnego dorastających dzieci przez rodziców.
**Wnioski.** Zaobserwowane zmiany w sposobie spędzania czasu wolnego przez badaną młodzież, wskazują na pewne ograniczenie czynników ryzyka zachowań problemowych młodzieży (np. czas spędzany poza domem) oraz wzmocnienie się czynników chroniących (zajęcia pozalekcyjne i monitorowanie). Te zmiany mogą wyjaśniać obserwowany w ostatniej rundzie badań mokotowskich spadek rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród 15-letnich uczniów gimnazjów.

## Wprowadzenie

Aktywny udział w konstruktywnych i zorganizowanych formach zajęć pozalekcyjnych lub pozaszkolnych jest uważany przez badaczy za rozwojowo pożyteczny sposób wykorzystywania czasu wolnego przez dorastającą młodzież (Eccles, Barber, Stone, Hunt, 2003; Hansen, Larson, Dworkin, 2003; Darling, 2005; Rose-Krasnor i wsp., 2006; Barnes i wsp., 2007; Bobrowski 2007). Taki sposób spędzania czasu wolnego wiąże się bowiem ze wsparciem dorosłych opiekunów lub liderów młodzieżowych, przestrzeganiem społecznie akceptowanych norm, stwarzaniem przyjaznej „struktury" dla nauki nowych umiejętności. Udział w zorganizowanych zajęciach pomaga młodzieży gospodarować wolnym czasem, przez co daje rodzicom większe możliwości do prowadzenia efektywnego monitorowania zajęć dziecka w wolnym czasie, a jednocześnie dorastającemu dziecku daje poczucie większej niezależności i autonomii. Aktywności pozaszkolne

i pozalekcyjne pomagają również kształtować u młodzieży poczucie przynależności do szkoły, społeczności lokalnej, parafii i innych instytucji życia społecznego (Eccles i wsp., 2003; Darling, 2005).

Do typowych form zorganizowanej aktywności młodzieży w wolnym czasie należą między innymi zajęcia pozalekcyjne organizowane przez szkołę, kluby zainteresowań, projekty społeczne, działania proekologiczne, grupy muzyczne, zorganizowane zajęcia sportowe, zajęcia artystyczne, kursy tańca i innych umiejętności, działalność w organizacjach młodzieżowych i religijnych grupach wspólnotowych, wolontariat. Niektórzy badacze poszerzają tę listę o konstruktywne zajęcia indywidualne wykonywane najczęściej w domu, takie jak: odrabianie lekcji, czytanie książek, nauka gry na instrumencie muzycznym (Barnes i wsp., 2007). Badacze podkreślają, że zorganizowane formy aktywności w czasie wolnym tworzą rodzaj środowiska edukacyjnego, który odgrywa istotną rolę w planie rozwoju osobistego i społecznego młodzieży (Hansen, Larson, Dworkin, 2003; Darling, 2005). Z perspektywy potrzeb rozwojowych okresu adolescencji są okazją do ćwiczenia autonomii i niezależności od rodziców, zaspokajania potrzeb towarzyskich i potrzeby doznań, rozwoju zainteresowań i umiejętności, kształtowania motywacji do działania i rozwoju własnej inicjatywy. Pomagają młodym ludziom w nabywaniu lepszej orientacji w świecie norm i wartości oraz w poszukiwaniu sensu swojego życia.

Zorganizowane zajęcia są traktowane przez znawców problematyki jako forma konstruktywnej alternatywy dla biernego (niekonstruktywnego) spędzania czasu wolnego (np. oglądania telewizji, spędzania czasu przed komputerem, wizyt w galeriach handlowych oraz wałęsania się bez celu po okolicy) lub dla zachowań ryzykownych (np. picia alkoholu z kolegami/koleżankami) (Mahoney, Harris, Eccles, 2006). Niejako w opozycji do biernego lub ryzykownego spędzania czasu konstruktywne zajęcia młodzieży bywają przedstawiane w literaturze jako zachowania celowe, które mają dla jednostki pozytywne znaczenie i dużą wartość (*meaningful instrumental behaviors*). Takie zachowania pomagają młodzieży rozwijać umiejętności niezbędne w kontaktach z innymi ludźmi i instytucjami życia społecznego, kształtować pozytywne poczucie własnej wartości oraz budować przekonanie, że zaangażowanie w codzienne sprawy życiowe ma sens (Maton, 1990).

W niniejszym rozdziale prezentowane są wyniki badań dotyczących spędzania czasu wolnego przez 15-letnią młodzież z Warszawy na przestrzeniu 12 lat od 2004 do 2016 roku. Nasze obserwacje dotyczą konstruktywnych i niekonstruktywnych form spędzania czasu wolnego przez młodzież.

## Zmienne, wskaźniki i narzędzia badawcze

### *Codzienne zajęcia wykonywane w domu*

Ta kategoria obejmowała następujące cztery codzienne aktywności najczęściej wykonywane w domu: odrabianie lekcji, korzystanie z Internetu, granie w gry komputerowe oraz czytanie książek dla przyjemności. Pomiaru dokonano za pomocą kilku pytań dotyczących codziennych zajęć podejmowanych przez młodzież w czasie wolnym. W odpowiedzi na pytanie

*Ile przeciętnie godzin dziennie poświęcasz na…* badani określali liczbę godzin przeznaczaną codziennie na te aktywności (5-punktowa skala odpowiedzi: od *0 godzin* do *5 lub więcej godzin*). Do śledzenia zmian w codziennych zajęciach wykonywanych w domu stosowano przede wszystkim wskaźnik *3 godz. dziennie lub więcej* (Bobrowski i wsp., 2007).

### *Zorganizowane i konstruktywne zajęcia w czasie wolnym*

Zmienna obejmowała trzy rodzaje zajęć w domu lub poza domem, takie jak: zorganizowana aktywność sportowa (kluby sportowe, SKS), indywidualna aktywność fizyczna (np. rower, basen, bieganie, siłownia) oraz zorganizowane zajęcia pozalekcyjne inne niż zajęcia sportowe (np. zajęcia artystyczne, harcerstwo, nauka języków obcych). Pomiaru dokonano za pomocą trzech pytań dotyczących zajęć podejmowanych przez młodzież w czasie wolnym w przeciętnym tygodniu. W odpowiedzi na pytanie *Ile przeciętnie godzin w tygodniu poświęcasz na…* badani określali liczbę godzin przeznaczaną tygodniowo na te zajęcia (5-punktowa skala odpowiedzi: od *0 godzin* do *8 lub więcej godzin*). Zmiany w zorganizowanych zajęciach w przeciętnym tygodniu oceniano przede wszystkim na podstawie wskaźnika *4 godz. tygodniowo lub więcej* (Bobrowski i wsp., 2007).

### *Niezorganizowane lub ryzykowne zajęcia w czasie wolnym*

Kategoria obejmowała następujące trzy rodzaje aktywności: spędzanie czasu poza domem (na mieście, osiedlu, przed blokiem), całodniowe wagary oraz odwiedzanie centrów handlowych (*shopping*). Pomiaru czasu spędzanego poza domem dokonano za pomocą pytania: *Ile przeciętnie godzin dziennie poświęcasz na spędzanie czasu poza domem (na podwórku, osiedlu, na mieście)* – badani określali liczbę godzin przeznaczaną codziennie na tę aktywność (5-punktowa skala odpowiedzi: od *0 godzin* do *5 lub więcej godzin*). Do śledzenia zmian w tych aktywnościach stosowano przede wszystkim wskaźnik *3 godz. dziennie lub więcej* lub *4 godziny tygodniowo lub więcej* (Bobrowski i wsp., 2007). Liczbę dni całodniowych wagarów określano na podstawie pojedynczego pytania: *Ile całych dni w szkole opuściłeś z powodu wagarów?* (7-punktowa skala od *0 = „0 dni”* do *6 = „11 lub więcej”*). Do śledzenia zmian w tej aktywności stosowano przede wszystkim wskaźnik *2–3 dni wagarów lub więcej w ostatnich 4 tygodniach*. Pytanie zostało zaczerpnięte z ankiety stosowanej w projekcie *Flint Adolescent Study* (*Flint Adolescent Study Questionnaire*, 1997; Bryant, Zimmerman, 2002).

### *Monitorowanie czasu wolnego dorastającego dziecka przez rodziców*

Do pomiaru tej zmiennej wykorzystano skalę pochodzącą z ankiety stosowanej w innym projekcie badawczym Pracowni „Pro-M” (Ostaszewski i wsp., 2006; Ostaszewski, 2014).

Pytania tej skali dotyczyły takich aspektów rodzicielskiej kontroli, jak orientacja rodziców o tym, gdzie przebywa dziecko, kiedy jest poza domem, o której godzinie wróci do domu, na co wydaje pieniądze, z kim się spotyka itd. Skala składa się z 9 pytań i charakteryzuje się wysoką spójnością wewnętrzną (*Alpha Cronbacha* = 0,86).

# Wyniki

## *Codzienne zajęcia wykonywane zwykle w domu*

### Odrabianie lekcji

**Tabela 6.1.** Czas poświęcany dziennie na odrabianie lekcji

| Rok badania | Liczba respondentów | Czas spędzany na odrabianiu lekcji (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 godz. dziennie | Do 2 godz. dziennie | 3–4 godz. dziennie | 5 lub więcej godzin dziennie |
| | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | 641 | 2,0 | 69,9 | 23,4 | 4,7 |
| 2008 | 562 | 2,8 | 68,7 | 22,6 | 5,9 |
| 2012 | 470 | 5,3* | 77,7*** | 13,4*** | 3,6 |
| 2016 | 341 | 3,2 | 74,2 | 15,2 | 7,3* |
| | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | 656 | 5,9 | 79,3 | 11,6 | 3,2 |
| 2008 | 550 | 6,2 | 80,2 | 9,8 | 3,8 |
| 2012 | 447 | 8,9 | 81,2 | 5,6* | 4,3 |
| 2016 | 373 | 6,2 | 82,8 | 7,8 | 3,2 |
| | | **Razem** | | | |
| 2004 | 1306 | 4,3 | 74,3 | 17,5 | 3,9 |
| 2008 | 1120 | 4,5 | 74,4 | 16,3 | 4,8 |
| 2012 | 924 | 7,0* | 79,5** | 9,5*** | 3,9 |
| 2016 | 715 | 4,8# | 78,7 | 11,3 | 5,2 |

Odsetek braków danych w odpowiedzi na to pytanie wahał się od 1,8 do 2,1%.

* $p < 0,05$,
** $p < 0,01$,
*** $p < 0,001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)
\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Wyniki czterech rund badań mokotowskich z lat 2004–2016 dowodzą, że przeważająca większość 15-latków (ok. 75–80%) przeznacza codziennie na odrabianie lekcji nie więcej niż dwie godziny. Około 5% uczniów nie poświęca w ogóle czasu na odrabianie lekcji. Około 10–15% nastolatków odrabia lekcje przez 3–4 godziny dziennie, a niespełna 5% uczniów poświęca na to 5 godzin dziennie lub więcej. W 2016 roku w porównaniu z poprzednią rundą badań

(z 2012 roku) struktura czasu poświęcanego przez młodzież na odrabianie lekcji nie zmieniła się w istotny sposób. Odnotowano jedynie dwie zmiany istotne statystycznie. Zmniejszyła się grupa młodzieży przyznającej się, że nie poświęca w ogóle czasu na odrabianie lekcji (z 7% w 2012 do 4,8% w 2016 roku, zmiana na granicy istotności statystycznej). Znacząco wzrósł odsetek dziewcząt, które przeznaczały na odrabianie lekcji 5 godzin dziennie lub więcej (tabela 6.1).

W latach 2004–2016 znacząco większe grupy 15-letnich dziewcząt – w porównaniu z 15-letnimi chłopcami – poświęcały 3 godziny dziennie lub więcej na odrabianie lekcji (tabela 6.12).

## Czytanie książek dla przyjemności

**Tabela 6.2.** Czas spędzany dziennie na czytaniu książek dla przyjemności

| Rok badania | Liczba respondentów | Czas spędzany na czytaniu dla przyjemności (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 godz. dziennie | Do 2 godz. dziennie | 3–4 godz. dziennie | 5 lub więcej godzin dziennie |
| | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | 337 | 24,9 | 57,6 | 10,7 | 6,8 |
| 2008 | 566 | 22,4 | 65,9* | 7,8 | 3,9* |
| 2012 | 471 | 23,1 | 62,8 | 9,8 | 4,2 |
| 2016 | 341 | 29,9* | 58,9 | 6,5 | 4,7 |
| | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | 324 | 26,2 | 55,9 | 11,1 | 6,8 |
| 2008 | 555 | 38,9*** | 53,3 | 6,1** | 1,6*** |
| 2012 | 447 | 42,7 | 51,0 | 4,7 | 1,6 |
| 2016 | 374 | 40,1 | 55,1 | 3,7 | 1,1 |
| | | **Razem** | | | |
| 2004 | 667 | 25,3 | 56,8 | 10,9 | 6,9 |
| 2008 | 1129 | 30,6* | 59,7 | 7,0** | 2,7*** |
| 2012 | 925 | 32,6 | 57,2 | 7,2 | 2,9 |
| 2016 | 716 | 35,2 | 57,0 | 5,0# | 2,8 |

Odsetek braków danych w odpowiedzi na to pytanie wahał się od 0,4 do 1,1%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)
# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Wyniki czterech rund badań mokotowskich z lat 2004–2016 dowodzą, że większość 15-latków (ok. 57–59%) przeznacza codziennie na czytanie dla przyjemności nie więcej niż dwie godziny. Około 30–35% uczniów nie poświęca w ogóle czasu w ciągu przeciętnego dnia na czytanie książek dla przyjemności. Niewielka grupa młodzieży – około 8–10% przeznacza na tę aktywność 3–4 godziny dziennie lub więcej. W 2016 roku w porównaniu z poprzednią rundą badań (z 2012 roku) struktura czasu poświęcanego przez młodzież na czytanie dla

przyjemności nie zmieniła się w istotny sposób. Odnotowano jedynie, że znacząco zwiększyła się liczba dziewcząt, które nie przeznaczają w ogóle czasu na czytanie dla przyjemności; wzrost z około 23% w 2012 do około 30% w 2016 roku, $p < 0{,}05$. W całym obserwowanym okresie lat 2004–2016 największe zmiany w czytelnictwie książek dla przyjemności odnotowano pomiędzy 2004 i 2008 rokiem. Wówczas nastąpił znaczący wzrost odsetka gimnazjalistów, którzy w ogóle nie poświęcali czasu na czytanie książek dla przyjemności (szczególnie w grupie chłopców), oraz jednocześnie znacząco zmniejszyła się grupa nastolatków poświęcających 3 godziny dziennie lub więcej na tę aktywność (tabela 6.2).

W latach 2008–2012 czytanie książek dla przyjemności przez 3 godziny dziennie lub więcej było bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców (tabela 6.12).

## Korzystanie z Internetu

**Tabela 6.3.** Czas spędzany dziennie w Internecie

| Rok badania | Liczba respondentów | Czas spędzany w Internecie (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 godz. dziennie | Do 2 godz. dziennie | 3–4 godz. dziennie | 5 lub więcej godzin dziennie |
| | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | 666 | 27,1 | 49,7 | 16,6 | 6,6 |
| 2008 | 567 | 4,6*** | 64,8*** | 19,6 | 11,0** |
| 2012 | 472 | 1,3** | 58,9* | 27,1** | 12,7 |
| 2016 | 342 | 2,0 | 45,3*** | 32,2 | 20,5** |
| | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | 676 | 25,7 | 51,9 | 12,9 | 9,5 |
| 2008 | 556 | 3,8*** | 67,0*** | 18,4** | 10,8 |
| 2012 | 447 | 5,4 | 71,8 | 14,3* | 8,5 |
| 2016 | 374 | 2,1* | 61,5** | 24,1*** | 12,3# |
| | | **Razem** | | | |
| 2004 | 1351 | 26,4 | 50,6 | 14,7 | 8,3 |
| 2008 | 1133 | 4,2*** | 66,0*** | 19,0** | 10,8* |
| 2012 | 926 | 3,2 | 65,1 | 21,1 | 10,7 |
| 2016 | 717 | 2,1 | 53,7*** | 28,0*** | 16,2*** |

Odsetek braków danych w odpowiedzi na to pytanie wahał się od 0,4 do 2,2%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)
\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

W całym obserwowanym okresie (lata 2004–2016) prawie wszyscy badani gimnazjaliści stali się codziennymi użytkownikami Internetu. W 2016 roku tylko około 2% 15-letniej młodzieży nie poświęcało w ogóle czasu w ciągu dnia na Internet, podczas gdy w 2004 roku ponad 1/4 badanych nie korzystała codziennie z sieci. Skokowa zmiana w tym zakresie nastąpiła w latach 2004 i 2008. W latach objętych obserwacją młodzi ludzie bardzo

zintensyfikowali swoje codzienne korzystanie z Internetu. Grupa uczniów korzystających z Internetu przez 3–4 godziny dziennie zwiększyła się prawie dwukrotnie, z około 15% w 2004 roku do około 28% w 2016, i podobnie, grupa uczniów korzystających codziennie z Internetu przez 5 godzin lub więcej zwiększyła się również dwukrotnie, z około 8% w 2004 roku do około 16% w 2016 roku (tabela 6.3). Zmiany te dotyczyły zarówno dziewcząt, jak i chłopców, przy czym dziewczęta bardziej niż chłopcy zintensyfikowały swoje codzienne kontakty z Internetem. W latach 2004–2016 skokowo zwiększyła się grupa dziewcząt korzystających intensywnie z Internetu (5 godzin lub więcej dziennie) – z około 6 do około 20%. Wśród chłopców też zwiększyła się intensywność korzystania z Internetu, ale nie odnotowano aż tak dużych zmian jak u dziewcząt. W związku z tą dynamiką zmian w latach 2004–2008 rozpowszechnienie intensywnego korzystania z Internetu nie różniło się ze względu na płeć, natomiast w latach 2012–2016 znacząco większa grupa 15-letnich dziewcząt w porównaniu z 15-letnimi chłopcami poświęcała 3 godziny dziennie lub więcej na surfowanie w sieci (tabela 6.12).

## Gry komputerowe

**Tabela 6.4.** Czas spędzany dziennie na grach komputerowych

| Rok badania | Liczba respondentów | Czas poświęcany na gry komputerowe (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 godz. dziennie | Do 2 godz. dziennie | 3–4 godz. dziennie | 5 lub więcej godzin dziennie |
| | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | 666 | 55,7 | 39,7 | 3,5 | 1,1 |
| 2008 | 567 | 66,4*** | 29,7*** | 1,8# | 2,1 |
| 2012 | 469 | 66,5 | 28,4 | 3,6# | 1,5 |
| 2016 | 341 | 77,1*** | 19,9** | 1,8 | 1,2 |
| | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | 676 | 16,9 | 53,3 | 19,1 | 10,7 |
| 2008 | 556 | 13,5 | 57,0 | 18,9 | 10,6 |
| 2012 | 449 | 19,4* | 58,8 | 12,9* | 8,9 |
| 2016 | 373 | 16,1 | 60,9 | 14,2 | 8,8 |
| | | **Razem** | | | |
| 2004 | 1351 | 36,0 | 46,7 | 11,4 | 5,9 |
| 2008 | 1133 | 39,8* | 43,5 | 10,4 | 6,3 |
| 2012 | 925 | 43,4 | 43,4 | 8,2 | 5,1 |
| 2016 | 715 | 45,3 | 41,3 | 8,3 | 5,2 |

Odsetek braków danych odpowiedzi na to pytanie wahał się od 0,7 do 1,4%.

* $p < 0{,}05$,

** $p < 0{,}01$,

*** $p < 0{,}001$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Wyniki czterech ostatnich rund badań mokotowskich dowodzą, że większość gimnazjalistów (ok. 55–65%) przeznacza codziennie jakiś czas na granie w gry komputerowe. Około 40–45% uczniów poświęca do 2 godzin czasu na tę czynność w ciągu przeciętnego dnia. Mniejsza grupa młodzieży – około 8–10% przeznacza 3–4 godziny dziennie lub więcej na gry komputerowe, a około 5% – 5 godzin lub więcej. W 2016 roku w porównaniu z poprzednią rundą badań (z 2012 roku) struktura czasu poświęcanego przez młodzież na gry komputerowe nie zmieniła się w istotny sposób. Odnotowano jedynie, że grupa dziewcząt przeznaczających do dwóch godzin dziennie na te gry zmniejszyła się znacząco z około 28% w 2012 roku do około 20% w 2016 roku (tabela 6.4).

We wszystkich badanych latach gry komputerowe były formą spędzania czasu zdecydowanie preferowaną przez chłopców. W 2016 roku absorbowały one przez 3 godziny dziennie lub więcej około 23% chłopców i tylko około 3% dziewcząt; $p < 0{,}001$ (tabela 6.12).

## *Zorganizowane zajęcia w czasie wolnym*

### Zorganizowane zajęcia sportowe

**Tabela 6.5.** Czas przeznaczany w tygodniu na zajęcia sportowe zorganizowane (np. w klubie)^^

| Rok badania | Liczba respondentów | Udział w zorganizowanych zajęciach sportowych (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 godz. | Do 3 godz. tygodniowo | 4–7 godz. tygodniowo | 8 godz. lub więcej tygodniowo |
| | | | **Dziewczęta** | | |
| 2008 | 567 | 45,9 | 41,9 | 8,1 | 4,1 |
| 2012 | 471 | 50,5 | 38,9 | 7,2 | 3,4 |
| 2016 | 343 | 52,8 | 30,3* | 11,1* | 5,8 |
| | | | **Chłopcy** | | |
| 2008 | 553 | 36,0 | 38,0 | 16,3 | 9,8 |
| 2012 | 445 | 39,6 | 37,8 | 12,1# | 10,6 |
| 2016 | 374 | 40,4 | 35,0 | 13,4 | 11,2 |
| | | | **Razem** | | |
| 2008 | 1127 | 40,9 | 40,0 | 19,1 | 6,9 |
| 2012 | 922 | 45,1* | 38,4 | 9,5 | 6,9 |
| 2016 | 718 | 46,4 | 32,7* | 12,3# | 8,6 |

Odsetek braków danych w odpowiedzi na to pytanie wahał się od 0,5 do 1,4%.

* $p < 0{,}05$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

^^ W związku inną konstrukcją pytania w 2004 roku, porównanie wyników było możliwe w latach 2008–2016.

\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Wyniki trzech ostatnich rund badań mokotowskich dowodzą, że większość gimnazjalistów (ok. 55–60%) przeznacza w przeciętnym tygodniu jakiś czas na zorganizowane zajęcia sportowe. Około 33–40% uczniów poświęca na te zajęcia nie więcej niż 3 godziny tygodniowo. Całkiem spora grupa młodzieży, bo około 20%, przeznacza 4 godziny tygodniowo lub więcej

na zorganizowane zajęcia sportowe. W 2016 roku w porównaniu z poprzednią rundą badań (z 2012 roku) struktura czasu poświęcanego przez młodzież na sport uległa częściowym zmianom. Odsetek nastolatków biorących udział w zorganizowanych zajęciach sportowych do 3 godzin tygodniowo zmniejszył się znacząco w porównaniu z poprzednim badaniem (z ok. 38 do ok. 33%), a jednocześnie wzrosła grupa uczniów korzystająca z tych zajęć przez 4–7 godzin tygodniowo (z 9,5 do ok. 12%). Na zmiany w całej grupie badanych uczniów wpłynęły głównie zmiany w intensywności korzystania z zajęć sportowych wśród dziewcząt. Pozostałe dwa wskaźniki (odsetek niekorzystających i odsetek bardzo intensywnie korzystających z zorganizowanych zajęć sportowych) pozostały bez istotnych zmian statystycznych (tabela 6.5).

W latach 2008–2016 udział w zorganizowanych zajęciach sportowych był bardziej popularny wśród chłopców. W 2016 roku około 25% chłopców spędzało ponad 3 godziny tygodniowo na uprawianiu sportu w klubie lub SKS, a wśród dziewcząt około 17% uprawiało sport z taką intensywnością; $p < 0{,}001$ (tabela 6.12).

## Indywidualna aktywność fizyczna

**Tabela 6.6.** Czas przeznaczany w tygodniu na indywidualną aktywność fizyczną (rower, rolki, bieganie, siłownia, fitness itp.)

| Rok badania | Liczba respondentów | Czas przeznaczany na indywidualną aktywność fizyczną (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 godz. | Do 3 godz. tygodniowo | 4–7 godz. tygodniowo | 8 godz. lub więcej tygodniowo |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 337 | 17,5 | 65,9 | 9,8 | 6,8 |
| 2008 | 565 | 18,1 | 69,4 | 8,1 | 4,4 |
| 2012 | 470 | 18,1 | 69,1 | 8,5 | 4,3 |
| 2016 | 343 | 25,7** | 57,7*** | 10,5 | 6,1 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 333 | 15,0 | 60,1 | 15,9 | 9,0 |
| 2008 | 547 | 14,4 | 63,1 | 14,6 | 7,9 |
| 2012 | 447 | 14,3 | 62,9 | 12,8 | 10,1 |
| 2016 | 370 | 14,6 | 60,5 | 16,5 | 8,4 |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 676 | 16,4 | 62,9 | 12,9 | 7,8 |
| 2008 | 1120 | 16,3 | 66,2 | 11,4 | 6,2 |
| 2012 | 923 | 16,1 | 66,1 | 10,6 | 7,2 |
| 2016 | 714 | 19,9* | 59,2** | 13,6# | 7,3 |

Odsetek braków danych w odpowiedzi na to pytanie wahał się od 1,1 do 1,3%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)
\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Odsetek 15-letnich gimnazjalistów podejmujących indywidualną aktywność fizyczną w czasie wolnym był zbliżony we wszystkich czterech rundach badań, choć w ostatnim pomiarze (z 2016 roku) wzrósł znacząco odsetek dziewcząt, które w ogóle nie przeznaczają czasu w ciągu tygodnia na indywidualną aktywność fizyczną. Wyniki wskazują, że w latach 2004–2012 około 16% 15-latków nie przejawiało indywidualnej aktywności fizycznej, a w 2016 roku takich uczniów było już około 20%. Większość badanych uczniów (ok. 2/3) podejmowała aktywność fizyczną w wymiarze czasu do 3 godzin tygodniowo. Bardziej intensywnie (ponad 3 godziny tygodniowo) ćwiczyło około 17–20% 15-latków (tabela 6.6).

Podobnie jak w przypadku sportu zorganizowanego, indywidualna aktywność fizyczna była formą spędzania wolnego czasu znacząco częstszą wśród chłopców. Te różnice odnotowano we wszystkich czterech rundach badań. W 2016 roku około 24–25% chłopców spędzało ponad 3 godziny tygodniowo na uprawianiu własnej aktywności fizycznej, podczas gdy tylko około 16–17% dziewcząt ($p < 0{,}01$) podejmowało indywidualną aktywność fizyczną z podobną intensywnością (tabela 6.12).

## Zajęcia pozalekcyjne inne niż sportowe

**Tabela 6.7.** Czas przeznaczany w tygodniu na udział w innych zajęciach pozalekcyjnych (zajęcia językowe, artystyczne, harcerstwo, kółka tematyczne)^^

| Rok badania | Liczba respondentów | Udział w zorganizowanych zajęciach pozalekcyjnych (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 godz. | Do 3 godz. tygodniowo | 4–7 godz. tygodniowo | 8 godz. lub więcej tygodniowo |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2008 | 566 | 24,6 | 54,2 | 17,5 | 3,7 |
| 2012 | 473 | 31,1* | 51,4 | 13,7 | 3,8 |
| 2016 | 343 | 30,9 | 48,1 | 14,9 | 6,1 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2008 | 552 | 40,2 | 48,4 | 9,1 | 2,4 |
| 2012 | 448 | 49,6** | 42,6# | 4,2** | 3,6 |
| 2016 | 372 | 38,7** | 48,9# | 9,9*** | 2,4 |
| **Razem** | | | | | |
| 2008 | 1126 | 32,3 | 51,1 | 13,6 | 3,0 |
| 2012 | 927 | 39,9*** | 47,2# | 9,2** | 3,7 |
| 2016 | 716 | 34,9* | 48,5 | 12,3* | 4,3 |

Odsetek braków danych w odpowiedzi na to pytanie wahał się od 0,5 do 0,9%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)
^^ W związku z inną konstrukcją pytania w 2004 roku, porównanie wyników było możliwe w latach 2008–2016.
# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

W 2016 roku około 65% 15-latków brało udział (z różną intensywnością) w zajęciach pozalekcyjnych innych niż zajęcia sportowe. Około 48–50% uczniów poświęcało na te zajęcia nie więcej niż 3 godziny tygodniowo, a około 15% przeznaczało na nie co najmniej 4 godziny tygodniowo. W latach 2012–2016 nastąpił istotny wzrost odsetka nastolatków, którzy przeznaczali przynajmniej jakiś czas w tygodniu na niesportowe zajęcia pozalekcyjne. Jednocześnie w tym okresie w istotny sposób zwiększył się odsetek uczniów, którzy brali udział w tych zajęciach w wymiarze ponad 4–7 godzin tygodniowo (w całej grupie i wśród chłopców) (tabela 6.7).

W latach 2008–2016 znacząco większa grupa 15-letnich dziewcząt w porównaniu z 15-letnimi chłopcami poświęcała 4 godziny tygodniowo lub więcej na zajęcia pozalekcyjne inne niż sport (tabela 6.12).

## *Niezorganizowane zajęcia w czasie wolnym*

### Spędzanie czasu poza domem

**Tabela 6.8.** Czas spędzany codziennie poza domem (na podwórku, osiedlu, na mieście)

| Rok badania | Liczba respondentów | Czas spędzany poza domem (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 godz. dziennie | Do 2 godz. dziennie | 3–4 godz. dziennie | 5 lub więcej godzin |
| | | **Dziewczęta** | | | |
| 2004 | 654 | 8,4 | 50,8 | 24,0 | 16,8 |
| 2008 | 556 | 11,9* | 54,5 | 22,5 | 11,2** |
| 2012 | 466 | 8,8 | 56,8 | 22,5 | 11,8 |
| 2016 | 333 | 12,9# | 59,8 | 16,5* | 10,8 |
| | | **Chłopcy** | | | |
| 2004 | 662 | 9,8 | 57,4 | 19,8 | 13,0 |
| 2008 | 548 | 8,9 | 61,9 | 18,4 | 10,8 |
| 2012 | 440 | 7,5 | 55,5* | 19,5 | 17,5** |
| 2016 | 372 | 11,0# | 63,2* | 17,5 | 8,3*** |
| | | **Razem** | | | |
| 2004 | 1325 | 9,1 | 54,3 | 21,8 | 14,9 |
| 2008 | 1111 | 10,4 | 58,1# | 20,5 | 11,1** |
| 2012 | 913 | 8,1 | 56,4 | 20,9 # | 14,6* |
| 2016 | 706 | 12,0** | 61,5* | 17,0* | 9,5** |

Odsetek braków danych w odpowiedzi na to pytanie wahał się od 1,8 do 2,1%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)
\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Wyniki czterech ostatnich rund badań mokotowskich dowodzą, że prawie wszyscy 15-latkowie (ok. 90%) spędzają codziennie jakiś czas poza domem, przebywając na podwórku, na osiedlu lub na mieście. Około 55–60% uczniów poświęca na te wyjścia do 2 godzin w ciągu przeciętnego dnia. Mniejsza grupa młodzieży – około 17–20% – spędza 3–4 godziny

dziennie lub więcej poza domem, a około 10–14% – 5 godzin lub więcej. W 2016 roku w porównaniu z poprzednią rundą badań (2012) struktura czasu poświęcanego przez młodzież na niezorganizowane zajęcia poza domem zmieniła się w istotny sposób. O około dziesięć punktów procentowych zmniejszył się odsetek młodzieży, która spędzała dużo czasu poza domem (3–4 godziny dziennie i więcej), z około 36% w 2012 roku do około 26% w 2016 roku. Jednocześnie zwiększył się odsetek tych młodych ludzi, którzy mieli krótkie wyjścia z domu (do 2 godzin), oraz tych, którzy nie spędzali w ogóle wolnego czasu w ten sposób (tabela 6.8).

W latach 2008–2016 podobne grupy 15-letnich chłopców i dziewcząt spędzały 3 godziny dziennie i więcej poza domem na dowolnych, niezorganizowanych zajęciach. Interesujące, że w 2004 roku znacząco większa grupa dziewcząt niż chłopców spędzała w ten sposób 3 godziny lub więcej dziennie poza domem (tabela 6.12).

## Wizyty w centrach handlowych

**Tabela 6.9.** Czas spędzany w tygodniu w centrach handlowych

| Rok badania | Liczba respondentów | Czas spędzany w centrach handlowych (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 godz. | Do 3 godz. tygodniowo | 4–7 godz. tygodniowo | 8 godz. lub więcej tygodniowo |
| **Dziewczęta** | | | | | |
| 2004 | 336 | 17,9 | 64,0 | 15,8 | 2,4 |
| 2008 | 565 | 8,5*** | 78,2*** | 11,5# | 1,8 |
| 2012 | 473 | 10,6 | 81,0 | 6,8** | 1,7 |
| 2016 | 342 | 14,9# | 75,1* | 9,4 | 0,6 |
| **Chłopcy** | | | | | |
| 2004 | 322 | 23,6 | 67,7 | 7,5 | 1,2 |
| 2008 | 553 | 24,6 | 71,1 | 3,4** | 0,9 |
| 2012 | 449 | 34,5*** | 63,0** | 1,6# | 0,9 |
| 2016 | 374 | 31,0 | 64,7 | 2,9 | 1,3 |
| **Razem** | | | | | |
| 2004 | 664 | 20,8 | 65,8 | 11,6 | 1,8 |
| 2008 | 1126 | 16,5* | 74,6*** | 7,5** | 1,3 |
| 2012 | 928 | 22,4*** | 72,1 | 4,2** | 1,3 |
| 2016 | 717 | 23,3 | 69,7 | 6,0 | 1,0 |

Odsetek braków danych w odpowiedzi na to pytanie wahał się od 0,6 do 0,7%.

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)
\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Odwiedzanie centrów handlowych przez warszawskich 15-latków jest zachowaniem znacznie rozpowszechnionym. W latach 2004–2016 około 80% badanej młodzieży spędzało w ten sposób przynajmniej jakiś czas w przeciętnym tygodniu. Około 7–10% młodzieży spędzało w nich 4 godziny tygodniowo lub więcej. W 2016 roku w porównaniu z poprzednią rundą

badań (z 2012 roku) struktura czasu poświęcanego przez młodzież na odwiedzanie centrów handlowych nie uległa większym zmianom. Zmniejszyła się jedynie grupa dziewcząt, które na wizyty tam poświęcają do 3 godzin tygodniowo (tabela 6.9).

W okresie 2004–2016 wśród nastolatków przebywających w centrach handlowych przez wiele godzin (4 godziny tygodniowo lub więcej) przeważały dziewczęta (tabela 6.12).

## Całodniowe wagary

**Tabela 6.10.** Wagary całodniowe ze szkoły^^

| | | Wagary w ciągu ostatnich 4 tygodni (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Rok badania** | **Liczba respondentów** | **0 dni** | **1 dzień** | **2–3 dni** | **4 dni lub więcej** |
| | | **Dziewczęta** | | | |
| 2008 | 566 | 74,1 | 12,2 | 8,7 | 5,0 |
| 2012 | 472 | 72,7 | 11,2 | 8,3 | 7,8# |
| 2016 | 339 | 71,1 | 12,7 | 7,1 | 9,1 |
| | | **Chłopcy** | | | |
| 2008 | 555 | 71,5 | 13,0 | 9,7 | 5,8 |
| 2012 | 444 | 68** | 14,9 | 10,1 | 7,0 |
| 2016 | 369 | 77,5** | 8,9** | 7,6 | 6,0 |
| | | **Razem** | | | |
| 2008 | 1126 | 72,9 | 12,1 | 9,1 | 5,3 |
| 2012 | 922 | 70,4 | 13,0 | 9,1 | 7,5* |
| 2016 | 716 | 74,3# | 10,7 | 7,5 | 7,5 |

Odsetek braków danych w odpowiedzi na to pytanie wahał się od 0,5 do 0,9%.

* $p < 0{,}05$,

** $p < 0{,}01$

(w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

^^ W związku z brakiem tego pytania w 2004 roku, porównanie wyników było możliwe w latach 2008–2016.

\# wynik porównania z poprzednim badaniem na granicy istotności statystycznej

Odsetek 15-letnich gimnazjalistów, którzy w ostatnich 4 tygodniach opuszczali wszystkie zajęcia w szkole, był zbliżony we wszystkich trzech pomiarach, choć w ostatnim pomiarze (z 2016 roku) zmniejszył się znacząco odsetek chłopców, którzy „urywali się" ze szkoły na dzień. Wskaźniki częstszego wagarowania pozostały bez większych zmian w badanym okresie. We wszystkich czterech rundach badań przeważająca większość uczniów (ok. 70–74%) nie była na wagarach w ciągu ostatnich czterech tygodni. Wyniki wskazują, że w latach 2008–2016 około 10–12% badanych uczniów miało na swoim koncie dzień wagarów w ciągu ostatnich 4 tygodni, około 7–9% – 2–3 dni wagarów, a około 7% – 4 dni lub więcej (tabela 6.10).

W latach 2008–2016 podobne grupy 15-letnich chłopców i dziewcząt spędzały przynajmniej 2–3 dni na wagarach ze szkoły (tabela 6.12).

## *Monitorowanie czasu wolnego przez rodziców lub opiekunów*

Skala do pomiaru monitorowania przez rodziców czasu wolnego i kontaktów społecznych dorastających dzieci została zastosowana w dwóch ostatnich rundach badań mokotowskich (2012–2016). Wyniki dla tej skali wskazują na to, że 15-latkowie z 2016 roku byli w wielu wymiarach baczniej monitorowani przez rodziców niż ich koledzy i koleżanki z 2012 roku. Wskazują na to porównania średnich dla pojedynczych pytań oraz dla całej skali. Siedem na dziewięć wymiarów rodzicielskiego monitorowania uzyskało w 2016 roku znacząco większą średnią niż w 2012 roku. Średnia dla całej skali była również znacząco wyższa w 2016 roku (tabela 6.11).

**Tabela 6.11.** Monitorowanie dorastających dzieci przez rodziców w latach 2012–2016

| | **Porownanie średnich (skala od „nigdy" = 1 do „zawsze" = 5)** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2012** ***N*** **= 916** | **2016** ***N*** **= 715** | ***t*** | ***p*** |
| a. Gdy mam zamiar wrócić do domu później niż zwykle, rodzice oczekują, że zadzwonię, by ich o tym uprzedzić | 4,20 | 4,30 | −2,07 | **0,038** |
| b. Przed wyjściem z domu mówię rodzicom, z kim mam się spotkać | 3,63 | 3,95 | −5,48 | **0,001** |
| c. Gdy wychodzę wieczorem, moi rodzice wiedzą, gdzie jestem | 4,02 | 4,23 | −3,85 | **0,001** |
| d. Moi rodzice uważają, że ważne jest, aby wiedzieć, kim są moi przyjaciele | 3,78 | 3,78 | 0,46 | 0,964 |
| e. Moi rodzice uważają, że ważne jest, aby wiedzieć, kim są rodzice moich przyjaciół | 2,64 | 2,57 | 1,15 | 0,251 |
| f. Moi rodzicie wiedzą, na co wydaję pieniądze | 3,26 | 3,43 | −2,73 | **0,006** |
| g. Rozmawiam ze swoimi rodzicami na temat moich wspólnych planów z przyjaciółmi | 3,06 | 3,20 | −2,21 | **0,027** |
| h. Gdy wychodzę, rodzice pytają, dokąd idę | 4,17 | 4,32 | −3,01 | **0,003** |
| i. Moi rodzicie wiedzą, co robię i gdzie przebywam po szkole | 3,66 | 3,79 | −2,41 | **0,016** |
| **Skala złożona z powyższych 9 itemów** | 3,61 | 3,73 | −3,03 | **0,002** |

Odsetek braków danych na to pytanie wahał się od 0,4 do 8,6%

**Tabela 6.12.** Porównanie wybranych elementów stylu życia i codziennych zajęć nastolatków ze względu na płeć; odsetek

| | 2004 | | 2008 | | 2012 | | 2016 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Dziewczęta $321 \leq N \leq 664$ | Chłopcy $318 \leq N \leq 673$ | Dziewczęta $502 \leq N \leq 567$ | Chłopcy $547 \leq N \leq 557$ | Dziewczęta $440 \leq N \leq 475$ | Chłopcy $445 \leq N \leq 449$ | Dziewczęta $333 \leq N \leq 343$ | Chłopcy $369 \leq N \leq 374$ |
| **Odrabianie lekcji przez 3 godz. lub więcej dziennie** | 28,1 | 14,8*** | 28,5 | 13,6*** | 17,0 | 9,8*** | 22,6 | 11,0*** |
| **Czytanie książek przez 3 godz. lub więcej dziennie** | 17,5 | 17,9 | 11,7 | 7,7* | 14,0 | 6,3*** | 11,1 | 4,8** |
| **Internet przez 3 godz. lub więcej dziennie** | 23,2 | 22,4 | 30,6 | 29,9 | 39,8 | 22,8*** | 52,6 | 36,4*** |
| **Gry komputerowe przez 3 godz. lub więcej dziennie** | 4,6 | 29,8*** | 3,9 | 29,5*** | 5,1 | 21,8*** | 2,9 | 23,1*** |
| **Sport zorganizowany ponad 3 godz. tygodniowo** | 26,5 | 37,5** | 12,2 | 26,0*** | 10,6 | 22,7*** | 16,9 | 24,6** |
| **Sport indywidualny ponad 3 godz. tygodniowo** | 16,6 | 24,9** | 12,6 | 22,5*** | 12,8 | 22,8*** | 16,6 | 24,9** |
| **Inne zajęcia pozalekcyjne ponad 3 godz. tygodniowo** | 19,0 | 21,4 | 21,2 | 11,4*** | 17,5 | 7,8*** | 21,0 | 12,4** |
| **Czas poza domem 3 godz. lub więcej dziennie** | 40,8 | 32,8** | 33,6 | 29,2 | 34,3 | 37,0 | 27,3 | 25,8 |
| **Wizyty w centrach handlowych ponad 3 godz. tygodniowo** | 18,2 | 8,7*** | 13,3 | 4,3*** | 8,5 | 2,4*** | 9,9 | 4,3** |
| **Wagary całodniowe przynajmniej 2–3 dni w ostatnich 4 tygodniach** | Brak danych | | 13,7 | 15,5 | 16,1 | 17,1 | 16,2 | 13,6 |

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$

## Podsumowanie i omówienie wyników

**Codzienne zajęcia wykonywane zwykle w domu.** Sposoby spędzania czasu współczesnej młodzieży są coraz mocniej związane z możliwościami, jakie tworzą i rozwijają nowoczesne technologie cyfrowe. Strony internetowe, aplikacje, portale społecznościowe, komunikatory, gry komputerowe stają się „naturalnym" środowiskiem rozwoju młodych ludzi, ich kontaktów społecznych, spraw życia codziennego, zdobywania wiedzy o świecie, rozrywki i zabawy. Nie dziwią więc dane, które wskazują, że wśród codziennych zajęć 15-letniej młodzieży z Wilanowa, Ursynowa i Mokotowa najwięcej czasu zajmowało korzystanie z Internetu oraz granie w gry komputerowe. Około 44% badanej młodzieży w 2016 roku przeznaczało na Internet 3 godziny dziennie lub więcej, a około 15% przez ponad 3 godziny dziennie grało w gry komputerowe. W tych ostatnich zajęciach zdecydowanie dominują chłopcy.

Rewolucja cyfrowa stwarza wspaniałe możliwości dla współczesnego pokolenia młodzieży. Dotyczą one między innymi zdobywania i wymiany informacji, edukacji, rozrywki, udziału w życiu społecznym i załatwiania wielu spraw życia codziennego. Niektórzy utrzymują nawet, że dorastanie w erze mediów elektronicznych może aktywnie wpływać na wzory percepcji świata oraz sposoby przyswajania informacji przez współczesną młodzież (Prenksy, 2001). Z drugiej strony nieumiarkowane korzystanie z komputera/Internetu może prowadzić do wielu negatywnych następstw zdrowotnych i rozwojowych (Pyżalski, 2012). Na podstawie badań zagranicznych szacuje się, że odsetek młodych ludzi nadużywających komputera/Internetu waha się od 1,5 do 11,6% (Kuss i wsp., 2013). W niniejszych badaniach mokotowskich stwierdzono, że około 12% uczniów jest zagrożonych z powodu Internetu, a 8% wyraźnie go nadużywa (Biechowska, rozdz. 7).

I choć pewnie niektórzy młodzi ludzie wykorzystują czas przeznaczony na Internet do nauki szkolnej, to jednak czas poświęcany na odrabianie lekcji pozostaje daleko z tyłu za czasem poświęcanym na nowe media. W 2016 roku około 16% młodzieży odrabiało lekcje przez 3 godziny dziennie lub więcej. Niewielka grupa młodzieży oddawała się w wolnym czasie czytelnictwu. Czytanie książek dla przyjemności zajmowało ostatnią pozycję wśród codziennych zajęć nastolatków (ok. 8% przez ponad 3 godziny dziennie). Również z profilu czasu wolnego nastolatków sporządzonego na podstawie badań J. Kurzępy z 2010 roku (cyt. za: Szafraniec, 2011) wynika, że czytanie książek pozostaje w tyle za oglądaniem telewizji, korzystaniem z Internetu i słuchaniem muzyki. Nowe media w coraz większy sposób wypierają z życia młodzieży tradycyjne formy spędzania wolnego czasu, w tym bardzo wartościowe czytanie książek dla przyjemności.

Większa grupa dziewcząt niż chłopców poświęcała 3 godziny dziennie na takie zajęcia, jak korzystanie z Internetu, odrabianie lekcji i czytanie książek dla przyjemności.

**Zorganizowane zajęcia w czasie wolnym.** Oferty konstruktywnego spędzania czasu są jedną z najbardziej popularnych form działań profilaktycznych i prorozwojowych oferowanych dzieciom i młodzieży. Cieszą się one niesłabnącym zainteresowaniem polityków i decydentów

różnego szczebla. Wiele szkół w Warszawie ma bogatą ofertę zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych. Ze względu na atrakcyjność sportu, sporo środków publicznych przeznaczonych na „profilaktykę alkoholową i narkotykową" inwestowanych jest w zorganizowane zajęcia sportowe dla dzieci i młodzieży. Dla wielu działaczy samorządowych, nauczycieli i specjalistów, aktywność sportowa jest jednym z najważniejszych instrumentów kształtowania charakterów młodych ludzi i profilaktyki zachowań problemowych/ryzykownych młodzieży (Łukowska, 2010).

Widać na podstawie wyników naszych badań mokotowskich, że w Warszawie ta polityka przekłada się na formy spędzania czasu wolnego przez młodzież. Wśród zajęć młodzieży, które miały zorganizowaną formę, w 2016 roku największą intensywnością wyróżniały się zajęcia sportowe: po około 21% uczniów regularnie uprawiało sport (3–7 godz. tygodniowo lub więcej), zarówno w formie zajęć zorganizowanych (np. w klubie), jak i indywidualnie (np. jazda na rowerze, na rolkach, bieganie, ćwiczenie na siłowni, zajęcia fitness itp.). Zajęcia te – jako główną aktywność podejmowaną w czasie wolnym przez osoby w wieku 15–30 lat – wymienia raport *Młodzi 2011* (Szafraniec, 2011). Sporym zainteresowaniem cieszyły się również inne zajęcia pozalekcyjne (artystyczne, językowe, tematyczne). Prawie 50% młodzieży uczestniczącej w ostatniej rundzie badań mokotowskich korzystała z takich form zajęć przynajmniej 1–2 godziny tygodniowo, a około 15% młodzieży uczestniczyła w tych zajęciach ponad 3 godziny w przeciętnym tygodniu. Tworzy to sprzyjające warunki do pozytywnego rozwoju młodzieży (Ostaszewski, 2014).

Ostatnia runda badań mokotowskich wskazuje, że wśród 15-latków uczestniczących w intensywnych zajęciach sportowych (zarówno grupowych, jak i indywidualnych) chłopcy mieli przewagę liczebną nad dziewczętami (ok. 25% chłopców i ok. 17% dziewcząt). Na mniejszą aktywność fizyczną dziewcząt w porównaniu z chłopcami wskazuje H. Nałęcz (2015), na podstawie wyników ogólnopolskiego badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). Co więcej, wskazuje ona, że różnice w aktywności fizycznej na niekorzyść dziewcząt pogłębiają się wraz z wiekiem. Z drugiej strony, wyniki badań mokotowskich ujawniają, że dziewczęta wyraźnie częściej niż chłopcy wybierają inne niż sportowe zajęcia pozalekcyjne (kursy języków obcych, zajęcia artystyczne, harcerstwo, kółka tematyczne).

**Niezorganizowane formy spędzania czasu wolnego.** Zbyt duża dowolność i brak struktury w spędzaniu czasu wolnego przez dorastającą młodzież nienajlepiej służą jej rozwojowi. Wiele badań dowodzi, że niezorganizowane formy spędzania czasu wolnego z kolegami i koleżankami sprzyjają podejmowaniu zachowań ryzykownych przez młodzież (Bobrowski, 2007; Barnes i wsp., 2007). Dlatego bardzo interesujące na tym tle są wyniki ostatniej rundy badań mokotowskich, które wskazują, że w 2016 roku o 10 punktów procentowych zmniejszyła się grupa 15-latków, którzy spędzają poza domem (na podwórku, osiedlu, na mieście) ponad 3 godziny dziennie, poświęcając ten czas na zajęcia niemające zorganizowanej formy. Nie wiemy dokładnie, jakie czynniki wpłynęły na tę zmianę. Możemy tylko przypuszczać, że stoją za tym zmiany cywilizacyjne, a tym przede wszystkim rewolucja cyfrowa, która przestrzeń

podwórka zamieniła w cyberprzestrzeń. Na ograniczenie czasu spędzanego poza domem może mieć także wpływ atmosfera zmniejszającego się poczucia bezpieczeństwa. Jeszcze do niedawna młodzież spędzająca czas na podwórku była w miarę bezpieczna i zawsze ktoś z dorosłych z sąsiedztwa miał ją na oku. Dzisiaj nikt nie zagwarantuje jej bezpieczeństwa. Rodzice sprzyjają więc takim rozwiązaniom, które zatrzymują nastoletnie dzieci w domu.

Miejscem często uczęszczanym przez 15-letnią młodzież były również centra handlowe: niemal 80% badanych nastolatków spędzało w nich przynajmniej godzinę w tygodniu. Badane dziewczęta istotnie częściej niż chłopcy przebywały w centrach handlowych ponad 3 godziny tygodniowo, z kolei istotnie większy odsetek chłopców spędzał średnio 3 godziny dziennie lub więcej poza domem. Pośrednio o tych rodzicielskich obawach świadczą zmiany dotyczące monitorowania. Rodzice baczniej obserwują i monitorują swoje dorastające dzieci. Prawdopodobnie z powodu mniejszego poczucia bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej. Zaobserwowane zmiany w sposobie spędzania czasu wolnego przez badaną młodzież, wskazują na pewne ograniczenie czynników ryzyka zachowań problemowych młodzieży (np. czas spędzany poza domem) oraz wzmocnienie się czynników chroniących (zajęcia pozalekcyjne i monitorowanie). Te zmiany mogą wyjaśniać obserwowany w ostatniej rundzie badań mokotowskich spadek rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród 15-letnich uczniów gimnazjów (Ostaszewski, rozdz. 2 oraz Okulicz-Kozaryn i Borucka, rozdz. 3).

## Piśmiennictwo


1. Barnes G., Hoffman J., Welte J., Farrell M., Dintcheff B. Adolescents' time use: effects on substance use, delinquency and sexual activity, Journal of Youth and Adolescence 2007; 36: 697–710.
2. Bobrowski K. Czas wolny a zachowania ryzykowne młodzieży. Alkoholizm i Narkomania 2007; 20(3): 267–287.
3. Bobrowski K., Pisarska A., Ostaszewski K. Rekomendacje narzędzi do oceny zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży do dalszego stosowania w badaniach mokotowskich oraz w innych badaniach ankietowych młodzieży szkolnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2007.
4. Bryant A.L., Zimmerman M. Examining the effects of academic beliefs and behaviors on changes in substance use among urban adolescents. Journal of Educational Psychology 2002; 94: 621–637.
5. Darling, N. Participation in extracurricular activities and adolescent adjustment: crossectional and longitudinal findings. Journal of Youth and Adolescence 2005; 34(5): 493–505.
6. Eccels, J., Barber B., Stone M., Hunt J. (2003). Extracurricular activities and adolescent development, *Journal of Social Issues*, 59(4), 865–889.

7. Flint Adolescent Study Questionnaire School of Public Health, University of Michigan. Ann Arbor 1997.
8. Hansen D., Larson R., Dworkin J. What adolescents learn in organized youth activities: a survey of self-reported developmental experiences. Journal of Research on Adolescence 2003; 13(1): 25–55.
9. Kuss D.J., van Rooij A.J., Shorter G.W., Griffiths M.D., van de Mheen D. Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. Computers in Human Behavior 2013; 29: 1987–1996.
10. Łukowska K. Profilaktyka w praktyce czy praktyka w profilaktyce? Świat Problemów 2010; 1(204):, 5–10.
11. Mahoney, J., Harris, A., Eccles, J. Organized activity participation, positive youth development, and the over-scheduling hypothesis. Social Policy Report 2006; 20: 3–32.
12. Maton K. Meaningful Involvement in Instrumental Activity and Well-Being: Studies of Older Adolescents and At Risk Urban Teen-Agers. American Journal of Community Psychology 1990; 18(2): 297–320.
13. Nałęcz H. Aktywność fizyczna. w: Mazur J. (red.) Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015; 119–125.
14. Ostaszewski K. Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience. Instytut Psychiatrii i Neurologii; Warszawa 2014.
15. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Adaptacja skal do pomiaru czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z rozwojem zachowań problemowych oraz do pomiaru zachowań problemowych. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006, Maszynopis.
16. Prenksy M. Digital natives, digital imigrants, Part 1. On the Horizon 2001; 9(5): 1–6.
17. Pyżalski J. Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży. Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2012.
18. Rose-Krasnor L., Busseri M., Willoughby T., Chalmers H. Breadth and intensity of youth activity involvement as contexts for positive development. Journal of Youth and Adolescence 2006; 35(3): 385–499.
19. Szafraniec K. Młodzi 2011. Raport Zespołu Seminaryjnego, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2011.

# Rozdział 7 Wzory korzystania z Internetu

**Daria Biechowska**

**Streszczenie**

**Cel badań.** Celem badań było scharakteryzowanie problemów związanych z dysfunkcyjnym korzystaniem z Internetu przez 15-letnią młodzież oraz porównanie wyników badań z podobnym badaniem przeprowadzonym w 2012 roku.
**Metoda.** Wzorce korzystania przez młodzież gimnazjalną z Internetu określono na podstawie skróconej wersji skali do oceny uzależnienia od Internetu stworzonej przez Kimberly Young.
**Wyniki.** Wyniki wskazują, że 20% badanych uczniów prezentuje dysfunkcyjny wzorzec korzystania z Internetu. Oszacowano, że około 60% badanych uczniów przebywa w sieci dłużej niż 3 godziny w ciągu dnia, przy czym bardziej zaangażowane w dysfunkcyjną aktywność internetową są dziewczęta. W porównaniu z 2012 rokiem młodzież w 2016 roku spędza w Internecie więcej czasu, przy czym mniej zbadanych osób prezentuje dysfunkcyjny sposób korzystania z sieci.
**Wnioski.** Dłuższy czas spędzany przez młodzież w Internecie oraz bardziej funkcjonalne wzorce korzystania z niego zaobserwowane w badaniu w roku 2016 prawdopodobnie wskazują, że to medium stało się narzędziem wykorzystywanym przez badanych między innymi w procesie edukacji.

## Wprowadzenie

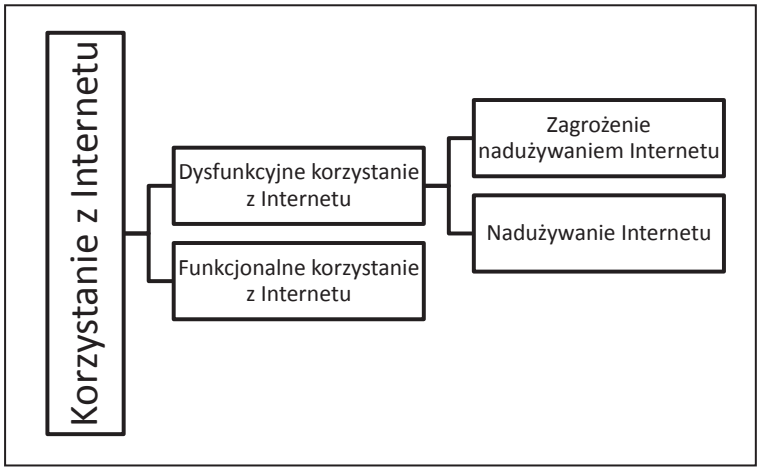
W środowisku specjalistów od uzależnień brakuje zgody co do terminologii stosowanej w odniesieniu do „uzależnienia" od Internetu. Psychiatrzy i psychologowie kliniczni dość sceptycznie traktują wiele aspektów problemowego użytkowania Internetu. Tymczasem w przekazach medialnych gwałtownie rośnie zaniepokojenie negatywnymi skutkami korzystania z Internetu. Coraz częściej zjawisko nadmiernego korzystania z sieci określa się jako „uzależnienie od Internetu". „Uzależnienie od Internetu" jest terminem kłopotliwym nie tylko ze względu na pejoratywną konotację, ale także dlatego, że nie ma dowodów, iż jest to rzeczywiście zaburzenie o charakterze uzależnienia. Problem zaczyna się od terminologii zaczerpniętej z dziedziny problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Osoba uzależniona od alkoholu lub narkotyków ma charakterystyczne cechy rozpoznawane przez klinicystów. Rozwija zwiększoną tolerancję na substancję psychoaktywną i, kiedy ją odstawia, ma zespół abstynencyjny.

W piśmiennictwie proponowane są różne nazwy tego zjawiska, na przykład „patologiczne użytkowanie mediów elektronicznych" lub siecioholizm, lecz termin „uzależnienie od Internetu" dominuje w literaturze (za: Starcevic, 2010). Porządek terminologiczny powinien iść w parze z klarownością pojęć. Borykanie się z terminologią wynika częściowo z braku precyzji w opisywaniu kluczowych cech problemowego korzystania z Internetu. Proponowano kilka cech, lecz zakresy znaczeniowe wielu z nich częściowo się pokrywają, sprowadzając się do dwóch podstawowych właściwości. Pierwsza dotyczy intensywności korzystania z Internetu określanej jako nadmierne lub kompulsywne korzystanie oraz związane z zaabsorbowaniem i utratą kontroli nad użytkowaniem Internetu. Druga właściwość odnosi się do różnych negatywnych konsekwencji poświęcania zbyt wiele czasu Internetowi, takich jak zaniedbywanie życia towarzyskiego, relacji międzyludzkich, zdrowia, obowiązków w pracy lub w szkole, oraz szkodliwe zmiany nawyków w zakresie snu i odżywiania się (Starcevic, 2010).

Jeśli arbitralnie przyjmiemy termin „uzależnienie od Internetu", to w sposób nieuprawniony poszerzamy znaczenie terminu „uzależnienie". Lepiej zachować ostrożność i posługiwać się terminami opisowymi i „neutralnymi", takimi jak problemowe czy dysfunkcyjne użytkowanie Internetu. W związku z tym w niniejszym rozdziale problem nadużywania Internetu jest określany jako „dysfunkcyjne korzystanie z Internetu".

W niniejszym opracowaniu używa się poniższych terminów w następujących znaczeniach:

- Funkcjonalne korzystanie z Internetu – oznacza kontrolowane korzystanie z Internetu bez powodowania niekorzystnych następstw dla zdrowia i relacji społecznych.
- Nadużywanie Internetu – zachowanie charakteryzujące się utratą kontroli nad korzystaniem z Internetu. Może prowadzić do izolacji oraz zaniedbywania różnych form aktywności społecznej, nauki, aktywnego wypoczynku, higieny osobistej oraz zdrowia.
- Dysfunkcyjne korzystanie z Internetu – termin szerszy niż nadużywanie Internetu. Obejmuje zarówno nadużywanie Internetu, jak i zagrożenie nadużywaniem (tj. przejawianie tylko niektórych objawów). Wzajemne powiązania pomiędzy dysfunkcyjnym korzystaniem z Internetu a objawami zagrożenia i nadużywania Internetu przedstawia rycina 7.1.




**Rycina 7.1.** Wzorce korzystania z Internetu

W ostatnich latach problem dysfunkcyjnego korzystania z Internetu staje się coraz poważniejszy i wymaga szybkiej reakcji rodziców, opiekunów i pedagogów. Z ostatniego badania *EU Kids Online* przeprowadzonego wśród dzieci z 25 państw Europy wynika, że niedojadanie lub niedosypianie z powodu surfowania po sieci deklaruje prawie 20% polskich nastolatków (Kirwił, 2011). Ponad 30% młodzieży, kiedy nie ma dostępu do Internetu, odczuwa dyskomfort, a 35% przyznaje, że Internet ma niekorzystny wpływ na ich relacje z rodziną lub przyjaciółmi (Dembińska, Ochnik, 2014). Nadmierne korzystanie z Internetu przez dzieci ma również ogromny wpływ na ich rozwój emocjonalny oraz społeczny.

Celem badań opisanych w niniejszym rozdziale było przede wszystkim scharakteryzowanie problemów związanych z dysfunkcyjnym korzystaniem z Internetu przez młodzież oraz porównanie wyników badań z podobnym badaniem przeprowadzonym w 2012 roku (Biechowska, 2013).

## Narzędzia i wskaźniki

### *Narzędzia badawcze*

W badaniu wykorzystano skróconą wersję skali Kimberly Young składającą się z 8 pytań (Young, 1998; 1999). Poszczególne pytania autorka sformułowała opierając się na kryteriach patologicznego hazardu. W celu określenia wzorów korzystania z Internetu przez młodzież gimnazjalną wykorzystano poszczególne pytania tej skali, które dotyczą kluczowych ośmiu zachowań związanych z dysfunkcyjnym korzystaniem z Internetu. Te objawy to:

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

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

### *Czas spędzany w ciągu dnia w Internecie*

Na potrzeby analiz statystycznych wybrano następujące przedziały czasu spędzanego w Internecie w ciągu dnia.

- mało czasu – mniej niż jedna godzina dziennie,
- przeciętna ilość czasu – 1–3 godziny dziennie,
- duża ilość czasu – 3–5 godzin dziennie,
- bardzo duża ilość czasu – ponad 5 godzin dziennie.

### *Wzory korzystania z Internetu*

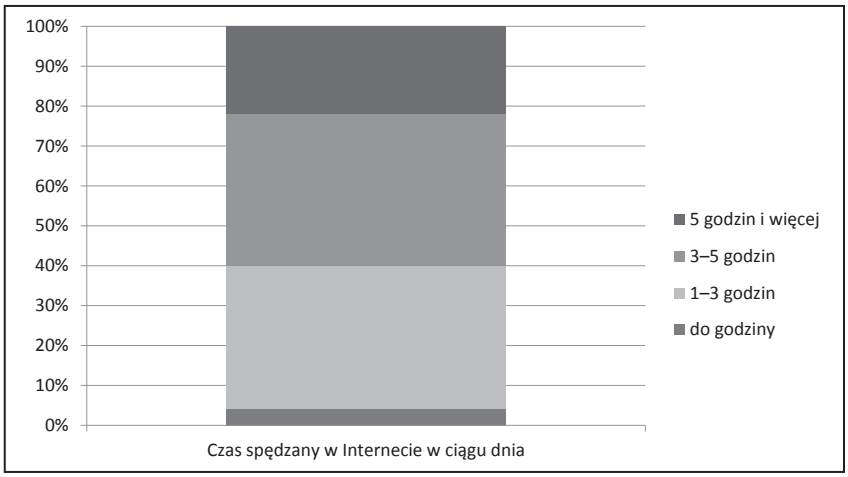
Celem analiz statystycznych było opisanie specyficznych wzorców korzystania z Internetu u badanych osób. Przeprowadzono więc analizę profilową aktywności w sieci. Na wstępie obliczono wynik ogólny dla skali, następnie dokonano jego transformacji poprzez wyrażenie na skali standardowej. Przekształcenia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

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

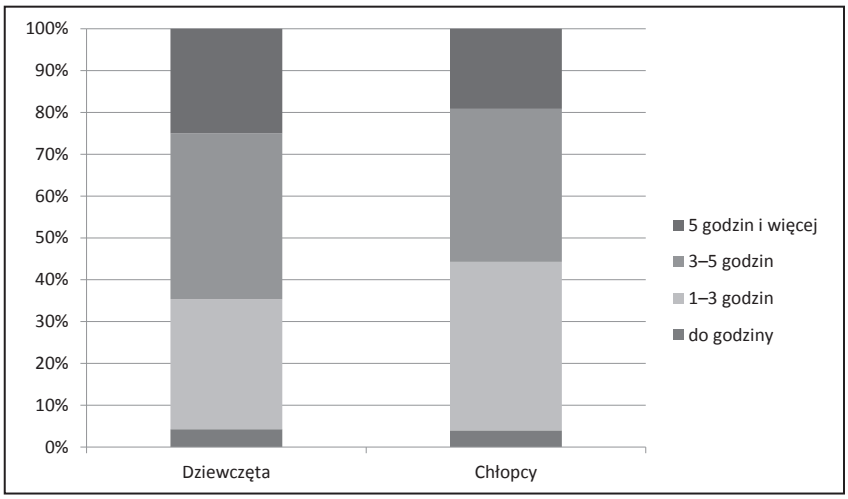
## Wyniki

### *Czas spędzany w ciągu dnia w Internecie*

Wyniki wskazują, że tylko 4% uczniów gimnazjum spędza w Internecie mniej niż godzinę dziennie, 36% badanych poświęca na przebywanie w sieci od 1 do 3 godzin dzienne, 38% uczniów deklaruje, że używa Internetu dłużej niż 3, ale mniej niż 5 godzin w ciągu dnia, natomiast aż 22% spędza w Internecie ponad 5 godzin dziennie (rycina 7.2). Ponad 90% badanych dziewcząt i chłopców w wieku 15 lat korzysta średnio z Internetu więcej niż godzinę dziennie (ryciny 7.2 i 7.3).




**Rycina 7.2.** Czas spędzany przez 15-letnią młodzież w Internecie w ciągu przeciętnego dnia



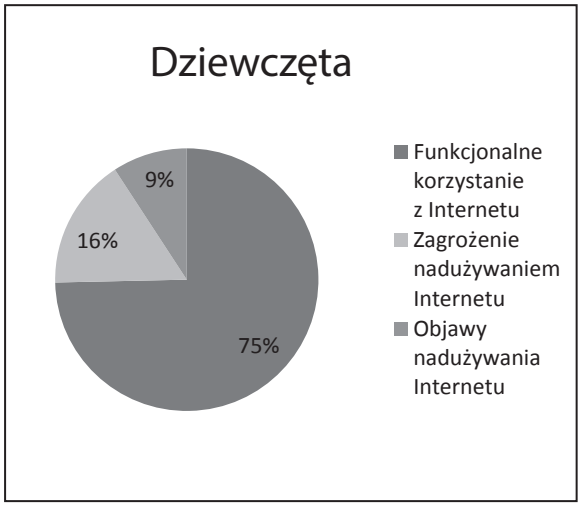

**Rycina 7.3.** Czas spędzany przez 15-letnią młodzież w Internecie w ciągu przeciętnego dnia w podziale ze względu na płeć

## *Dysfunkcyjne korzystanie z Internetu*

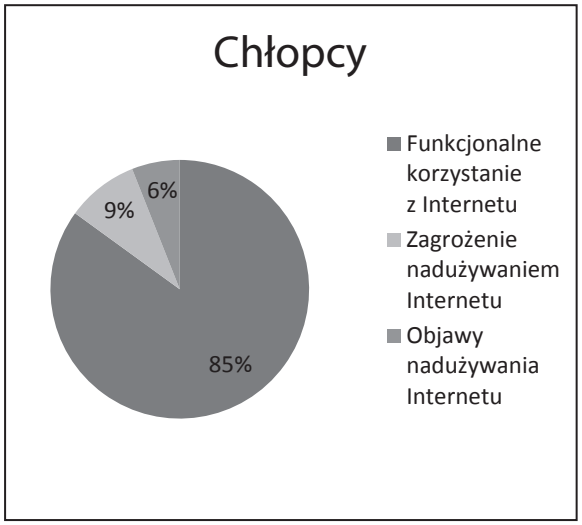
Wyniki badań wskazują, że 20% zbadanych nastolatków prezentuje dysfunkcyjny sposób korzystania z Internetu. Więcej dziewcząt (26%) niż chłopców (15%), $p < 0{,}044$, w ten sposób korzysta z Internetu. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1 oraz na rycinach 7.4 i 7.5.

**Tabela 7.1.** Korzystanie z Internetu ze względu na płeć – liczba osób, liczby bezwzględne

| | | Dziewczęta | Chłopcy | Razem |
|---|---|---|---|---|
| **Funkcjonalne korzystanie z Internetu** | | 268 | 339 | 607 (80%) |
| **Dysfunkcyjny sposób korzystania z Internetu** | **Zagrożenie nadużywaniem Internetu** | 58 | 34 | 92 (12%) |
| | **Objawy nadużywania Internetu** | 33 | 23 | 56 (8%) |
| | **Razem** | **359** | **396** | **755 (100%)** |




**Rycina 7.4.** Wzorce korzystania z Internetu przez dziewczęta – odsetek




**Rycina 7.5.** Wzorce korzystania z Internetu przez chłopców – odsetek

## *Problemy związane z Internetem: różnice ze względu na płeć*

Następnie przeanalizowano odpowiedzi na poszczególne pytania związane z korzystaniem z Internetu. Przy każdym z pytań zamieszczono 4-punktową skalę odpowiedzi (1 – Nie, 2 – Raczej nie, 3 – Raczej tak, 4 – Tak). Do analizy różnic w średnich dla dziewcząt i chłopców wykorzystano test t-Studenta. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 7.2.

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

**Tabela 7.2.** Doświadczenia związane z korzystaniem z Internetu. Różnice ze względu na płeć

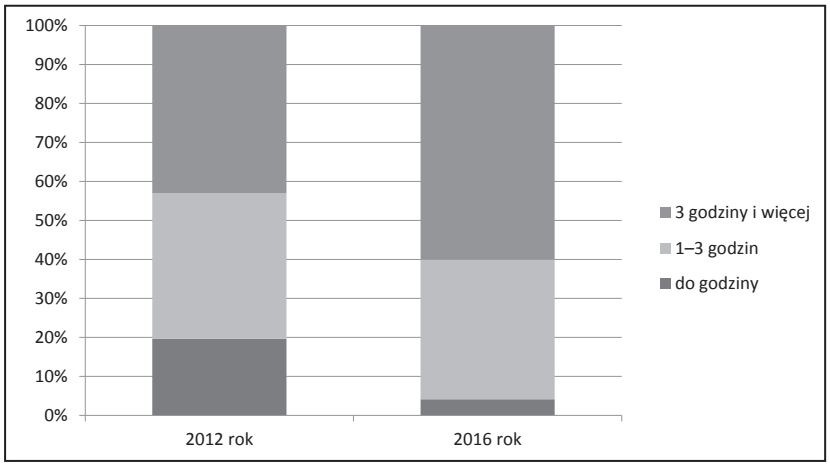
| | Porównanie średnich (skala 1–4) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Dziewczęta** | **Chłopcy** | ***t*** | ***p*** |
| Czy czujesz się zaabsorbowany Internetem, kiedy nie jesteś w sieci lub marzysz o przebywaniu w sieci? | 2,09 | 1,94 | −1,78 | 0,075 |
| Czy czujesz potrzebę spędzania coraz więcej czasu w sieci? | 2,03 | 1,82 | −2,76 | 0,006 |
| Czy nieskutecznie próbujesz zmniejszyć ilość czasu spędzanego w sieci? | 2,05 | 1,83 | −2,43 | 0,015 |
| Czy czujesz się niespokojny, zdenerwowany albo przygnębiony, gdy próbujesz ograniczać czas spędzany w Internecie lub przestać z niego korzystać? | 1,74 | 1,58 | −2,05 | 0,041 |
| Czy zdarza Ci się korzystać z Internetu dłużej niż zamierzałeś? | 2,80 | 2,49 | −2,97 | 0,003 |
| Czy czas spędzany w sieci negatywnie wpływa na Twoją rodzinę, znajomych, oceny lub pracę w szkole? | 1,42 | 1,50 | 1,12 | 0,261 |
| Czy próbujesz ukrywać, jak długo byłeś w sieci? | 1,79 | 1,69 | −1,19 | 0,232 |
| Czy używasz Internetu jako sposobu na ucieczkę od problemów lub sposobu na pogorszony nastrój? | 2,47 | 2,07 | −3,84 | 0,000 |

## *Porównania wyników badań przeprowadzonych w 2012 i 2016 roku*

Kolejnym etapem analiz statystycznych było porównanie wyników analogicznego badania przeprowadzonego w 2012 roku z danymi z roku 2016.

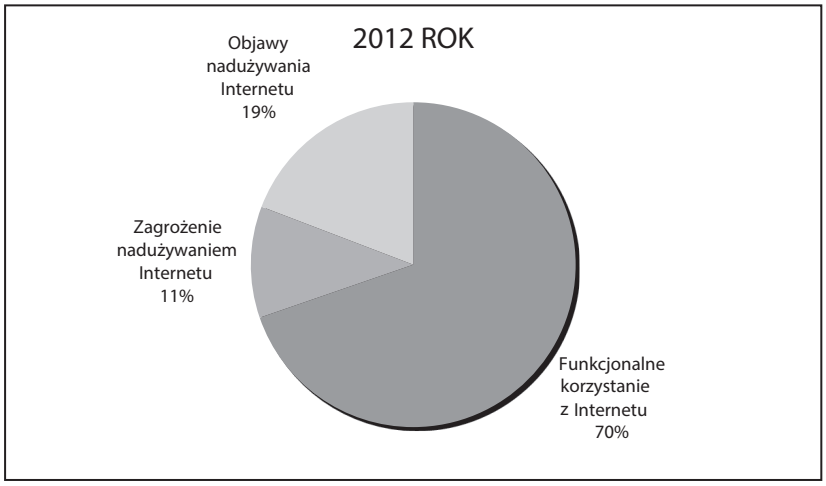
### Czas spędzany w ciągu dnia w Internecie

Na przestrzeni czterech lat, czyli między 2012 a 2016 rokiem, znacząco wzrósł czas spędzany przez młodzież w Internecie ze średnio 2 godzin dziennie do ponad 4 ($t = -6{,}5$, $p < 0{,}0001$).

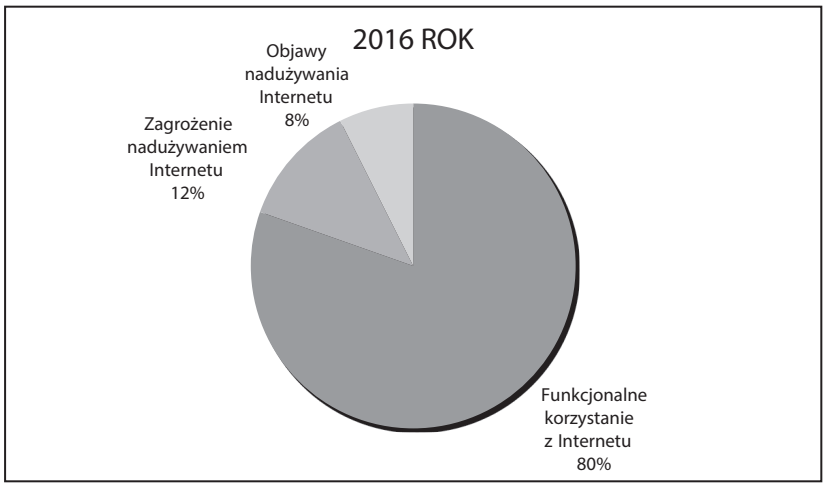



**Rycina 7.6.** Czas spędzany przez 15-letnią młodzież w Internecie w ciągu przeciętnego dnia w 2012 i 2016 roku

Co interesujące, zmieniły się również wzorce korzystania z Internetu, bowiem w 2016 roku mniej nastolatków prezentowało dysfunkcyjny sposób korzystania z Internetu (20%) niż w badaniu z 2012 roku (30%). Szczegółowe dane przedstawiono na rycinach poniżej.




**Rycina 7.7.** Wzorce korzystania z Internetu przez młodzież w 2012 roku




**Rycina 7.8.** Wzorce korzystania z Internetu przez młodzież w 2016 roku

### Problemy związane z Internetem: różnice między badaniem w 2012 i 2016 roku

Kolejnym etapem analiz wyników było przeanalizowanie odpowiedzi na poszczególne pytania związane z korzystaniem z Internetu. Przy każdym z pytań zamieszczono 4-punktową skalę odpowiedzi (1 – Nie, 2 – Raczej nie, 3 – Raczej tak, 4 – Tak). Do analizy różnic w średnich dla młodzieży w badaniu z 2012 roku i 2016 roku wykorzystano test t-Studenta. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 7.3.

W porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2012 roku młodzież gimnazjalna zbadana w 2016 roku znacząco częściej podkreśla, że jest zaabsorbowana Internetem, czuje potrzebę spędzania więcej czasu w sieci, nieskutecznie próbuje zmniejszać ilość tego czasu. Nastolatki badane w 2016 roku częściej czują się zdenerwowane lub przygnębione z powodu ograniczania czasu w Internecie oraz częściej niż młodzież zbadana w 2012 roku używają Internetu jako sposobu na ucieczkę od problemów czy pogorszonego nastroju. W badaniu przeprowadzonym w 2016 roku w porównaniu z tym z 2012 roku zaobserwowano dwie pozytywne zmiany – w 2016 roku młodzież rzadziej niż w 2012 roku ocenia, że korzysta z Internetu dłużej niż zamierzała, oraz nie podaje, żeby czas spędzany w sieci negatywnie wpływał na rodzinę, znajomych, oceny lub pracę w szkole.

**Tabela 7.3.** Doświadczenia związane z korzystaniem z Internetu. Różnice na przestrzeni 2012 i 2016 roku

| | Porównanie średnich (skala 1–4) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2012** | **2016** | ***t*** | ***p*** |
| Czy czujesz się zaabsorbowany Internetem, kiedy nie jesteś w sieci lub marzysz o przebywaniu w sieci? | 1,50 | 2,01 | −11,65 | 0,000 |
| Czy czujesz potrzebę spędzania coraz więcej czasu w sieci? | 1,44 | 1,92 | −11,51 | 0,000 |
| Czy nieskutecznie próbujesz zmniejszyć ilość czasu spędzanego w sieci? | 1,49 | 1,93 | −8,91 | 0,000 |
| Czy czujesz się niespokojny, zdenerwowany albo przygnębiony, gdy próbujesz ograniczać czas spędzany w Internecie lub przestać z niego korzystać? | 1,33 | 1,66 | −7,84 | 0,000 |
| Czy zdarza Ci się korzystać z Internetu dłużej niż zamierzałeś? | 2,77 | 2,63 | 2,16 | 0,030 |
| Czy czas spędzany w sieci negatywnie wpływa na Twoją rodzinę, znajomych, oceny lub pracę w szkole? | 1,61 | 1,46 | 3,66 | 0,000 |
| Czy próbujesz ukrywać, jak długo byłeś w sieci? | 1,32 | 1,74 | −9,21 | 0,000 |
| Czy używasz Internetu jako sposobu na ucieczkę od problemów lub sposobu na pogorszony nastrój? | 1,66 | 2,26 | −10,29 | 0,000 |

## Podsumowanie

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

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

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

Można powiedzieć, że młodzież na skutek szybkiego postępu technologicznego coraz bardziej ulega pokusie posiadania coraz nowocześniejszych środków komunikacji, z kolei łatwość dostępu do sieci oraz szeroki zakres oferowanych w niej usług może mieć wpływ na nadużywanie Internetu.

W badaniu przeprowadzonym w 2016 roku zmniejszyła się liczba uczniów prezentujących dysfunkcyjny wzorzec korzystania z Internetu. Jednak w porównaniu z badaniami z 2012 roku liczba nastolatków, która przebywa w sieci ponad 3 godziny dziennie, zwiększyła się z 40 do ponad 60%. Wyniki są zbieżne z badaniami przeprowadzonymi wśród śląskiej młodzieży (Warzecha, 2016).

Wyniki niniejszego badania korespondują z wynikami badań dotyczącymi spędzania czasu wolnego przez młodzież przedstawionymi w poprzednim rozdziale (por. Ostaszewski, rozdział 6), zgodnie z którymi Internet stanowi najczęstszą aktywność domową młodych osób.

Przeprowadzone badania pokazują raczej optymistyczny obraz korzystania z Internetu przez młodzież, a przynajmniej relatywizują nadmiernie stereotypowy wizerunek nastolatka spędzającego cały dzień przed komputerem. Pomimo spędzania w Internecie coraz dłuższego czasu, wzorce użytkowania Internetu przez młodzież są raczej funkcjonalne. Należy skupić się na właściwym przygotowaniu dzieci i młodzieży do korzystania z tego medium. Ważne jest, aby dziecko umiało oceniać docierające do niego informacje, a tym samym dokonywać selekcji źródeł informacji. To od rodziców i nauczycieli zależy czy nauczą młodych ludzi czerpania z dobrodziejstw Sieci w sposób właściwy. Środki zaradcze tkwią nie w dydaktyce i programach nauczania, ale we wspieraniu rozwoju takich cech osobowości i standardów psychomotorycznych, które mogą stanowić naturalną ochronę przed zagrożeniami z Internetu.

Jak wskazują przeprowadzone badania, dominującą grupę użytkowników Internetu stanowią osoby wykorzystujące to medium prawidłowo. Stanowi ono dla nich nowe techniczne udogodnienie, pomagające w zdobywaniu wiedzy i poszerzaniu horyzontów myślowych.

## Piśmiennictwo

1. Biechowska D. Dysfunkcyjne korzystanie z Internetu. w: K. Ostaszewski, K. Bobrowski, A. Borucka, K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, J. Raduj, D. Biechowska (red.) Monitorowanie

zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2013.
2. Dembińska A., Ochnik D. Use of Internet and its Addictive risk among Polish students – comparative analysis over a seven-year period. Polish Journal of Applied Psychology 2014; 12(4): 53–68.
3. Kirwił L. Polskie dzieci w Internecie. Zagrożenia i bezpieczeństwo – część 2. Częściowy raport z badań EU Kids Online II przeprowadzonych wśród dzieci w wieku 9–16 lat i ich rodziców. SWPS – EU Kids Online – PL, Warszawa 2011.
4. Majchrzak P. Wybrane aspekty patologicznego użytkowania Internetu. w: A. Chudzik (red.) Współczesne zagrożenia rozwojowe dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2008; 93–105.
5. Makaruk K., Wójcik S. (red.). EU NET ADB – Badanie nadużywania Internetu przez młodzież w Polsce i Europie. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2012.
6. Sokołowski, M. (red.). Oblicza Internetu. Internet w przestrzeni komunikacyjnej XXI wieku. Wydawnictwo PWSZ, Elbląg 2006.
7. Starcevic V. Problemowe użytkowanie Internetu: odrębne zaburzenie, przejaw głębszej psychopatologii, czy niepożądane zachowanie? Postępy Psychiatrii i Neurologii 2010; 19(4): 255–256.
8. Warzecha K. Statystyczna analiza aktywności internetowej śląskiej młodzieży w kontekście uzależnienia od Internetu. Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach 2016; 264: 75–96.
9. Young K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder, CyberPsychology Behavior 1998; 1(3): 237–244.
10. Young K. S. Internet addiction: symptoms, evaluation, and treatment, Innovation in clinical practice: a source book. Professional Resource Press, Sarasota 1999.

# Rozdział 8 Zachowania ryzykowne i zaburzenia zdrowia psychicznego młodzieży we Lwowie, Drohobyczu i w powiecie drohobyckim

**Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Svitlana Shchudlo, Larysa Klymanska, Halyna Herasym, Olha Herus, Viktor Savka, Iryna Mirchuk**

**Streszczenie**

**Okres badań.** Badania w województwie lwowskim zrealizowano jesienią 2016 roku, w tym samym czasie co badania mokotowskie w Warszawie. W badaniach zastosowano też procedurę analogiczną do badań mokotowskich (średni wiek respondentów – 15 lat, losowy dobór klas, sposób zbierania i analizy danych). W badaniach wzięło udział 1801 uczniów, w tym 1246 ze Lwowa (50% dziewcząt), 307 z Drohobycza (48% dziewcząt) i 248 z wiejskich rejonów powiatu drohobyckiego (48% dziewcząt).
**Narzędzia.** Podstawowym narzędziem badawczym była ankieta od wielu lat wykorzystywana w badaniach mokotowskich, która została przetłumaczona na język ukraiński oraz sprawdzona w badaniach pilotażowych.
**Wyniki.** W województwie lwowskim częste picie alkoholu jest bardziej rozpowszechnione niż w Warszawie (odsetek pijących w ciągu ostatnich 30 dni wynosi odpowiednio 38% i 28%). Natomiast używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych, palenie papierosów oraz rozpowszechnienie symptomów depresji i niskiej samooceny zdrowia psychicznego są bardziej rozpowszechnione wśród uczniów z Warszawy niż województwa lwowskiego. W obu próbach (polskiej i ukraińskiej) dziewczęta znacznie częściej niż chłopcy doświadczają problemów ze zdrowiem psychicznym. Popularność pozostałych zachowań ryzykownych (przemocy, cyberprzemocy, wykroczeń, udziału w grach hazardowych, dysfunkcyjnego korzystania z Internetu) jest podobna w obu krajach.
**Wnioski.** Wyniki badania wskazują na potrzebę rozwijania w województwie lwowskim działań profilaktycznych i interwencyjnych, w szczególności mających na celu ograniczenie spożycia alkoholu i wspieranie zdrowia psychicznego młodzieży. Szczególną uwagę należy poświęcić rozwojowi programów edukacyjnych ukierunkowanych na specyficzne potrzeby dorastających dziewcząt.

## Wprowadzenie

W czasach Związku Radzieckiego kwestie związane z używaniem substancji psychoaktywnych były traktowane jako problem medyczny lub prawny. Działania zaradcze ograniczały się do leczenia osób uzależnionych, karania lub/i izolowania użytkowników tych substancji od „zdrowego" społeczeństwa. Jednym z ostatnich przykładów takiej strategii

była kampania antyalkoholowa z okresu „pieriestrojki" Michaiła Gorbaczowa (Tregubova, 2016). Jej celem było propagowanie abstynencji, w tym wesel i zabaw bezalkoholowych, ograniczenie dostępności alkoholu, zwiększenie kar za pijaństwo w miejscach publicznych i systematyczne ograniczanie produkcji wódki (co roku o 10% mniej). Efekty wdrażania tej kampanii w republikach dawnego Związku Radzieckiego były tragiczne – ponad 11 tysięcy osób zmarło z powodu zatrucia samogonem, a liczba uzależnionych od narkotyków w ciągu dwóch lat (1985–1987) się podwoiła. Poza tym zniszczono ponad 80 tysięcy hektarów winnic, wzrosła spekulacja dotycząca napojów alkoholowych i produkcja samogonu (Antialkogol'na kampaniya, 2017).

Odzyskanie niepodległości przez Ukrainę przyczyniło się do przyjęcia w latach 90. XX wieku nowego modelu rozwiązywania problemów alkoholowych i narkotykowych. Został on oparty na koncepcji uzależnienia jako problemu biopsychospołecznego. Jednocześnie rozpoczął się proces odchodzenia od nieskutecznych strategii medyczno-restrykcyjnych. Oznaczało to przede wszystkim włączenie do działań diagnostycznych, profilaktycznych i leczniczych specjalistów w dziedzinie nauk społecznych i psychologii. Zaczęły się rozwijać badania dotyczące używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży i w populacji ogólnej oraz poszukiwania skutecznych strategii profilaktycznych i terapeutycznych (Nacional'nij zvit, 2016). W 2013 roku Rada Ministrów Ukrainy przyjęła uchwałę w sprawie polityki narkotykowej do 2020 roku opartą na zintegrowanym i zrównoważonym podejściu do problemu, w celu ograniczenia podaży i popytu na środki psychoaktywne. Wśród zaplanowanych zadań wymieniono działania profilaktyczne adresowane do dzieci, młodzieży i rodziców oraz prowadzenie badań naukowych dotyczących społecznych determinantów i innych czynników zwiększających ryzyko używania substancji psychoaktywnych przez dorastających (*Strategiya derzhavnoi polityki*, 2013).

Jednak proces transformacji i kształtowania współczesnej Ukrainy oraz jej powrotu do grona europejskich narodów wiąże się z szeregiem poważnych problemów i przeciwieństw. Z jednej strony, tworzą się warunki do rozwoju wolnego i aktywnego społeczeństwa, zdolnego do dalszych reform demokratycznych i tworzenia społeczeństwa obywatelskiego. Z drugiej strony, poszerzenie demokratycznych wolności w warunkach niestabilnego państwa i chronicznych kryzysów prowadzi do powstawania nowych niebezpieczeństw dla pojedynczych obywateli i dla całego społeczeństwa. Zaliczają się do nich niekorzystne trendy dotyczące zdrowia publicznego, a zwłaszcza skrócenie średniej oczekiwanej długości życia na Ukrainie i wzrost poziomu przedwczesnej umieralności (Lyubinec', 2010). Ponad 40% zgonów wśród mężczyzn i ponad 22% wśród kobiet jest związana z piciem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych (Levchuk, 2009). Poważnym problemem jest przy tym młody wiek osób uzależnionych od alkoholu. Szacuje się, że na Ukrainie co czwarty uzależniony ma mniej niż 35 lat (Vievs'kij, 2011), a 22% uczniów szkół średnich i studentów pije alkohol przynajmniej raz w tygodniu (Tabachnikov, 2012).

Wyniki badań ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drug*s), prowadzonych na Ukrainie od 1995 roku wskazują, że chociaż od 2003 roku maleje odsetek młodzieży,

która przynajmniej raz w ostatnim miesiącu paliła papierosy, to jednak jest on nadal wysoki (w 2015 roku 13% dziewcząt i 26% chłopców). Odsetek nastolatków pijących regularnie alkohol (w ciągu 30 dni przed badaniem) między 2007 a 2015 rokiem zmalał z 60 do 42%. Natomiast odsetek regularnych użytkowników marihuany lub haszyszu od 1995 do 2015 roku pozostaje na stałym poziomie 3–5% (Balakireva i wsp., 2015).

Na wschodzie Ukrainy, w Charkowie, również od 1995 roku, co roku, prowadzone są badania dotyczące używania narkotyków, picia alkoholu i palenia tytoniu przez młodzież kończącą naukę w szkołach średnich. Analiza 20-letnich trendów wskazuje, że odsetek tych, którzy chociaż raz w życiu pili alkohol, utrzymuje się na stałym poziomie (niemal 90%), rozpowszechnienie palenia tytoniu (chociaż raz w życiu) rosło od 46% w połowie lat 90. XX wieku do 64–67% w latach 2001–2011, po czym zaczęło maleć do 53% w 2015 roku. Odsetek dorastających, którzy chociaż raz w życiu sięgnęli po narkotyki, dynamicznie rósł w drugiej połowie lat 90. XX wieku (z 22% w 1995 roku do 47% w 1999 roku), by następnie wrócić do poziomu wyjściowego – 25% w 2015 roku (Rushchenko, Serdyuk, 2016).

Na zachodniej Ukrainie nie były prowadzone badania dotyczące używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Jednak doniesienia z innych regionów kraju oraz znaczne zapotrzebowanie na usługi terapeutyczne dla osób uzależnionych i ich rodzin wskazywały na pilną potrzebę ich przeprowadzenia. Dlatego też w 2016 roku specjaliści z Uniwersytetu „Politechnika Lwowska" oraz Uniwersytetu Pedagogicznego w Drohobyczu podjęli współpracę z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) i Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w celu przeprowadzenia badań opartych na doświadczeniach i metodologii badań mokotowskich.

Celem badań była:

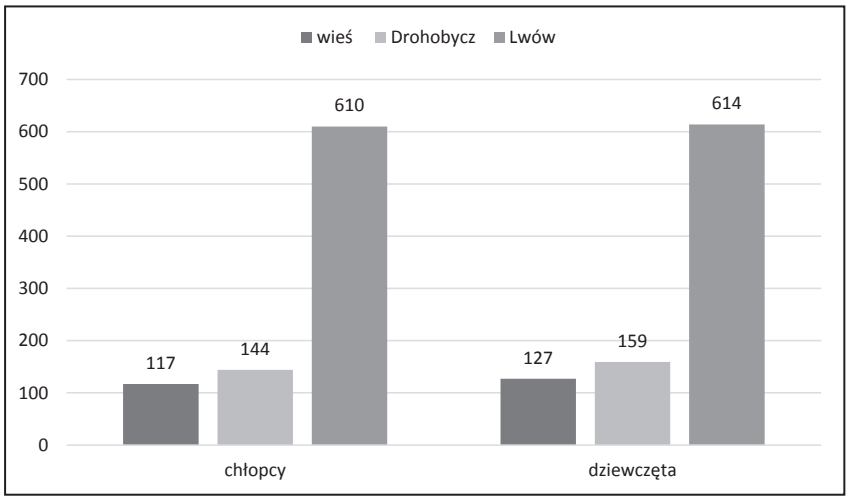
1. Ocena rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych, zaburzeń psychicznych i innych zachowań ryzykownych wśród 15-latków we Lwowie, Drohobyczu i w powiecie Drohobyckim.
2. Rozpoczęcie dyskusji na temat potrzeb profilaktycznych na zachodniej Ukrainie.

Badania zostały sfinansowane przez PARPA, a ich realizacja była możliwa dzięki wsparciu władz województwa lwowskiego oraz Fundacji Caritas diecezji Samborsko-Drohobyckiej Kościoła Greckokatolickiego.

## Metoda

W badaniach na Ukrainie przyjęto narzędzia oraz procedurę (sposób prowadzenia badań, wskaźniki i metody analiz) analogiczne do stosowanych w badaniach mokotowskich (por. Ostaszewski i Pisarska, rozdział 1). Zrozumiałość pytań ankietowych, które zostały przetłumaczone (w dwie strony – na język ukraiński, a następnie na język polski), została sprawdzona w badaniach pilotażowych przeprowadzonych wśród uczniów w dwóch szkołach we Lwowie i w dwóch szkołach wiejskich z okolic Drohobycza.

Zasadnicze badania przeprowadzono w losowo wybranych klasach dziewiątych, w których większość uczniów jest w wieku 15 lat. W sumie w badaniach wzięło udział 1801 uczniów, w tym 1246 ze Lwowa (50% dziewcząt), 307 z Drohobycza (48% dziewcząt) i 248 z wiejskich rejonów powiatu drohobyckiego (48% dziewcząt).




**Rycina 8.1.** Proporcje uczniów w badanej próbie ze względu na miejsce zamieszkania i nauki w szkole

Badania w klasach prowadzili pracownicy i studenci kierunków społecznych z obu ukraińskich uczelni zaangażowanych w realizację projektu. Termin badań był zbliżony do terminu badań mokotowskich prowadzonych w Warszawie (listopad 2016 roku).

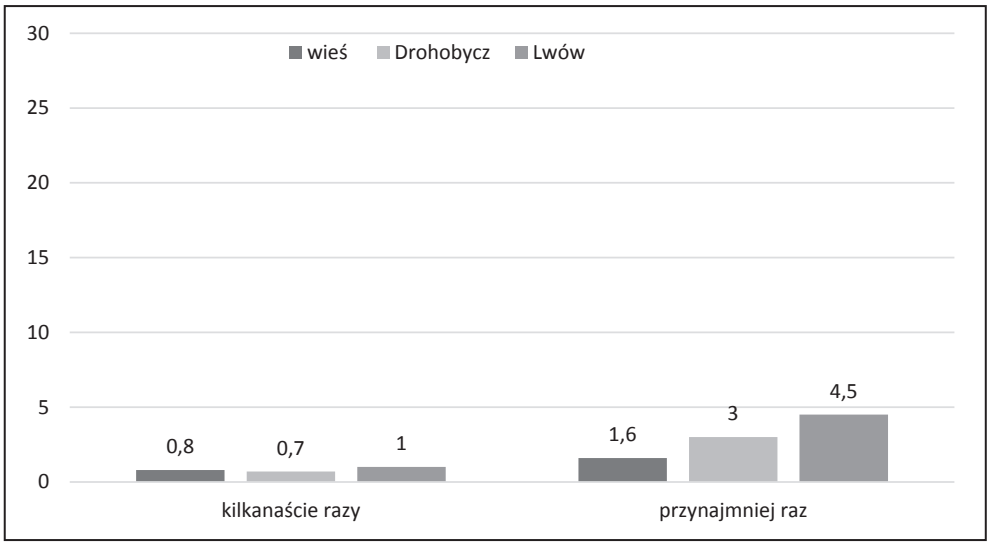
Do oceny różnic w zakresie analizowanych zmiennych między uczniami z różnych miejsc (szkół lwowskich, drohobyckich i z obszarów wiejskich rejonu Drohobycza) oraz między chłopcami a dziewczętami wykorzystano test chi-kwadrat (w tekście poniżej podawane są poziomy istotności dwustronnej). Jedynie w analizach dotyczących wzoru korzystania z Internetu do porównania średnich odpowiedzi dziewcząt i chłopców na poszczególne pytania skróconej wersji skali Kimberly Young (por. Biechowska, rozdz. 7) zastosowano test t-Studenta. W badanej próbie skala uzyskała zadowalający poziom spójności wewnętrznej (alpha Cronbacha = 0,785).

## Wybrane wyniki

### *Używanie substancji psychoaktywnych*

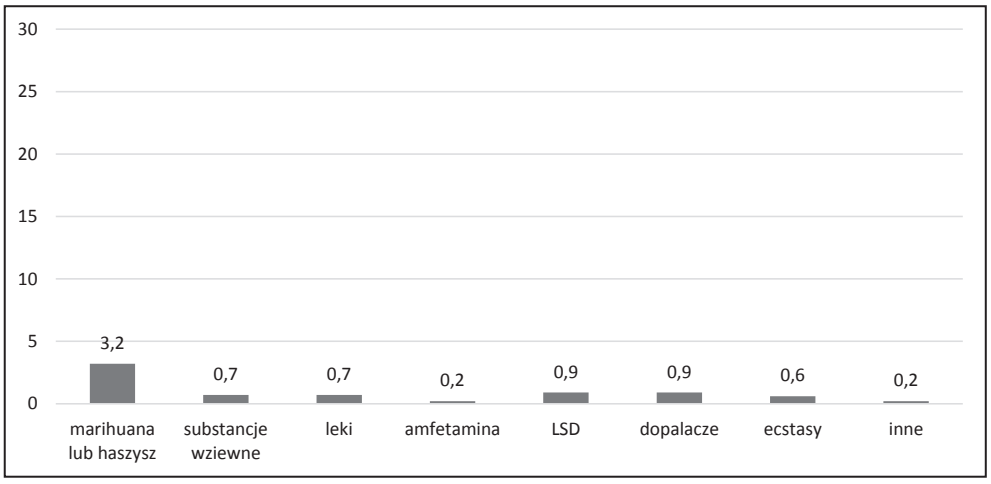
**Narkotyki.** Zestawienie odpowiedzi uzyskanych od uczniów ze szkół Lwowa, Drohobycza i obszarów wiejskich (rycina 8.2) pokazuje, że rozpowszechnienie używania nielegalnych substancji psychoaktywnych wśród uczniów dziewiątych klas największe jest we Lwowie, a najmniejsze na terenach wiejskich objętych badaniami. Jednak różnice te nie są istotne statystycznie. Nie stwierdzono też istotnych statystycznie różnic w używaniu narkotyków

przez chłopców (3,9%) i dziewczęta (3,5%). Można więc powiedzieć, że średnio w badanej próbie do używania nielegalnych substancji psychoaktywnych przynajmniej raz w ostatnim roku przyznało się 3,9% respondentów, a do używania częstego niespełna jeden procent uczniów (0,9%).




**Rycina 8.2.** Używanie przez młodzież nielegalnych substancji psychoaktywnych w ostatnim roku

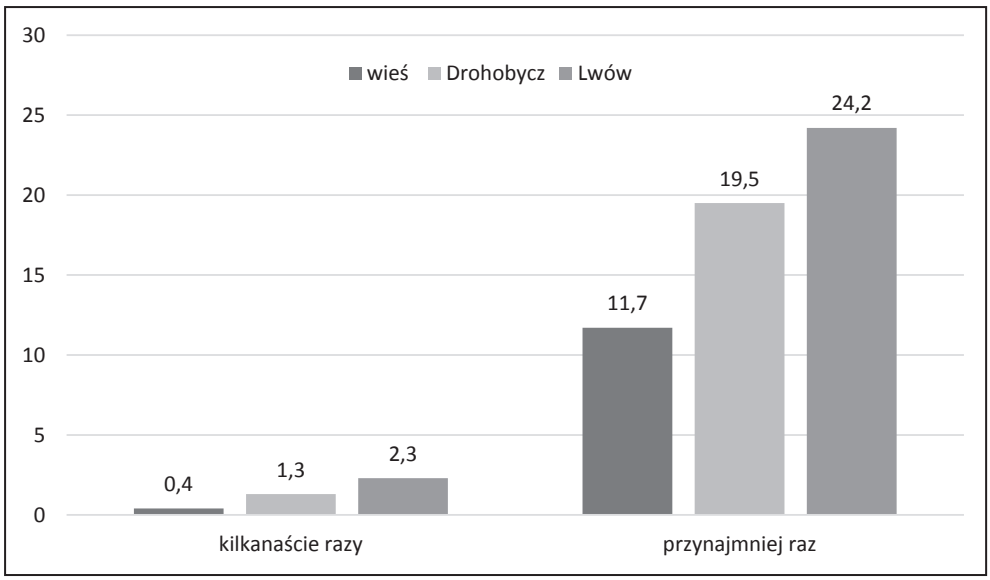
Uczniowie, którzy w ostatnim roku używali substancji psychoaktywnych, najczęściej sięgali po marihuanę lub haszysz (rycina 8.3). Rozpowszechnienie używania żadnej z pozostałych nielegalnych substancji nie przekroczyło 1%.




**Rycina 8.3.** Rodzaje substancji psychoaktywnych używanych przez młodzież w ostatnim roku

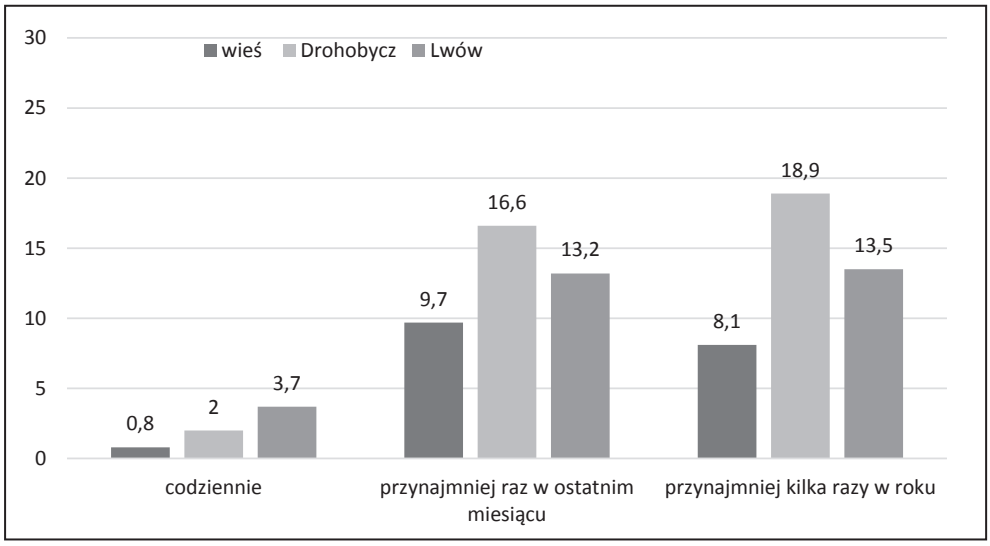
**Leki uspokajające i nasenne.** Co piąty nastolatek (20,5%) przynajmniej raz w ostatnim roku sięgnął po leki uspokajające lub nasenne. Często takie środki zażywa 1,9% respondentów. Rozpowszechnienie używania leków psychoaktywnych przez nastolatków jest związane z miejscem zamieszkania – najwyższe jest we Lwowie, a najniższe na obszarach wiejskich

($p < 0{,}01$, rycina 8.4). Niezależnie od miejsca zamieszkania, dziewczęta sięgają po leki psychoaktywne znacznie częściej niż chłopcy (31,2% *vs.* 12,6%, $p < 0{,}001$).




**Rycina 8.4.** Używanie leków psychoaktywnych przez młodzież w ostatnim roku

**Papierosy.** Średnio w badanej próbie przynajmniej okazjonalnie pali papierosy 13,4% nastolatków, a codziennie – 3%. Najwyższy odsetek nastolatków palących papierosy przynajmniej kilka razy w roku (okazjonalnie) jest obserwowany w Drohobyczu, a najniższy – w szkołach wiejskich ($p < 0{,}001$). Podobna tendencja jest obserwowana w zakresie palenia przynajmniej raz w miesiącu, ale różnice nie są istotne statystycznie. Do codziennego palenia tytoniu przyznają się najczęściej uczniowie szkół lwowskich ($p < 0{,}05$). Dziewczęta palą papierosy równie często co chłopcy (codzienne pali 2,5% dziewcząt i 3,6% chłopców).




**Rycina 8.5.** Palenie papierosów przez młodzież

**Alkohol.** Alkohol jest najbardziej rozpowszechnioną wśród młodzieży substancją psychoaktywną. Około 83% uczniów kiedykolwiek w życiu próbowało jakiegoś napoju alkoholowego. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym jest wino – przynajmniej raz w życiu piło je 77,1% młodzieży. Piwa próbowało 53% uczniów, mieszanych drinków gotowych do spożycia – 36%, a wódki – 29,3%. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem alkohol piło 38,2% nastolatków. Młodzież najczęściej sięgała po wino (30,2%), a w dalszej kolejności po piwo (17,4%), mieszane drinki (11,8%) lub wódkę (10,4%). W tym samym okresie przynajmniej raz upiło się 12,5% respondentów. Najczęściej nadużywali wina (6,5%) lub wódki (4,4%), a rzadziej innych napojów alkoholowych (1,7% piwa; 1,1% gotowych drinków). Najwyższy odsetek abstynentów – nastolatków, którzy nigdy nie pili napojów alkoholowych – zaobserwowano we Lwowie, a najniższy w Drohobyczu. Przy czym istotne statystycznie różnice dotyczą wskaźników niepicia piwa, wódki i mieszanych drinków gotowych do spożycia (tabela 8.1). Młodzież ze szkół wiejskich częściej niż pozostali deklaruje picie alkoholu (zwłaszcza wina i mieszanych drinków) niż młodzież z miast. Nie stwierdzono żadnych istotnych różnic w rozpowszechnieniu częstego upijania się przez uczniów szkół z różnych miejsc zamieszkania.

**Tabela 8.1.** Picie napojów alkoholowych a miejsce zamieszkania

| Miejsce badania | Liczba respondentów | Odsetek uczniów, którzy pili napoje alkoholowe | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy nie pili | Pili w ciągu ostatnich 30 dni | Upili się w ciągu ostatnich 30 dni |
| **Piwo** | | | | |
| Wieś | 245 | 42,7 | 19,8 | 0,8 |
| Drohobycz | 303 | 40,4 | 18,9 | 2,0 |
| Lwów | 1223 | 49,4** | 16,6 | 1,8 |
| **Gotowe drinki** | | | | |
| Wieś | 243 | 53,6 | 18,1 | 0,8 |
| Drohobycz | 300 | 61,2 | 16,3 | 1,3 |
| Lwów | 1228 | 66,7*** | 9,4*** | 1,1 |
| **Wino** | | | | |
| Wieś | 247 | 22,2 | 36,3 | 6,9 |
| Drohobycz | 304 | 18,6 | 34,5 | 6,3 |
| Lwów | 1233 | 24,1 | 27,9** | 6,5 |
| **Wódka** | | | | |
| Wieś | 246 | 67,7 | 14,1 | 3,7 |
| Drohobycz | 306 | 62,9 | 11,4 | 4,6 |
| Lwów | 1242 | 73,3** | 9,4 | 4,5 |
| **Napoje alkoholowe razem** | | | | |
| Wieś | 244 | 15,8 | 46,6 | 12,7 |
| Drohobycz | 300 | 13,5 | 43,4 | 13,7 |
| Lwów | 1210 | 18,4 | 35,3*** | 12,2 |

** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(dotyczy porównania między Lwowem, Drohobyczem a obszarami wiejskimi).

Zestawienie danych w tabeli 8.2 pokazuje, że dziewczęta częściej niż chłopcy piją wino i częściej się nim upijają. Większy odsetek dziewcząt niż chłopców deklaruje też upicie się gotowymi do spożycia mieszanymi drinkami w ciągu ostatniego miesiąca. Chłopcy natomiast częściej niż dziewczęta sięgają po piwo lub wódkę.

**Tabela 8.2.** Picie napojów alkoholowych a płeć

| Płeć | Liczba respondentów | Odsetek uczniów, którzy pili napoje alkoholowe | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Nigdy nie pili | Pili w ciągu ostatnich 30 dni | Upili się w ciągu ostatnich 30 dni |
| **Piwo** | | | | |
| Chłopcy | 883 | 42,3 | 18,9 | 1,9 |
| Dziewczęta | 859 | 51,8*** | 15,7 | 1,2 |
| **Gotowe drinki** | | | | |
| Chłopcy | 886 | 65,4 | 11,8 | 1,5 |
| Dziewczęta | 857 | 63,0 | 11,4 | 0,5* |
| **Wino** | | | | |
| Chłopcy | 890 | 26,8 | 26,6 | 5,1 |
| Dziewczęta | 866 | 18,8*** | 33,9** | 8,0** |
| **Wódka** | | | | |
| Chłopcy | 891 | 68,3 | 10,2 | 5,2 |
| Dziewczęta | 865 | 73,5* | 10,1 | 3,2* |
| **Napoje alkoholowe razem** | | | | |
| Chłopcy | 878 | 18,9 | 36,5 | 12,8 |
| Dziewczęta | 848 | 15,5 | 40,0 | 11,8 |

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(dotyczy porównania między chłopcami a dziewczętami).

## *Zdrowie psychiczne*

Do oceny rozpowszechnienia zaburzeń internalizacyjnych przyjęto takie same wskaźniki jak w przypadku młodzieży mokotowskiej (por. Bobrowski, rozdział 4). Uzyskane wyniki (tabela 8.3) wskazują, że ponad 15% dziewcząt i prawie 10% chłopców uważa, że ich zdrowie psychiczne nie jest dobre, a u niemal 9% dziewcząt i 2% chłopców występują wszystkie cztery symptomy zaburzeń depresyjnych (smutek, płacz, przygnębienie, poczucie osamotnienia). Niezależnie od miejsca zamieszkania, dziewczęta częściej niż chłopcy twierdzą, że ich zdrowie psychiczne jest złe ($p < 0{,}001$). Wśród uczniów ze Lwowa odsetek tych, którzy mają problemy ze zdrowiem psychicznym jest wyższy niż w Drohobyczu lub rejonach wiejskich ($p < 0{,}001$).

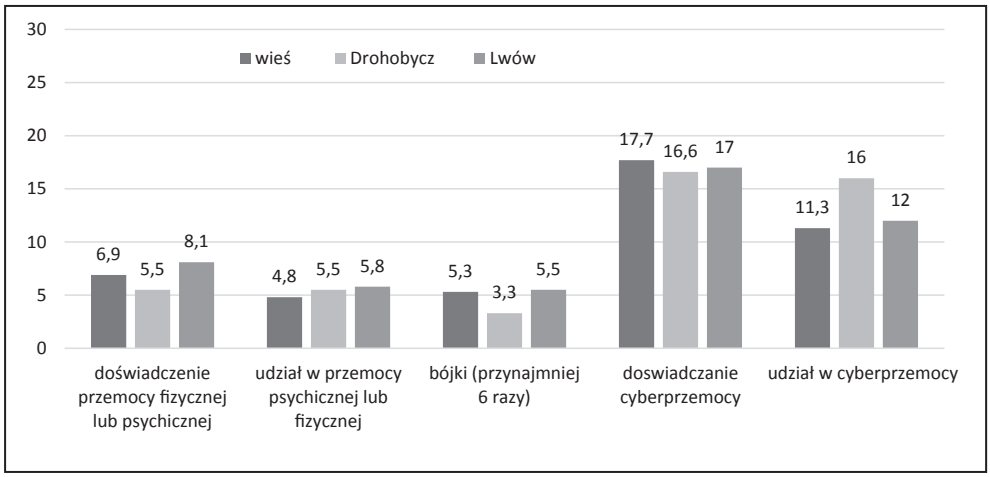
**Tabela 8.3.** Internalizacyjne problemy zdrowia psychicznego: duże ryzyko depresji i negatywna samoocena zdrowia psychicznego

| | Wskaźniki problemów internalizacyjnych (odsetek badanych) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Liczba respondentów** | **Wysokie ryzyko depresji** | **Negatywna samoocena zdrowia psychicznego** | **Ogólny wskaźnik problemów internalizacyjnych** |
| | | **Lwów** | | |
| Dziewczęta | 605 | 9,8 | 18,7 | 21,3 |
| Chłopcy | 607 | 2,7*** | 10,9*** | 11,9*** |
| Razem | 1212 | 6,2 | 14,8 | 16,6 |
| | | **Drohobycz** | | |
| Dziewczęta | 143 | 8,4 | 9,7 | 14,0 |
| Chłopcy | 156 | 0,6** | 5,0 | 5,8* |
| Razem | 299 | 4,3 | 7,3 | 9,7 |
| | | **Wieś** | | |
| Dziewczęta | 116 | 3,5 | 7,7 | 11,2 |
| Chłopcy | 124 | 0,8 | 7,1 | 8,1 |
| Razem | 240 | 2,1 | 7,4 | 9,6 |
| | | **Razem** | | |
| Dziewczęta | 884 | 8,7 | 15,7 | 18,8 |
| Chłopcy | 887 | 2,0*** | 9,3*** | 10,3*** |
| Razem | 1751 | 5,3 | 12,5 | 14,4 |

* $p < 0{,}05$,
** $p < 0{,}01$,
*** $p < 0{,}001$
(dotyczy porównania między chłopcami a dziewczętami).

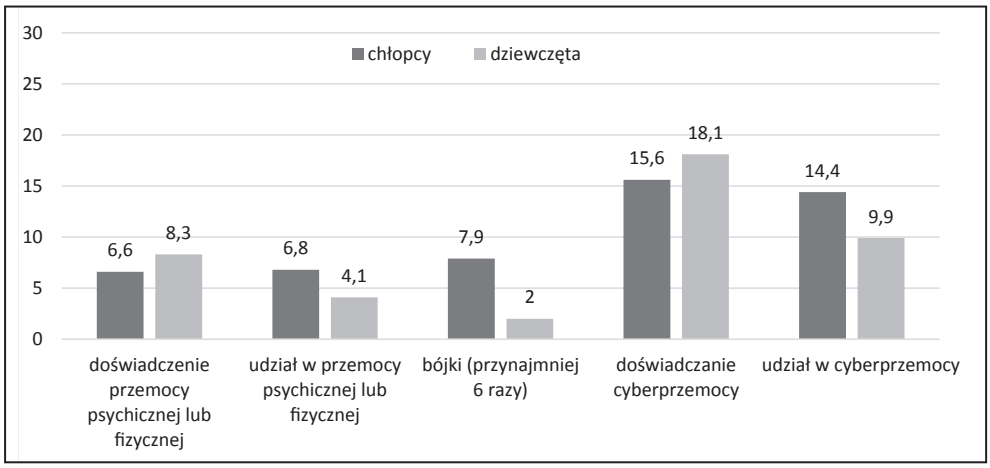
## *Przemoc na terenie szkoły i w Internecie*

Około 6–8% uczniów we wszystkich badanych rejonach doświadczało w ostatnim roku na terenie szkoły przemocy fizycznej lub psychicznej przynajmniej raz w tygodniu lub częściej (rycina 8.6). Do równie częstego udziału w przemocy w tym samym czasie przyznało się 5–6%. Uczniowie ze szkół wiejskich częściej niż ci z miast – przynajmniej 6 razy w ciągu ostatniego roku – brali udział w bójkach na terenie szkoły ($p < 0{,}001$). Cyberprzemocy, czyli sytuacji, w której „jedna lub kilka osób przez dłuższy czas, regularnie nękało respondenta korzystając z Internetu lub komórki" przynajmniej raz w życiu doświadczyło 17% respondentów. Do stosowania takiej przemocy wobec innych przyznało się od 11% badanych – w rejonach wiejskich – do 16% w Drohobyczu (różnice nieistotne statystycznie).




**Rycina 8.6.** Rozpowszechnienie przemocy w szkole a miejsce (doświadczanie przemocy i udział w przemocy przynajmniej raz w tygodniu; bójki – przynajmniej 6 razy w ostatnim roku; doświadczanie i udział w cyberprzemocy – przynajmniej raz w życiu)

Około 7% chłopców i 8% dziewcząt często doświadczało w ostatnim roku przemocy (rycina 8.7). Chłopcy częściej niż dziewczęta przyznają się do stosowania przemocy psychicznej lub fizycznej ($p < 0{,}05$), znacznie częściej uczestniczą w bójkach ($p < 0{,}001$) i częściej nękają innych, korzystając z Internetu lub komórki ($p < 0{,}01$).

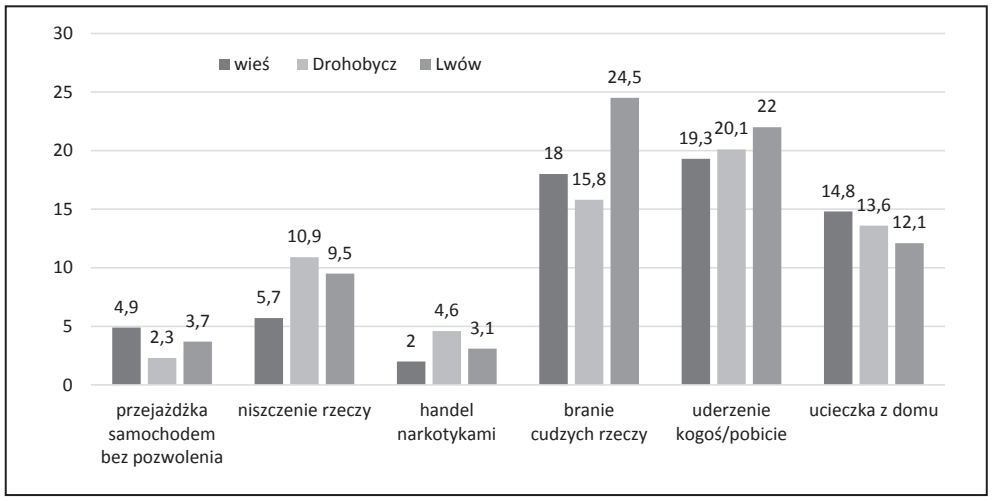



**Rycina 8.7.** Rozpowszechnienie przemocy w szkole a płeć (doświadczanie przemocy i udział w przemocy przynajmniej raz w tygodniu; bójki – przynajmniej 6 razy w ostatnim roku; doświadczanie i udział w cyberprzemocy – przynajmniej raz w życiu)

## *Zachowania sprzeczne z prawem*

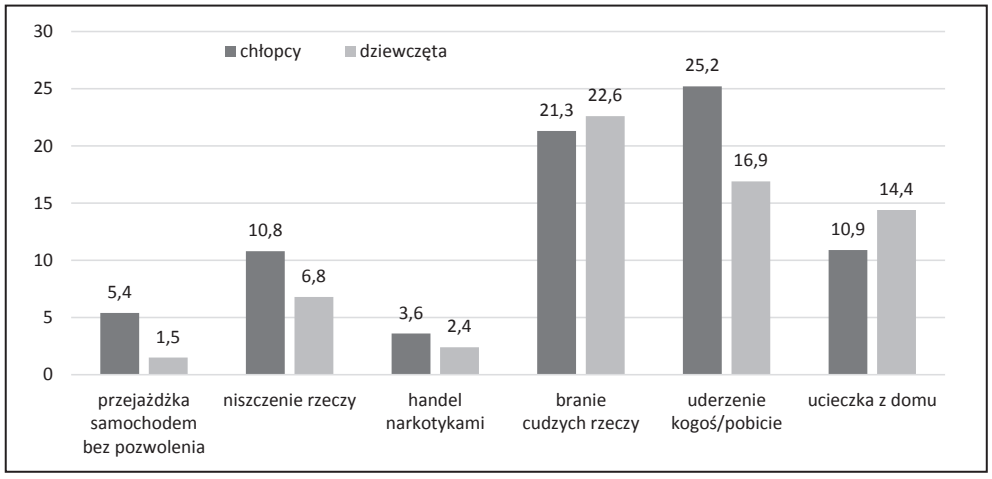
Powszechnym zachowaniem wśród badanych uczniów jest ściąganie. Przynajmniej raz w ostatnim roku zdarzyło się to prawie 87% uczniów. Dziewczęta ściągają równie często co chłopcy (odpowiednio 87,0% i 86,5%). Zdecydowanie najczęściej ściągają uczniowie w miastach (88,3% we Lwowie i 87,5% w Drohobyczu) niż w rejonach wiejskich (77,5%, $p < 0{,}001$).

Rozpowszechnienie innych zachowań sprzecznych z prawem przedstawia rycina 8.8. Jedyna istotna statystycznie różnica między uczniami z różnych badanych rejonów dotyczy brania cudzych rzeczy bez pozwolenia, które jest najbardziej rozpowszechnione we Lwowie ($p < 0{,}01$). Generalnie, do jakiegokolwiek wykroczenia w ostatnim roku przyznaje się około 42% uczniów.




**Rycina 8.8.** Rozpowszechnienie zachowań sprzecznych z prawem (przynajmniej raz w ostatnim roku) a miejsce zamieszkania

Rozpowszechnienie zachowań problemowych jest znacznie bardziej zróżnicowane między chłopcami a dziewczętami niż w zależności od miejsca badania (rycina 8.9). Wyższy odsetek chłopców niż dziewcząt przyznaje się do brania samochodu na przejażdżkę bez zgody właściciela ($p < 0{,}001$), niszczenia rzeczy ($p < 0{,}01$) i pobicia kogoś ($p < 0{,}001$). Natomiast dziewczętom częściej zdarza się uciekać z domu ($p < 0{,}05$).




**Rycina 8.9.** Rozpowszechnienie zachowań sprzecznych z prawem (przynajmniej raz w ostatnim roku) a płeć

## *Hazard*

W ciągu roku poprzedzającego badania w jakiejkolwiek formie hazardu uczestniczyło 28,4% uczniów (tabela 8.4). Zdecydowanie częściej brali w nim udział chłopcy (35%) niż dziewczęta (21,5%, $p < 0{,}001$). Najbardziej popularną formą hazardu była gra na automatach (11,9%) oraz gry na pieniądze (11,2%). Rozpowszechnienie udziału w innych formach hazardu kształtowało się na poziomie 6–7%. Nie stwierdzono istotnych różnic między poszczególnymi miejscami prowadzenia badań w zakresie odsetka młodzieży uczestniczącej w różnych formach hazardu (tabela 8.5). Jednak co ciekawe, młodzież ze szkół wiejskich częściej niż inni doświadczała problemów z powodu hazardu (9,2% w porównaniu z 3–4% we Lwowie i Drohobyczu).

**Tabela 8.4.** Hazard w ostatnim roku a płeć

| | | W ciągu ostatniego roku (odsetek badanych) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Liczba respondentów | Jakiekolwiek formy hazardu | Automaty do gier | LOTTO lub inne loterie | Zakłady bukmacherskie | Gra na pieniądze | Konkursy w TV opłacane telefonicznie | Inne formy | Problemy z powodu hazardu |
| Dziewczęta | 860 | 21,5 | 14,9 | 6,3 | 1,8 | 7,4 | 5,2 | 3,0 | 4,4 |
| Chłopcy | 868 | 35,0 | 8,8 | 7,9 | 11,3 | 15,0 | 6,7 | 10,0 | 4,0 |
| Razem | 1728 | 28,4*** | 11,9*** | 7,1 | 6,6*** | 11,2*** | 5,9 | 6,5*** | 4,2 |

*** $p < 0{,}001$
(dotyczy porównania między chłopcami a dziewczętami).

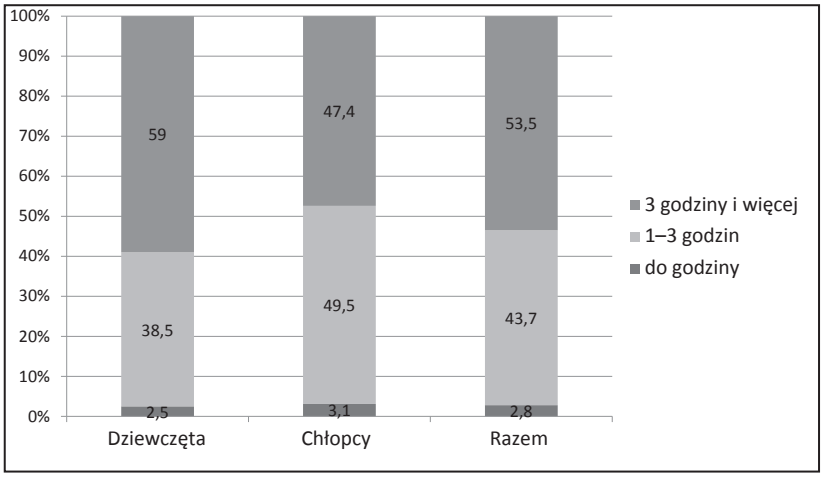
**Tabela 8.5.** Hazard w ostatnim roku a miejsce zamieszkania

| | | W ciągu ostatniego roku (odsetek badanych) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Liczba respondentów | Jakiekolwiek formy hazardu | Automaty do gier | LOTTO lub inne loterie | Zakłady bukmacherskie | Gra na pieniądze | Konkursy w TV opłacane telefonicznie | Inne formy | Problemy z powodu hazardu |
| Wieś | 235 | 26,4 | 10,2 | 4,5 | 4,5 | 14,6 | 6,1 | 8,3 | 9,2 |
| Drohobycz | 287 | 29,0 | 10,6 | 6,3 | 7,9 | 11,4 | 7,9 | 7,9 | 3,0 |
| Lwów | 1222 | 28,7 | 12,9 | 8,1 | 7,0 | 10,8 | 5,6 | 6,1 | 3,8*** |

*** $p < 0{,}001$
(dotyczy porównania między Lwowem, Drohobyczem a obszarami wiejskimi).

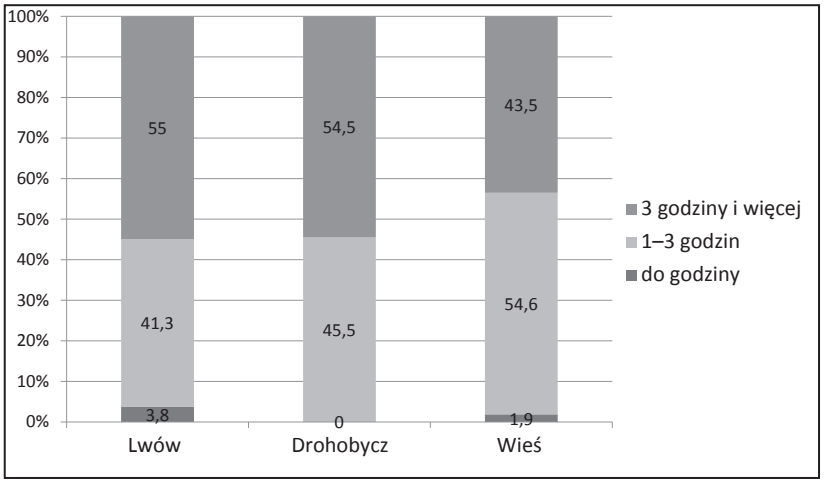
## *Internet*

Zebrane dane wskazują, że mniej niż 3% nastolatków spędza w Internecie mniej niż godzinę dziennie (rycina 8.10). Ponad połowa (53,5%) poświęca na przebywanie w sieci powyżej 3 godzin dziennie, a pozostałe 43,7% – od 1 do 3 godzin w ciągu dnia. Wśród dziewcząt aż 59% korzysta z Internetu więcej niż 3 godziny dziennie. Odsetek chłopców tak długo przebywających w sieci jest znacząco niższy – 47,4% ($p < 0{,}001$).




**Rycina 8.10.** Czas spędzany przez młodzież w Internecie w ciągu przeciętnego dnia a płeć

Jak widać na rycinie 8.11, uczniowie ze szkół miejskich (Lwowa i Drohobycza) częściej niż uczniowie z obszarów wiejskich spędzają w Internecie ponad 3 godziny dziennie ($p < 0{,}001$).




**Rycina 8.11.** Czas spędzany przez młodzież w Internecie w ciągu przeciętnego dnia a miejsce zamieszkania

Funkcjonalnie, to znaczy w sposób kontrolowany i bez powodowania niekorzystnych następstw dla zdrowia i relacji społecznych (por. Biechowska, rozdział. 7), z Internetu korzysta 85% nastolatków (tabela 8.6). Zagrożenie nadużywaniem Internetu można zaobserwować

u prawie 11% nastolatków. Natomiast nadużywanie Internetu przejawiające się utratą kontroli i możliwą izolacją oraz zaniedbywaniem różnych form aktywności społecznej, nauki, aktywnego wypoczynku, higieny osobistej oraz zdrowia dotyczy 4,5% respondentów. Przy czym rozpowszechnienie dysfunkcyjnego korzystania z Internetu (zagrożenia nadużywaniem i nadużywania) jest większe wśród dziewcząt (19,5%) niż wśród chłopców (10,8%, $p < 0{,}001$).

Odsetek nastolatków korzystających z Internetu w sposób funkcjonalny lub dysfunkyjny we wszystkich trzech miejscach prowadzenia badań jest podobny (nie ma różnic istotnych statystycznie między młodzieżą ze szkół lwowskich, drohobyckich i wiejskich).

**Tabela 8.6.** Korzystanie z Internetu a płeć (%)

| | | Dziewczęta | Chłopcy | Razem |
|---|---|---|---|---|
| Funkcjonalne korzystanie z Internetu | | 80,5 | 89,2 | 84,9 |
| Dysfuncyjny sposób korzystania z Internetu | Zagrożenie nadużywaniem Internetu | 14,1 | 7,2 | 10,6 |
| | Objawy nadużywania Internetu | 5,4 | 3,6 | 4,5 |

Analiza odpowiedzi dziewcząt i chłopców (test t-Studenta) na poszczególne pytania związane z korzystaniem z Internetu wskazuje na wiele interesujących różnic (tabela 8.7). Dziewczęta czują się bardziej niż chłopcy zaabsorbowane Internetem, mają większe problemy z kontrolowaniem czasu przebywania w sieci, silniej odczuwają negatywny wpływ swego nadmiernego zaangażowania w Internecie na inne sfery życia, a także częściej przyznają, że aktywność internetowa bywa formą ucieczki od problemów oraz przykrych stanów emocjonalnych.

**Tabela 8.7.** Doświadczenia związane z korzystaniem z Internetu a płeć

| | Porównanie średnich (skala 1–5)[1] | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Dziewczęta | Chłopcy | *t* | *p* |
| Czy czujesz się zaabsorbowany Internetem, kiedy nie jesteś w sieci lub marzysz o przebywaniu w sieci? | 2,81 | 2,43 | −5,43 | 0,000 |
| Czy czujesz potrzebę spędzania coraz więcej czasu w sieci? | 2,27 | 2,04 | −3,65 | 0,000 |
| Czy nieskutecznie próbujesz zmniejszyć ilość czasu spędzanego w sieci? | 2,73 | 2,19 | −7,87 | 0,000 |
| Czy czujesz się niespokojny, zdenerwowany albo przygnębiony, gdy próbujesz ograniczać czas spędzany w Internecie lub przestać z niego korzystać? | 2,02 | 1,91 | −1,83 | 0,068 |
| Czy zdarza Ci się korzystać z Internetu dłużej niż zamierzałeś? | 3,50 | 3,20 | −4,39 | 0,000 |
| Czy czas spędzany w sieci negatywnie wpływa na Twoją rodzinę, znajomych, oceny lub pracę w szkole? | 2,40 | 2,24 | −2,30 | 0,022 |
| Czy próbujesz ukrywać, jak długo byłeś w sieci? | 1,75 | 1,71 | −0,66 | 0,509 |
| Czy używasz Internetu jako sposobu na ucieczkę od problemów lub sposobu na pogorszony nastrój? | 2,86 | 2,65 | −2,87 | 0,004 |

1 W badaniach ukraińskich zastosowano 5-punktową skalę odpowiedzi (1 – Nie, 2 – Raczej nie, 3 – Trudno powiedzieć, 4 – Raczej tak, 5 – Tak) podczas gdy w badaniach mokotowskich skala odpowiedzi była 4-punktowa (1 – Nie, 2 – Raczej nie, 3 – Raczej tak, 4 – Tak).

## Podsumowanie i dyskusja

Przeprowadzone badania są pierwszą próbą oszacowania skali zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego wśród uczniów w województwie lwowskim. Ich wyniki można jednak porównać z ukraińskimi wynikami badań ESPAD oraz z wynikami badań warszawskich nastolatków.

Rozpowszechnienie picia alkoholu stwierdzone w niniejszych badaniach jest zbliżone do wyniku badań ESPAD z 2015 roku (Balakireva i wsp., 2015) – nieco niższe niż średnia krajowa we Lwowie, a wyższe w rejonach wiejskich. Podobnie również w obu badaniach kształtuje się odsetek młodzieży używającej marihuany lub haszyszu. Rozpowszechnienie palenia papierosów wśród młodzieży ze Lwowa i rejonu drohobyckiego jest niższe niż ukraińska średnia krajowa.

Porównanie z wynikami badań mokotowskich (por. Okulicz-Kozaryn i Borucka, rozdział. 3) wskazuje, że w województwie lwowskim częste picie alkoholu (odsetek pijących w ciągu ostatnich 30 dni, w zależności od miejsca badania waha się od 35 do 47%) jest bardziej rozpowszechnione niż w Warszawie (około 28%). Różnica ta wynika przede wszystkim ze znacznie większego rozpowszechnienia picia wina na Ukrainnie (ponad 30% młodzieży pije często wino) niż w Polsce (około 13%). Nadużywanie alkoholu zdarza się nastolatkom z województwa lwowskiego równie często co młodym warszawiakom.

W świetle przeprowadzonych badań okazjonalne używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych jest niemal cztery razy bardziej rozpowszechnione wśród uczniów szkół warszawskich (prawie 15% okazjonalnych użytkowników) niż w województwie lwowskim (niespełna 4%). Również palenie papierosów wydaje się znacznie mniej rozpowszechnione wśród młodzieży ukraińskiej niż polskiej (por. Ostaszewski, rozdz. 2). Przynajmniej do okazjonalnego palenia papierosów w ostatnim roku przyznaje się około 25% respondentów z Warszawy i 13% z województwa lwowskiego, a do palenia codziennie – odpowiednio 6% i 3% nastolatków. Wyniki te są dość zaskakujące i wymagają niewątpliwie weryfikacji w kolejnych badaniach, chociażby ze względu na większą dostępność ekonomiczną wyrobów tytoniowych na Ukrainie niż w Polsce.

Wskaźniki zaburzeń zdrowia psychicznego są również wyższe w Warszawie – duże ryzyko depresji i/lub negatywna ocena własnego zdrowia psychicznego dotyczy prawie 25% uczniów (por. Bobrowski, rozdział 4) niż w województwie lwowskim (ogólny wskaźnik problemów internalizacyjnych – 14%). Warto jednak zauważyć, że na Ukrainie rozpowszechnienie symptomów depresji i niskiej samooceny zdrowia psychicznego rośnie wraz z wielkością miejsca zamieszkania (najgorsze samopoczucie mają uczniowie ze szkół lwowskich, a najlepsze – z rejonów wiejskich). W obu próbach (polskiej i ukraińskiej) dziewczęta znacznie częściej niż chłopcy doświadczają problemów ze zdrowiem psychicznym.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na podobne rozpowszechnienie przemocy wśród młodzieży warszawskiej (por. Bobrowski, rozdz. 4) i ukraińskiej. W obu krajach około

8% dziewcząt doświadczało w ostatnim roku często (przynajmniej raz w tygodniu) przemocy na terenie szkoły. Natomiast chłopcy z województwa lwowskiego przyznają się do takich doświadczeń nieco rzadziej (7%) niż młodzi warszawiacy (12%). Z kolei rozpowszechnienie bójek jest wśród ukraińskich uczniów większe niż wśród warszawiaków – przynajmniej 6 razy w ostatnim roku w bójce na terenie szkoły brało udział 8% chłopców z województwa lwowskiego i 4% z Warszawy.

W obu krajach podobny jest odsetek nastolatków, którzy stali się kiedykolwiek ofiarami cyberprzemocy, i tych, którzy taką przemoc wywierali na innych. W obu krajach sprawcami cyberprzemocy częściej są chłopcy niż dziewczęta.

Podobne jest również rozpowszechnienie przypadków zachowania sprzecznego z prawem – przynajmniej jedno wykroczenie w ostatnim roku zdarzyło się popełnić około 38% nastolatków z próby warszawskiej (por. Bobrowski, rozdział 4) i 42% z próby ukraińskiej. W obu krajach wśród dziewcząt wykroczenia polegały najczęściej na braniu cudzych rzeczy, a wśród chłopców – również na pobiciu/celowym uszkodzeniu drugiej osoby.

W świetle uzyskanych wyników, hazard wydaje się bardziej popularny na Ukrainie (28% nastolatków brało udział w jakiejś jego formie) niż w Warszawie – 21% (por. Bobrowski, rozdział. 4).

Odsetek nastolatków w miastach, zarówno na Ukrainie, jak i w Warszawie, którzy spędzają ponad 3 godziny dziennie w Internecie są bardzo zbliżone – 55–60% (por. Biechowska, rozdział 7). Natomiast odsetek młodzieży poświęcającej aż tyle czasu na Internet jest zdecydowanie niższy na wsiach powiatu drohobyckiego (44%). W przypadku większości nastolatków długi czas spędzany w sieci nie przesądza o dysfunkcyjnym stylu korzystania z Internetu, ponieważ 80% (w Warszawie) i 85% (na Ukrainie) korzysta z niego w sposób funkcjonalny. Przy czym w obu krajach dziewczęta, w większym stopniu niż chłopcy, są zagrożone problemami wynikającymi z nadmiernego korzystania z Internetu.

Niniejszy rozdział zawiera jedynie skrót najważniejszych wyników i przedstawia ogólny obraz sytuacji w województwie lwowskim w zakresie rozpowszechnienia zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Zgromadzony materiał badawczy jest znacznie szerszy. Podobnie jak oryginalne badania mokotowskie obejmuje cały szereg zagadnień związanych z czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi przed zachowaniami problemowymi oraz pozwala na analizę stylów życia młodzieży. Niewątpliwie będzie on przedmiotem bardziej detalicznych publikacji w języku ukraińskim. Mamy nadzieję, że pozwolą one nie tylko lepiej poznać styl życia młodzieży ze szkół lwowskich i rejonu drohobyckiego. Uzyskane wyniki powinny stać się podstawą do zaplanowania lokalnych strategii profilaktycznych i interwencyjnych. Mogą też wskazać najbardziej potrzebne kierunki rozwoju usług psychologicznych, edukacyjnych i innego wsparcia adresowanych do dzieci, młodzieży, rodzin i przedstawicieli oświaty.

Pierwszym krokiem na drodze do wykorzystania wyników badań w praktyce była prezentacja uzyskanych wyników na konferencjach zorganizowanych we Lwowie i Drohobyczu.

Obie konferencje spotkały się z dużym zainteresowaniem przedstawicieli władz samorządowych, pracowników naukowych, przedstawicieli środowisk oświatowych i pomocowych. Kolejnym krokiem jest inicjatywa gubernatora województwa lwowskiego, Pana Ihora Syniutki, powołania rady programowej, której pierwszym zadaniem ma być opracowanie lokalnej strategii profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Mamy również nadzieję, że badania we Lwowie i rejonie drohobyckim będą powtarzane w regularnych odstępach czasu, co pozwoli ocenić trendy zmiany i efekty podejmowanych działań profilaktycznych. Niewątpliwie byłoby też korzystne rozszerzenie obszaru badań na całe województwo lwowskie.

## Piśmiennictwo


1. Antialkogol'na kampaniya Gorbachova zavdala SRSR mil'yardnyh zbytkiv (Антиалкогольна кампанія Горбачова завдала СРСР мільярдних збитків) *http://zik.ua/news/2017/03/28/antyalkogolna_kampaniya_gorbachova_zavdala_srsr_milyardnyh_zbytkiv__istoryk_1069357*
2. Balakireva O.M., Bondar T.V., Prijmak Y.Y., Pavlova D.M., Vasilenko O.V., Sakovich O. T., Sal'nikov S.Z., Sidyak S.V., Yudin Y.B., Nahabich N. S. Kurinnya, vzhyvannya alkogolyu ta narkotychnyh rechovyn sered pidlitkiv, yaki navchayut'sya: Poshyrennya i tendencii v Ukraini: Za rezul'tatami doslidzhennya 2015 roku v ramkah mizhnarodnogo proektu «Evropejs'ke opytuvannya uchniv shchodo vzhyvannya alkogolyu ta inshyh narkotichnyh rechovyn – ESPAD», Kyiv: Ukrains'kyj instytut social'nyh doslidzhen' imeni Oleksandra Yaremenka, 2015 (Балакірєва О.М., Бондар Т.В., Приймак Ю.Ю., Павлова Д.М., Василенко О.В., Сакович О.Т., Сальніков С.З., Сидяк С.В., Юдін Ю.Б., Нахабич Н. С. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні: За результатами дослідження 2015 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, Київ, 2015).
3. Levchuk N. Alcohol and mortality in Ukraine. – Kyiv: Institute for Demography and Social Studies at the National Academy of Sciences of Ukraine, 2009, *http://www.academia.edu/1521860/Alcohol_and_mortality_in_Ukraine*
4. Lyubinec› O.V. Stan ta prognoz seredn›oi ochikuvanoi tryvalosti zhittya naselennya v Ukraini/Ukraina. Zdorov'ya nacii (Любінець О. В. Стан та прогноз середньої очікуваної тривалості життя населення в Україні//Україна. Здоров'я нації), 2010, № 2, c. 15–23.
5. Nacional'nij zvit za 2016 rik shchodo narkotichnoi situatcii v Ukraini (dane za 2015 rok) Poglyblenyj ogliad narkosytuatcii v Ukraini (Національний звіт за 2016 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2015 року).

Поглиблений огляд наркоситуації в Україні), *https://onedrive.live.com/?authkey=%21AKQx6amKrA58kbo&cid=07A7CA871DFA4334&id=7A7CA871DFA4334%212600&parId=root&o=OneUp*)

6. Rushchenko I.P., Serdyuk O. O. Monitoring adyktyvnoi povedinky kharkivs'koi molodi: kontceptualizaciya danyh empirychnyh sposterezhen' // Ukrains'kij socium (Рущенко І.П., Сердюк О. О. Моніторинг адиктивної поведінки харківської молоді: концептуалізація даних емпіричних спостережень // Український соціум), 2016; № 4(59): 42–54, http://www.ukr-socium.org.ua/Arhiv/Stati/US-4–2016/42–56.pdf
7. Strategiya derzhavnoi polityki shchodo narkotikiv na period do 2020 roku: Rozporyadzhennya Kabinetu Ministriv Ukrainy № 735-r vid 28 serpnya 2013 r. (Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України № 735-р від 28 серпня 2013 р.), *http://zakon3.rada.gov.ua/laws/%20show/735–2013-%D1%80*
8. Tabachnikov S.I., Vievs'kij A., Zhdanova M. Klinichni osoblivosti ta providni chinniki vzhivannya psihoaktivnih rechovin u ditej ta pidlitkiv u svitli rozrobki kompleksnoj bagatorivnevoj sistemi jogo mediko-social'noi korelyacii ta profilaktiki // Ukrains'kij zhurnal klinichnoi ta laboratornoi medycini (Табачніков С.І, Вієвський, Жданова М. П. Клінічні особливості та провідні чинники вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків у світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної кореляції та профілактики // Український журнал клінічної та лабораторної медицини), 2012; № 1, Т. 7: 4–11.
9. Tregubova E. Suhoj ostatok. Kak antialkogol'naya kampaniya 80-h povliyala na ehkonomiku SSSR (Трегубова Е. Сухой остаток. Как антиалкогольная кампания 80-х повлияла на экономику СССР), *http://www.aif.ru/money/economy/1169764*
10. Vievs'kij A. M. Kompleksna bagatorivneva systema medyko-social'noi profilaktyki vzhyvannya psyhoaktyvnyh rechovyn u ditej ta pidlitkiv yak baza suchasnyh medychnyh osvitnih program u cih napryamkah // Medichna osvita (Вієвський А. М. Комплексна багаторівнева система медико-соціальної профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків як база сучасних медичних освітніх програм у цих напрямках // Медична освіта), 2011; № 4: 97–102.

# Aneks

## Ankieta NAN 2016

**BARDZO PROSIMY CIĘ O WYPEŁNIENIE PONIŻSZEJ ANKIETY!!!**

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

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

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

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety :)**

**Co zrobić, jeśli pomylisz się i zakreślisz niewłaściwą odpowiedź?**

Przekreśl nieprawidłową odpowiedź

Kilka razy

3. Kilkanaście razy

i zaznacz strzałką właściwą odpowiedź:

np.

Kilka razy

➔ 3. Kilkanaście razy

**Przy każdym pytaniu zaznacz (otocz kółkiem) tylko jedną odpowiedź. Postaraj się nie opuścić żadnego pytania.**

**1. Zaznacz kółkiem rok swojego urodzenia:**
1998 1999 2000 2001 2002 2003

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

**3. Czy w okresie od września zeszłego roku do teraz zdarzyło się, że byłeś/łaś w towarzystwie młodzieżowym, w którym piło się piwo, wino, wódkę?**
1. Nie zdarzyło się
2. Tak – jeden lub dwa razy
3. Tak – kilka razy
4. Tak – kilkanaście razy
5. Tak – więcej niż kilkanaście razy

**4. Czy w okresie od września zeszłego roku do teraz zdarzyło się, że byłeś/łaś w towarzystwie młodzieżowym, w którym używało się środków narkotyzujących?**
1. Nie zdarzyło się
2. Tak – jeden lub dwa razy
3. Tak – kilka razy
4. Tak – kilkanaście razy
5. Tak – więcej niż kilkanaście razy

**5. Jeżeli zdarzyło się, że w wyżej wymienionym okresie byłeś/łaś w towarzystwie młodzieżowym, w którym używało się środków narkotyzujących, to zaznacz, jakie to były środki?**
*W tym pytaniu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi*
1. Marihuana, haszysz
2. Kleje, rozpuszczalniki itp.
3. LSD lub inne halucynogeny
4. Leki psychotropowe, uspokajające, nasenne
5. Amfetamina
6. Revinol
7. Heroina, „brown sugar" lub „kompot"
8. Kokaina lub crack
9. Ecstasy
10. Sterydy anaboliczne
11. Kodeina
12. Dopalacze
13. Inne środki, napisz jakie:

_____

**6. Czy palisz papierosy?**
1. Nie
2. Tak – kilka razy w roku
3. Tak – kilka razy w miesiącu
4. Tak – kilka razy w tygodniu
5. Tak – codziennie

**6A. Jak często (jeśli w ogóle) paliłeś/łaś papierosy w ciągu ostatnich 30 DNI?**
1. Wcale
2. Mniej niż jeden papieros dziennie
3. Jeden do pięciu papierosów dziennie
4. Około pół paczki dziennie
5. Około paczki dziennie lub więcej

**7. Czy w okresie od września zeszłego roku do teraz zdarzyło się, że używałeś/łaś środków narkotyzujących?**
1. Nie zdarzyło się
2. Tak – jeden lub dwa razy
3. Tak – kilka razy
4. Tak – kilkanaście razy
5. Tak – więcej niż kilkanaście razy

**7A. Jeżeli na poprzednie pytanie odpowiedziałeś/łaś „Tak", to zaznacz, jakie to były środki?**
*W tym pytaniu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi*
1. Marihuana, haszysz
2. Kleje, rozpuszczalniki itp.
3. Leki psychotropowe, uspokajające, nasenne
4. Amfetamina
5. Ecstasy
5. Dopalacze
7. inne środki, napisz jakie:

_____

**8. Czy w okresie od września zeszłego roku do teraz zdarzyło się, że używałeś/łaś leków uspokajających lub nasennych?**
1. Nie zdarzyło się
2. Tak – jeden lub dwa razy
3. Tak – kilka razy
4. Tak – kilkanaście razy
5. Tak – więcej niż kilkanaście razy

## Piwo–Wino–Wódka

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

**I. PIWO**

| **9. Kiedy piłeś(łaś) ostatni raz?** (ile to było dni lub miesięcy temu?) | **Ile wtedy wypiłeś(łaś)?** | **Z kim wtedy piłeś(łaś)?** |
|---|---|---|
| 0. nigdy nie piłem/łam | 0. nigdy nie piłem/łam | 0. nigdy nie piłem/łam |
| 1. przeszło rok temu | 1. pół butelki – 250 ml. | 1. z rodzicami |
| 2. 7 do 12 miesięcy temu | 2. butelkę – 500 ml. | 2. z innymi dorosłymi |
| 3. 3 do 6 miesięcy temu | 3. dwie butelki – 1 l. | 3. tylko z młodzieżą |
| 4. 1 do 2 miesięcy temu | 4. trzy butelki – 1,5 l. | 4. sam |
| 5. 16 do 30 dni temu | 5. cztery butelki – 2 l. | |
| 6. 8 do 15 dni temu | 6. więcej niż cztery butelki | |
| 7. 5 do 7 dni temu | | |
| 8. 1 do 4 dni temu | | |

**II. WINO** (wino białe, czerwone, szampan, wino domowe)

| **10. Kiedy piłeś(łaś) ostatni raz?** | **Ile wtedy wypiłeś(łaś)?** | **Z kim wtedy piłeś(łaś)?** |
|---|---|---|
| 0. nigdy nie piłem/łam | 0. nigdy nie piłem/łam | 0. nigdy nie piłem/łam |
| 1. przeszło rok temu | 1. pół „lampki" – 100 ml. | 1. z rodzicami |
| 2. 7 do 12 miesięcy temu | 2. jedną „lampkę" – 200 ml. | 2. z innymi dorosłymi |
| 3. 3 do 6 miesięcy temu | 3. dwie „lampki" – 400 ml. | 3. tylko z młodzieżą |
| 4. 1 do 2 miesięcy temu | 4. trzy „lampki" – 600 ml. | 4. sam |
| 5. 16 do 30 dni temu | 5. prawie całą butelkę – ok. 750 ml. | |
| 6. 8 do 15 dni temu | 6. butelkę lub więcej | |
| 7. 5 do 7 dni temu | | |
| 8. 1 do 4 dni temu | | |

**III. WÓDKA** (wódka, whisky, gin, koniak, itp.)

| **11. Kiedy piłeś(łaś) ostatni raz?** | **Ile wtedy wypiłeś(łaś)?** | **Z kim wtedy piłeś(łaś)?** |
|---|---|---|
| 0. nigdy nie piłem/łam | 0. nigdy nie piłem/łam | 0. nigdy nie piłem/łam |
| 1. przeszło rok temu | 1. mały kieliszek – 25 ml. | 1. z rodzicami |
| 2. 7 do 12 miesięcy temu | 2. duży kieliszek – 50 ml. | 2. z innymi dorosłymi |
| 3. 3 do 6 miesięcy temu | 3. dwa duże kieliszki –100 ml. | 3. tylko z młodzieżą |
| 4. 1 do 2 miesięcy temu | 4. trzy duże kieliszki –150 ml. | 4. sam |
| 5. 16 do 30 dni temu | 5. prawie ćwierć litra | |
| 6. 8 do 15 dni temu | 6. ćwierć litra lub więcej | |
| 7. 5 do 7 dni temu | | |
| 8. 1 do 4 dni temu | | |

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

*w każdej linii otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź*

| | **Nie piłem/ nie piłam** | **1–2 razy** | **3–5 razy** | **6–9 razy** | **10–19 razy** | **20 razy lub więcej** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a) ...pić jakikolwiek napój alkoholowy (np. piwo, wino, wódkę, koniak, whisky) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) ...upić się napojem alkoholowym | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

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

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

**14. Poniżej znajduje się lista stwierdzeń na temat Twojej szkoły. Prosimy o uważne przeczytanie każdego z tych stwierdzeń i zastanowienie się, w jakim stopniu są one prawdziwe lub nieprawdziwe.**
***W każdej linii otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź***

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

**15. Poniższe stwierdzenia odnoszą się do Twoich odczuć i doświadczeń związanych z Twoimi przyjaciółmi. Nie dotyczą one Twojego chłopaka lub Twojej dziewczyny.**
***W każdej linii otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź***

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

**16. Jak często chodzisz do kościoła?**

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

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

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

## NASTĘPNYCH KILKA PYTAŃ DOTYCZY TWOJEGO ZDROWIA PSYCHICZNEGO I FIZYCZNEGO

**18. W ciągu OSTATNICH 7 DNI...**

***W każdej linii otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź***

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

**19. Jeśli chodzi o Twoje zdrowie psychiczne, a w tym stres, przygnębienie i problemy emocjonalne, w ciągu ilu dni, w ostatnich 30 DNIACH, Twoje zdrowie psychiczne nie było dobre?**

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

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

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

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

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

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

***W każdej linii otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**26. Czy kiedykolwiek w ostatnich 12 miesiącach:**

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

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

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

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

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

## NASTĘPNYCH KILKA PYTAŃ DOTYCZY TWOJEG O STYLU ŻYCIA I CZASU WOLNEGO

**29. Czy masz tatuaż? (nie pytamy tu o nalepki, które udają tatuaż)**

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

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

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

**31. Ile przeciętnie godzin DZIENNIE poświęcasz na:**

| | 0 godzin | Mniej niż 1 godzinę | 1–2 godziny | 3–4 godziny | 5 lub więcej godzin |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Gry komputerowe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Internet (surfowanie, maile, czaty, gry online, facebook itp.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Odrabianie lekcji | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Swoje hobby/zainteresowania | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Spędzanie czasu poza domem (na podwórku, osiedlu, na mieście) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. Czytanie książek dla przyjemności | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | 0 godzin | Mniej niż 1 godzinę | 1–3 godziny | 4–7 godzin | 8 lub więcej godzin |
|---|---|---|---|---|---|
| a) spędzanie czasu w supermarketach, centrach handlowo-rozrywkowych (shopping) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) uczestniczenie w zorganizowanych zajęciach sportowych (np. SKS-ie lub klubie) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) uczestniczenie w – innych niż sportowe – zajęciach zorganizowanych (np. nauka języków, zajęcia artystyczne, kółka, zbiórki harcerskie itp.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) jeżdżenie na rowerze, rolkach, deskorolce, basen, bieganie, ćwiczenia wspinaczkowe, siłownię lub inne formy własnej aktywności fizycznej | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**33. W ciągu ostatnich 6 miesięcy, jak często:**

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

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

1. Ile czasu dziennie spędzasz w Internecie?

Wpisz, proszę liczbę godzin .....

| | Nie | Raczej Nie | Trudno powiedzieć | Raczej Tak | Tak |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Czy czujesz się zaabsorbowana/y Internetem (myślisz o poprzednich bądź następnych pobytach w sieci)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Czy czujesz potrzebę korzystania z Internetu przez coraz dłuższy czas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Czy wielokrotnie miałeś/łaś nieskuteczne próby kontroli, ograniczenia czasu lub zaprzestania korzystania z Internetu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Czy czułeś/łaś się zdenerwowana/y, markotna/y, zirytowana/y, przygnębiona/y, kiedy próbujesz ograniczyć lub porzucić korzystanie z Internetu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Czy przebywasz w sieci dłużej niż pierwotnie zamierzałeś/łaś? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) Czy naraziłeś/łaś na szwank lub ryzykowałeś/łaś utratę ważnego dla Ciebie związku, możliwości kształcenia się lub perspektyw zawodowych z powodu Internetu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) Czy okłamywałeś/łaś członków rodziny, nauczyciela czy inne osoby, aby ukryć, jak bardzo jesteś zajęty/a Internetem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h) Czy używasz Internetu jako sposobu ucieczki od problemów lub rozładowania złego nastroju (np. poczucia bezradności, winy, niepokoju, depresji)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## NASTĘPNE DWA PYTANIA DOTYCZĄ PRZYJMOWANIA LEKÓW

**35. Czy w ciągu ostatniego miesiąca używałeś/łaś lekarstw z powodu wymienionych poniżej problemów?**
***Zaznacz kółkiem jedną odpowiedź w każdej linii***

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

**36. Kolejne pytanie dotyczy nazw leków. Postaraj się przypomnieć sobie i wpisz do poniższej tabelki nazwy leków, które bierzesz zazwyczaj z powodu wymienionych problemów?**

| | Nie używam leków z tego powodu (krzyżyk) | Wymień nazwy leków, które zazwyczaj przyjmujesz |
|---|---|---|
| a) bóle głowy | | |
| b) bóle brzucha | | |
| c) trudności w zasypianiu | | |
| d) zdenerwowanie | | |
| e) przygnębienie, zły nastrój | | |
| f) brak energii | | |
| g) inne, jakie ..... | | |

## NASTĘPNYCH KILKA PYTAŃ DOTYCZY TWOJEJ NAJBLIŻSZEJ RODZINY

**37. Z kim głównie mieszkasz?**

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

**38. Czy Twoi rodzice palą papierosy?**

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

**39. Jakie wykształcenie uzyskali Twoi rodzice?**

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

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

**40. Czy Twoi rodzice pracują?**

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

**41. Następne pytania dotyczą Twoich rodziców lub dorosłych opiekunów, z którymi mieszkasz (otocz kółkiem wybraną przez Ciebie odpowiedź)**

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

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

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

**43. Odpowiedz, na ile prawdziwe są dla Ciebie poniższe zdania:**

| | Całkowicie nieprawdziwe | Raczej nieprawdziwe | Raczej prawdziwe | Całkowicie prawdziwe |
|---|---|---|---|---|
| a) Lubię nauczycieli, którzy uczą mnie w tym roku | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) Lubię swoją szkołę | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c) Zazwyczaj chętnie chodzę do szkoły | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d) Lubię przedmioty, których uczę się w tym roku | 1 | 2 | 3 | 4 |

**44. W kolejnym pytaniu prosimy Cię o zaznaczenie, czy zgadzasz się, czy nie zgadzasz z poniższymi stwierdzeniami**

| | Zdecydowanie tak | Raczej tak | Raczej nie | Zdecydowanie nie |
|---|---|---|---|---|
| a) W mojej szkole czuję się bezpiecznie | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) Jestem blisko związany z koleżankami i kolegami z mojej szkoły | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c) Czuję się związany z moją szkołą | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d) Większość nauczycieli w mojej szkole jest bardzo dobrych i sympatycznych | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e) Większość nauczycieli w mojej szkole jest bardzo fachowych i kompetentnych | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f) Większość zajęć w mojej szkole jest interesująca i angażująca | 1 | 2 | 3 | 4 |

**DZIĘKUJEMY BARDZO!** ☺

Zespół Pracowni „Pro-M”
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie