

Wyniki badań HBSC 2010

**Tendencje zmian zachowań zdrowotnych
i wybranych wskaźników zdrowia
młodzieży szkolnej w latach 1990–2010**





**Instytut
Matki i Dziecka**

**Wydział Pedagogiczny
Uniwersytetu
Warszawskiego**

**Tendencje zmian
zachowań zdrowotnych
i wybranych wskaźników zdrowia
młodzieży szkolnej
w latach 1990–2010**

Opracowanie pod redakcją:
Barbary Woynarowskiej i Joanny Mazur

Warszawa 2012

Autorzy opracowania:

Mgr pedagog. Anna Dzielska¹

Mgr soc. Jakub Gajewski¹

Dr n. med. Anna Kowalewska²

Dr n. med. Marta Malinowska-Cieślik³

Dr n. hum. Agnieszka Małkowska-Szcutnik¹

Dr n. med. Joanna Mazur¹

Dr n. hum. Izabela Tabak¹

Prof. dr hab. n. med. Barbara Woynarowska²

ISBN: 978-83-88767-65-4

Skład, łamanie, druk i oprawa:

Sowa – Druk na życzenie

www.sowadruk.pl

tel. (+48) 22 431 81 40

¹ Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Instytut Matki i Dziecka

² Zakład Biomedycznych i Psychologicznych Podstaw Edukacji, Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski

³ Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński

Spis treści

Przedmowa

Od ponad 30 lat realizowane są we współpracy z WHO, Biurem Regionalnym dla Europy cykliczne (co 4 lata) międzynarodowe badania ankietowe nad zachowaniami zdrowotnymi i zdrowiem subiektywnym młodzieży szkolnej HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Collaborative Cross-national Study*). Obecnie badania te realizują zespoły naukowców z 43 krajów Europy i Ameryki Północnej, tworzących dobrze zorganizowaną strukturę – międzynarodową sieć HBSC. Jest to unikatowy w skali świata model cyklicznych, wielośrodkowych badań naukowych. Dostarczają one danych o zdrowiu i stylu życia młodzieży w okresie dorastania w kontekście środowiska rodzinnego, rówieśniczego i szkolnego, które stanowią podstawę do porównań międzynarodowych oraz planowania programów promocji zdrowia młodzieży w poszczególnych krajach członkowskich sieci HBSC.

Polska uczestniczy w badaniach HBSC od 1990 r. i dotychczas odbyło się sześć serii tych badań. Stwarza to możliwość śledzenia tendencji zmian w postrzeganiu przez młodzież swego zdrowia i jej zachowaniach zdrowotnych w okresie minionych 20 lat. Prezentacji tych zmian poświęcone jest niniejsze opracowanie. Przedstawiono w nim dane (wskaźniki) uzyskane na podstawie pytań zawartych w kwestionariuszu HBSC, których sformułowania nie ulegały zmianom w kolejnych seriach badań.

W interpretacji i ocenie trendów zmian zachowań zdrowotnych młodzieży oraz jej zdrowia subiektywnego w Polsce należy brać pod uwagę fakt, że dotyczą one całego okresu transformacji. Liczne i różnorodne przemiany polityczne, gospodarcze, społeczne i kulturowe (w tym także reforma strukturalna szkolnictwa w 1999 r. i trzy reformy programowe w latach 1997, 1999 i 2008), jakie dokonały się w tym okresie mogły mieć wpływ na zmiany analizowanych wskaźników.

W niniejszym opracowaniu zamieszczono tabele i ryciny oraz syntetyczny opis zawartych w nich danych. Dane te mogą być przedmiotem bardziej pogłębionych analiz, w których można także wykorzystać publikacje, w tym raporty z badań HBSC, których wykaz zamieszczono w aneksie.

Barbara Woynarowska, Joanna Mazur

Wprowadzenie

Barbara Woynarowska, Joanna Mazur

1. Informacja o międzynarodowych badaniach HBSC

Międzynarodowe badania ankietowe nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC są unikatowym źródłem informacji o zdrowiu i zachowaniach zdrowotnych młodzieży szkolnej w Europie i Ameryce Północnej. Są one wykonywane cyklicznie (co 4 lata) we wzrastającej liczbie krajów, co umożliwia śledzenie zmian i porównania międzynarodowe. Dzięki partnerstwu i współpracy z WHO, Biurem Regionalnym dla Europy raporty prezentujące wyniki tych badań są szeroko upowszechniane i przekazywane rządów oraz twórcom polityki zdrowotnej i edukacyjnej a także wybranym instytucjom naukowym we wszystkich krajach regionu europejskiego.

Historia badań

Międzynarodowe badania nad zachowaniami młodzieży szkolnej zainicjowali w 1982 r. naukowcy z trzech krajów (Anglii, Finlandii i Norwegii) jako badania nad częstością i uwarunkowaniami palenia tytoniu przez młodzież. WHO, Biuro Regionalne dla Europy uznało je za program badań porównawczych, powtarzanych w Europie co 4 lata we wzrastającej liczbie krajów. Pierwszą serię badań przeprowadzono w latach 1983/1984 r. w 5 krajach, drugą w latach 1985–86 w 13 krajach, trzecią w latach 1989/1990 w 16 krajach, w tym po raz pierwszy w Polsce. W serii badań 2009/2010 uczestniczyły 43 kraje, w tym 41 krajów regionu

europejskiego WHO oraz Kanada i USA. Obecna nazwa badań HBSC została przyjęta na początku lat 90. XX wieku.

Struktura i organizacja badań

W miarę zwiększania się liczby krajów, w których wykonywane są badania HBSC zmieniała się (rozrastała) struktura dla ich koordynacji na poziomie międzynarodowym. Obecnie jest to sieć zespołów naukowców z 43 krajów (łącznie ponad 300 osób). Zasady przynależności i funkcjonowania sieci HBSC są określane we wspólnie opracowanym dokumencie „*Terms of reference*”, do którego przestrzegania zobowiązani są wszyscy członkowie sieci.

Na poziomie międzynarodowym istnieją obecnie trzy główne wyspecjalizowane ośrodki:

1. Międzynarodowe Centrum Koordynujące (*International Coordinating Centre*) w Edynburgu, Szkocja (w *The Child and Adolescent Health Research Unit, School of Medicine, University of St. Andrews*). Funkcję Międzynarodowego Koordynatora pełni od 1997 r. prof. Candace Currie¹.
2. Ośrodek Zarządzania Danymi, zwany także Międzynarodowym Baniem Danych (*Data Management Centre*) w Bergen, Norwegia (w *Department of Health Promotion and Development, University of Bergen*). Funkcję Zarządzającego Danymi pełni od ponad 20 lat prof. Oddrun Samdal.
3. Ośrodek Wspierania Publikacji (*Support Centre for Publications*) w Kopenhadze w Danii (w *National Institute of Public Health, University of Southern Denmark*). Funkcję Menadżera Publikacji pełni prof. Bjørn Holstein.

¹ Funkcję Międzynarodowych Koordynatorów pełnili wcześniej: prof. L.E Aaro (Uniwersytet w Bergen, Norwegia), dr Ch. Smith (Health Promotion Authority, Walia) i dr B. Wold (Uniwersytet w Bergen, Norwegia).

Członkowie sieci HBSC z różnych krajów należą do roboczych grup tematycznych (*FG Focus Groups*). W ostatnich seriach badań istniały następujące grupy: jedzenie i odchudzanie się, aktywność fizyczna, zdrowie pozytywne, zdrowie seksualne, rodzina, grupa rówieśników, środowisko szkolne, nierówności społeczne, zachowania ryzykowne, przemoc i urazy. Okresowo powoływane są inne zespoły robocze: Zadaniem roboczych grup tematycznych jest: opracowywanie/modyfikowanie pytań do poszczególnych pakietów tematycznych kwestionariusza, sprawdzanie ich właściwości psychometrycznych, (przeprowadzanie badań pilotażowych), przygotowanie części teoretycznej do protokołu badań z uzasadnieniem doboru pytań obowiązkowych i dodatkowych oraz opracowywanie międzynarodowego raportu. Odrębną kategorię stanowią grupy robocze zajmujące się opracowywaniem monotematycznych artykułów z przeznaczeniem do publikacji w specjalistycznych czasopismach (*WG – Writing Groups*).

W każdym kraju należącym do sieci HBSC istnieją **krajowe zespoły naukowe**, odpowiedzialne za realizację badań w danym kraju. Szczegółowe informacje o strukturze badań HBSC na poziomie międzynarodowym oraz o krajowych zespołach badawczych znajdują się na stronie www.hbsc.org

Podstawowe założenia badań

Głównym celem badań jest poznanie i zrozumienie zdrowia młodych ludzi w szerokim kontekście społecznym – rodziny, szkoły i grupy rówieśniczej w różnych krajach i regionach. Wyniki badań HBSC:

- umożliwiają poznanie i lepsze zrozumienie społecznych uwarunkowań zdrowia, w tym szczególnie nierówności społecznych oraz śledzenie zmian tych uwarunkowań i ich skutków;
- dostarczają ludziom tworzącym politykę na różnych poziomach i praktykom informacji ważnych dla podejmowania działań dla poprawy zdrowia i jakości życia oraz wyrównywania szans rozwojowych młodych ludzi;

– wspomagają międzynarodowe i krajowe działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki problemów zdrowotnych i społecznych dzieci i młodzieży, w tym programu szkoła promująca zdrowie.

W okresie minionych prawie 30 lat realizacji badań HBSC zmieniały się **podejścia** i **akcenty** w tych badaniach. Obecnie wyróżnić można cztery dominujące **podejścia** zintegrowane z badaniami HBSC:

- Podejście typowe dla psychologii społecznej odpowiadające tradycyjnemu rozumieniu „stylu życia”. Nawiązuje ono także do perspektywy rozwojowej, uwzględniając wpływ takich czynników, jak umiejętności życiowe, poczucie własnej wartości, postrzegane wsparcie społeczne i presja społeczna.
- Podejście typowe dla epidemiologii i zdrowia publicznego, które koncentruje się na monitorowaniu badanych zjawisk (częstości i tendencji zmian) i identyfikacji grup ryzyka oraz czynników ryzyka.
- Podejście socjologiczne ukierunkowane na analizę wpływu czynników strukturalnych, często wsparte modelami teoretycznymi. Jako metodę analiz powszechnie stosuje się modele wielopoziomowe (*multilevel*) biorąc pod uwagę wielokrotnie złożona hierarchiczna strukturę danych (uczeń–klasa–region–kraj).
- Podejście biologiczne, kładące nacisk na przebiegający indywidualnie proces dojrzewania płciowego.

Badaną grupą jest młodzież w wieku 11, 13 i 15 lat (średni wiek badanych powinien wynosić 11,6, 13,6 i 15,6 lat). Jest to burzliwy okres dojrzewania płciowego, przejście od dzieciństwa do dorosłości. Ukształtowane w tym okresie zachowania zdrowotne, w tym także ryzykowne dla zdrowia młodzi ludzie przenoszą w dorosłe życie. W każdym kraju dobierane są reprezentatywne próby młodzieży w każdej grupie wieku. Zalecana wielkość próby to 1536 uczniów, co wynika ze złożonego schematu losowania ze wskaźnikiem $DF=1,2$ (*design factor*). Zasady doboru grupy określone są w każdorazowo w międzynarodowym protokole badań.

Narzędziem badawczym jest międzynarodowy standardowy kwestionariusz HBSC. W każdym kraju jest on adaptowany i tłumaczony dwustronnie (dla zachowania porównywalności wyników). Kwestionariusz składa się z pytań;

- **obowiązkowych**, z których większość pozostawała niezmienną w kolejnych edycjach badań, co umożliwia śledzenie zmian; wyniki uzyskane przy pomocy tych pytań są prezentowane w międzynarodowych raportach z każdej edycji badań HBSC;
- **dotatkowych** rekomendowanych do wyboru (opcjonalnych); rodzaj tych pytań ulegał często zmianie, wprowadzano nowe pytania; każdy kraj ma prawo dokonać wyboru pakietów pytań dodatkowych oraz włączyć do kwestionariusza pytania własne.

Procedura przeprowadzania badań oraz przesyłania danych do Ośrodka Zarządzania Danymi (banku danych) jest szczegółowo opisana w protokole badań HBSC (*Research Protocol*) odrębnym dla każdej serii. Jest to bardzo obszerny dokument wewnętrzny sieci HBSC. Obecnie, opracowywany jest ogólnie dostępny skrócony protokół zewnętrzny, który ułatwi ośrodkom naukowym, nie będącym w sieci, korzystanie z wyników badań HBSC oraz narzędzia badawczego. Każdy kraj członkowski jest zobowiązany do ścisłego przestrzegania ustalonych zasad, co jest podstawowym warunkiem dobrej jakości badań i uzyskania porównywalnych danych międzynarodowych.

2. Badania HBSC w Polsce

W Polsce przeprowadzono dotychczas sześć serii badań HBSC, w latach 1990, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010. Funkcje kierownika (*Principal Investigator*) czterech pierwszych edycji pełniła prof. Barbara Woynarowska (do 1997 r. Instytut Matki i Dziecka, potem Wydział Pedagogiczny UW) od maja 2004 r. funkcję tę pełni dr Joanna Mazur (Instytut Matki i Dziecka).

Dobór próby

We wszystkich seriach badań jednostka losowania była klasa szkolna. W doborze klas zastosowano losowanie zespołowe, dwustopniowe. W pierwszym etapie losowania zespołem było województwo, w drugim etapie klasa. Biorąc pod uwagę wiek rozpoczynania nauki w szkole w Polsce przyjęto, że aby uzyskać próbę młodzieży w ustalonym wieku badania należy wykonać w okresie luty-kwiecień danego roku. Badania dotyczyły uczniów w szkołach publicznych i niepublicznych (bez szkół specjalnych), których dyrektorzy wyrazili zgodę na przeprowadzenie badań.

W doborze próby młodzieży do badań HBSC należy wyróżnić dwa okresy:

- **Okres pierwszy przed reformą strukturalną systemu edukacji i reforma administracyjna kraju** – obejmujący trzy pierwsze serie badań: 1990, 1994, 1998. Badano wówczas uczniów klas V i VII szkół podstawowych oraz klas I szkół ponadpodstawowych. Losowania dokonano w 1990 r. i w 1994 r. oraz w 1998 r. badania przeprowadzono w tych samych szkołach i klasach. W pojedynczych przypadkach, gdy w danej edycji badań szkoła uległa likwidacji dobrano klasy z najbliższej szkoły. Losowanie zespołowe dwustopniowe w 1990 r. przebiegało w następujący sposób:
 - W pierwszym etapie losowania zespołem było województwo – z 49 województw wylosowano 11 województw (22,5% ogółu województw) bez zwracania, z prawdopodobieństwem wyboru proporcjonalnym do liczby dzieci w wieku 11–15 lat w danym województwie. Wylosowane województwa to: białostockie, jeleniogórskie, kaliskie, katowickie, koszalińskie, olsztyńskie, opolskie, poznańskie, rzeszowskie, warszawskie, zamojskie.
 - W drugim etapie losowania zespołowo-warstwowego zespołem była klasa. Podstawą do losowania był spis oddziałów ww. klas

wraz z liczbą uczniów w tych oddziałach. Dane te dla 9 województw uzyskano w Wojewódzkich Urzędach Statystycznych ze sprawozdań GUS; w 2 województwach (białostockie i olsztyńskie) dane te zebrali bezpośrednio ze szkół kierownicy poradni medycyny szkolnej ZOZ. Oczekiwana liczebność próby z każdego województwa była proporcjonalna do liczby uczniów danego oddziału w województwie. Klasy podzielono na trzy warstwy – na wsi, w małych miastach i dużych miastach. Prawdopodobieństwo wyboru klasy było proporcjonalne do liczebności zespołu.

- W wylosowanych klasach badano ściśle określoną liczbę uczniów. Nie włączono do niej uczniów, których wiek przekraczał +/- 1 rok od średniej w danej grupie wieku; na ich miejsce badano kolejnego ucznia wg listy w dzienniku. W ten sposób uzyskano średni wiek badanych, zbliżony do określonego w protokole międzynarodowym.
- **Okres drugi po reformie systemu edukacji i administracyjnej kraju** – obejmujący trzy następne serie badań 2002, 2006, 2010. Badani uczniowie uczęszczali do klasy V szkoły podstawowej oraz klasy I i III gimnazjum. Zmieniały się też niektóre zasady losowania:
 - **W 2002 r.** w pierwszym etapie losowania zespołowego wylosowano 48 spośród 368 powiatów (13%) – po 2–4 powiatów w każdym z 16 województw. W wylosowanych powiatach sporządzono aktualną listę szkół i klas oraz zebrano informacje o liczbie uczniów w szkołach. W drugim etapie jednostka losowania była cała klasa. Określając liczbę klas do wylosowania przyjęto, że średnia liczebność klas wynosi 25 uczniów w szkole podstawowej i 30 uczniów w gimnazjum, na liście uwzględniono też klasy zapasowe. Wylosowano w każdym województwie odpowiednią liczbę klas każdego poziomu w mieście i na wsi, z prawdopodobieństwem wyboru proporcjonalnym do wielkości szkoły, aż do momentu osiągnięcia lub przekroczenia założonej próby.

- **W 2006 r.** wykorzystano próbę wylosowaną w 2002 r. po nieznacznej jej modyfikacji. Założono, że w każdym województwie zbadani będą uczniowie z co najmniej sześciu klas danego poziomu oraz, że z każdej klasy uzyska się około 20 wypełnionych ankiet. W związku z tym w województwach, w których w 2002 r. liczba klas była mniejsza wylosowano klasy dodatkowe. Wylosowano także klasy zapasowe wykorzystane w sytuacji, gdy szkoła została zlikwidowana lub obecna dyrekcja nie wyrazi zgody na przeprowadzenie badań. Ogółem 88,6% klas zbadanych w 2006 r. pochodziło ze szkół uczestniczących w badaniach HBSC w 2002 r. Ze względów organizacyjnych w 11 województwach przeprowadzono badanie uczniów wszystkich trzech grup wieku, a w pozostałych 5 województwach (lubelskie, lubuskie, opolskie, pomorskie, świętokrzyskie) zbadano tylko uczniów III klas gimnazjum (15 lat). Zagwarantowano w ten sposób duże zróżnicowanie regionalne, minimalna rekomendowaną liczbę badanych w wieku 11 i 13 lat, stwarzając równocześnie możliwość porównań we wszystkich województwach wskaźników dotyczących młodzieży 15-letniej, która miała najbardziej rozbudowany kwestionariusz.
- **W 2010 r.** użyto zmodyfikowaną próbę z lat 2002 i 2006, aby mieć pewność, że badania obejmują podobne środowiska. Ze względów organizacyjnych badania przeprowadzono tylko w ośmiu województwach, w których w 2006 r. zbadano uczniów we wszystkich trzech grupach wieku (dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, łódzkie, mazowieckie, podkarpackie, śląskie, warmińsko-mazurskie zachodnio-pomorskie). Na podstawie aktualnej listy szkół dostępnej na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej wylosowano szkoły zapasowe. Rozpisano ogólną próbę (1940 osób w każdej grupie wieku) na województwa proporcjonalnie do liczby ludności w danym województwie, ze stratyfikacją na wielkość miejscowości. W jednej szkole podstawowej lub gimnazjum ba-

dano 2–4 klas według sporządzonego klucza. Założono, że dane uzyskane od uczniów będą w przyszłości łączone z danymi na temat szkoły uzyskanymi z odrębnego kwestionariusza (*School Level Questionnaire*).

Tabela 1. Liczba badanej młodzieży w kolejnych edycjach badań HBSC

Rok badania Grupa wieku	Ogółem	Liczba badanych	
		Chłopcy	Dziewczeta
1990			
11 lat	1522	733	789
13 lat	1573	750	823
15 lat	1548	832	716
Razem	4643	2315	2328
1994			
11 lat	1473	708	756
13 lat	1514	726	788
15 lat	1540	809	731
Razem	4527	2243	2284
1998			
11 lat	1627	769	858
13 lat	1598	745	853
15 lat	1636	891	745
Razem	4861	2405	2456
2002			
11 lat	2100	1077	1023
13 lat	2131	1090	1041
15 lat	2152	1037	1115
Razem	6383	3204	3179
2006			
11 lat	1550	756	794
13 lat	1652	801	851
15 lat	2287	1092	1195
Razem	5489	2645	2840
2010			
11 lat	1550	774	776
13 lat	1650	804	846
15 lat	1551	762	789
Razem	4751	2340	2411

Dodatkowe informacje o doborze próby podano w raportach z kolejnych edycji badań HBSC (patrz aneks). W tabeli 1 podano dane charakteryzujące badane próby w kolejnych seriach badań.

Organizacja badań terenowych

W każdej serii badań opracowano na piśmie szczegółowe instrukcje dotyczące organizacji badań oraz sposobu przekazywania wypełnionych ankiet do krajowego koordynatora.

Organizacja na poziomie wojewódzkim

Za organizację i koordynację badań ankietowych w poszczególnych województwach odpowiedzialni byli wojewódzcy koordynatorzy. Do 1998 r. był to wojewódzkie instruktorki pielęgniarek szkolnych. Od 2002 r. funkcję te pełnili pracownicy wojewódzkich centrów zdrowia publicznego lub wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich. Byli oni odpowiednio przeszkoleni. Znaczna część koordynatorów uczestniczyła w więcej niż jednej edycji badań, miała duże doświadczenie i była bardzo zaangażowana w realizację badań.

Ankieterzy

Badania ankietowe w wylosowanych szkołach przeprowadzali odpowiednio dobrani ankieterzy (umiejętność organizacji badań i komunikowania się z młodzieżą), przeszkoleni przez wojewódzkich koordynatorów; największą grupę stanowiły pielęgniarce szkolne. Wielu ankieterów uczestniczyło wielokrotnie w badaniach HBSC.

Przebieg badań ankietowych

Przed przystąpieniem do badań uczniów: powiadomiono kuratorium oświaty, uzyskano zgodę dyrektora szkoły, bierną zgodę rodziców (brak z ich strony odmowy uznano to za zgodę). Uczniowie mieli prawo odmówić udziału w badaniu lub odpowiedzi na pytania, które uznali za zbyt osobiste.

Ankietyzację przeprowadzano metodą audytoryjną w szkołach, do których uczęszczali uczniowie. We wszystkich województwach roz-

poczęto badanie nie wcześniej niż 2 tygodnie od zakończenia ferii zimowych (terminy ferii w poszczególnych województwach są zróżnicowane). Badania wykonywano w okresie luty-kwiecień. Ankieter informował uczniów o celach badania HBSC, zachęcał do szczerych odpowiedzi na wszystkie pytania oraz udzielał instruktażu odnośnie zasad odpowiadania na pytania (sposób zakreślania, korekta błędów itd.). Czas wypełniania kwestionariuszy wraz z wprowadzeniem i instruktażem nieznacznie przekraczał jedną godzinę lekcyjną.

Szczególną uwagę zwracano na zapewnienie uczniom **anonimowości**. Wypełniony kwestionariusz uczeń wkładał do indywidualnej koperty, a tę do koperty zbiorczej klasy (zawierała ona metryczkę – liczba uczniów w klasie ogółem nieobecnych, odmów rodziców).

Wypełnione ankiety w kopertach zbiorczych były przesyłane przez wojewódzkich koordynatorów do ośrodka koordynującego badania (Instytut Matki i Dziecka lub Wydział Pedagogiczny UW).

Kodowanie ankiet i przesyłanie do Międzynarodowego Banku Danych

W kodowaniu ankiet wykorzystywano listę kodową zamieszczoną w protokole danej serii badań. Zakodowane dane przekazywano do Międzynarodowego Banku Danych w Uniwersytecie w Bergen wraz z dodatkową dokumentacją przebiegu badania, przygotowaną według ustalonego wzoru. Zawierała ona zwykle informacje dotyczące: systemu edukacji, populacji w wieku 11–15 lat, liczby badanych szkół i klas, czynnej lub biernej zgody instytucji i osób, formy ankietyzacji, osób przeprowadzających badanie, sposobu i kontrolo wprowadzania danych, wybranych pakietów dodatkowych oraz istotnych odstępstw w treści pytań.

W Międzynarodowym Banku Danych dokonywano czyszczenia danych uzgadniając wszystkie poprawki z krajowym koordynatorem badań. Wyczyszczone dane, były przekazywane krajowemu koordynatorowi do opracowań krajowych. Wykorzystywano je także w opracowaniu międzynarodowego raportu. Jedynie w 2010 r. krajowa próba różniła się

znacząco od próby polskiej uwzględnionej w raporcie międzynarodowym. W Polsce uwzględniono wszystkich zbadanych uczniów, wychodząc z założenia, że dane powinny być reprezentatywne dla roczników (klas) na różnych poziomach nauczania. W próbie międzynarodowej położono nacisk na porównywalność danych zebranych w różnych krajach pod względem wieku, eliminując około 10% polskiej próby.

3. Koncepcja i struktura opracowania

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie zmian niektórych wskaźników zdrowia subiektywnego oraz zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku 11, 13 i 15 lat w Polsce uzyskanych w badaniach HBSC w okresie minionych dwudziestu lat 1990–2010. Analizie poddano tylko te wskaźniki, które uzyskano na podstawie podobnie sformułowanych w kwestionariuszach pytań i kategorii odpowiedzi. W większości były to pytania obowiązkowe, ale w niektórych przypadkach (np. w zachowaniach seksualnych) w niektórych seriach badań były to pytania dodatkowe.

Prezentowane wyniki pochodzą z sześciu serii badań wykonanych w Polsce w latach: 1990, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010. Zmiany dokonywane w kwestionariuszu w okresie 20 lat dotyczyły także niektórych pytań obowiązkowych, co spowodowało ograniczenia w możliwości wykorzystania niektórych danych. Z tego też powodu niektóre wskaźniki dotyczą nie wszystkich serii badań. Niektóre pytania np. używanie marihuany lub haszyszu oraz zachowania seksualne dotyczyły tylko młodzieży 15-letniej.

Analizowane dane zestawiono w dwóch typach tabel: według wieku oraz według płci i wieku oraz na rycinach według wieku (w przypadku, gdy dane dotyczyły tylko 15-latków według płci). W tabelach zapisano wiek jako 11–12 lat, 13–14 lat, 15–16-lat, gdyż średni wiek badanych wynosił odpowiednio: 11,7, 13,7, 15,7 lat; w tekście przy omawianiu danych oraz na rycinach, dla uproszczenia, posługiwano się wiekiem 11, 13 i 15 lat.

W opisie danych zawartych w tabelach lub na rycinach w każdym rozdziale przyjęto następujący układ:

- Wprowadzenie: uzasadnienie wyboru danego wskaźnika, jego znaczenia dla zdrowia młodzieży lub skutki zachowania ryzykownego;
- Rodzaj wskaźnika i sposób jego pomiaru w badaniach HBSC, w tym: treść pytania i kategorie odpowiedzi, kryterium wartości pożądanej (zalecanej) lub ryzykownej dla zdrowia;
- Opis najważniejszych wyników, w tym sytuacja w 2010 r. oraz zmiany w kolejnych seriach badań. Opis ten jest syntetyczny (w punktach), zwrócono uwagę na najważniejsze elementy i tendencje zmian w zależności od wieku i płci.
- Podsumowanie: zwrócenie uwagi na najważniejsze wyniki, ich znaczenie dla planowania działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia młodzieży.

Opracowanie składa się z wprowadzenia i dwóch części. W pierwszej przedstawiono wskaźniki dotyczące zachowań zdrowotnych (pozytywnych, prozdrowotnych i ryzykownych dla zdrowia), w części drugiej niektóre wskaźniki zdrowia subiektywnego. W aneksie zamieszczono wykaz publikacji prezentujących wyniki badań HBSC w latach 1991–2012 opublikowanych w Polsce oraz prac, w których członkowie polskiego zespołu naukowego HBSC byli współautorami w publikacjach zagranicznych.



I. Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne (*health behaviour*) dotyczą różnych zachowań ludzi związanych ze sferą ich zdrowia, czyli postępowania w codziennym życiu w sposób, który „w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne”¹, które mogą być bezpośrednie lub odroczone w czasie. Ze względu na skutki dla zdrowia zachowania zdrowotne dzieli się na:

- **pozytywne, prozdrowotne** – sprzyjające zdrowiu (np. odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymywanie higieny ciała, konstruktywne radzenie sobie ze stresem, poddawanie się badaniom profilaktycznym); niedostatki tych zachowań mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie;
- **negatywne, antyzdrowotne** – stwarzające ryzyko dla zdrowia (np. używanie substancji psychoaktywnych, zachowania agresywne), określane jako zachowania ryzykowne lub problemowe

Zachowania zdrowotne stanowią podstawowy element stylu życia człowieka, od którego bezpośrednio, w największym stopniu, zależy jego zdrowie. Zachowania zdrowotne mogą zmieniać się przez całe życie, ale **najważniejszym okresem dla ich kształtowania się jest dzieciństwo i młodość**. Kształtują się one to w procesie socjalizacji, pod wpływem różnorodnych czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu,

¹ Gniazdowski A. (red.): *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1990.

szkole, grupie rówieśniczej, społeczności lokalnej, mediach, reklamach itd.. Szczególne znaczenie ma modelowanie zachowań przez osoby znaczące dla dziecka i młodego człowieka. **Okresem „krytycznym” dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest okres dorastania**, w którym utrwalają się nabyte wcześniej zachowania prozdrowotne, a równocześnie pojawia się wiele zachowań ryzykownych, często kumulujących się. Niektóre z nich po fazie eksperymentowania zanikają, ale u części młodych ludzi utrwalają się. Zmiany, jakie dokonują się w okresie dojrzewania decydują o tym czy młodzi ludzie wnoszą w swe dorosłe życie zasoby czy czynniki ryzyka dla zdrowia własnego i innych ludzi.

W tej części opracowania omówiono zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia uwzględnione w kolejnych seriach badań HBSC.

1. Aktywność fizyczna

Barbara Woynarowska

Aktywność fizyczna to obciążenia/wysiłki fizyczne (praca mięśni szkieletowych i towarzyszący jej cały zespół zmian czynnościowych w organizmie oraz wydatek energetyczny), które wykonuje człowiek w codziennym życiu, pracy, zabawie, zorganizowanych ćwiczeniach fizycznych. Istotą jej jest **wysiłek fizyczny** i związany z nim **wydatek energii**.

Aktywność fizyczna jest jedną z podstawowych potrzeb biologicznych człowieka oraz kluczowym elementem prozdrowotnego stylu życia, warunkiem zachowania i wzmacniania zdrowia we wszystkich okresach życia. Szczególnie ważna jest w dzieciństwie i młodości. Stymuluje rozwój fizyczny, motoryczny, psychiczny i społeczny, odgrywa istotną rolę w zapobieganiu wielu chorobom, w tym: otyłości, zaburzeniom układu ruchu, przedwczesnemu rozwojowi miażdżycy i chorobom z nią związanym oraz innym chorobom przewlekłym.

We współczesnym świecie, niezwykle szybkemu tempu życia, towarzyszy ograniczenie wysiłków fizycznych i zmniejszenie aktywności fizycznej we wszystkich grupach populacji, także u dzieci i młodzieży. Jest to jedna z przyczyn zwiększającej się częstości występowania nadwagi i otyłości. W Europie odsetek dzieci z nadwagą waha się, w zależności od regionu, od 10–40%, w Polsce nadwaga występuje u 16,4% dzieci i młodzieży (u 18,7% chłopców i 14,3% dziewcząt) w wieku 6–19 lat².

² Grajda A., Kułaga Z., Gurzkowska B., Napieralska E., Litwin M.: *Regional differences in prevalence of overweight, obesity and underweight among Polish children and adolescents*, Medycyna Wieku Rozwojowego, 2011; 15 (3 cz. I): 258–265.

Optymalny poziom aktywności fizycznej, tzn. zabezpieczający potrzeby biologiczne i zdrowotne, zależy od wieku, warunków życia, stanu zdrowia. W opracowanych w wielu krajach zaleceniach ekspertów dotyczących tego poziomu bierze się pod uwagę:

- **Łączny czas trwania**, czyli sumę minut/godzin wykonywania wysiłków fizycznych podejmowanych w codziennym życiu (lokomocja, praca, rekreacja, ćwiczenia fizyczne, trening sportowy itd.). Zaleca się, aby dzieci, młodzież i ludzie dorośli przeznaczali na wysiłki fizyczne **co najmniej 60 minut dziennie**; za minimum uznaje się 30 minut dziennie.
- **Intensywność wysiłków** – preferowane są **wysiłki wytrzymałościowe o umiarkowanej intensywności**, w czasie których: tętno osiąga poziom równy 60–70% tętna maksymalnego, wyraźnie przyspiesza się oddech, odczuwamy ciepło.

Wskaźniki aktywności fizycznej w badaniach HBSC

Pomiar aktywności fizycznej nie jest łatwy ze względu na różnorodność jej form, czas trwania, częstotliwość i intensywność wysiłków. W badaniach HBSC zastosowano subiektywną metodę pomiaru aktywności fizycznej. W kwestionariuszu pytania jej dotyczące poprzedzono podaniem definicji: *Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia w czasie wolnym, których czynność twojego serca przyspiesza się, masz poczucie, że „brak ci tchu” (szybciej oddychasz). Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami WF w szkole, uprawianiem sportu, zabawami ruchowymi z kolegami, marszem do szkoły. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, marsz, jazda na rowerze, jazda na łyżwach, gra w piłkę.*

Do zbadania poziomu aktywności fizycznej wykorzystano dwa wskaźniki:

1. **Wskaźnik MPVA** – *Moderate-to-Vigorous Physical Activity* (Umiarkowana-do-Intensywnej Aktywność Fizyczna), zaproponowany

przez autorów amerykańskich jako test przesiewowy dla lekarzy podstawowej opieki lekarskiej sprawujących opiekę nad młodzieżą³. Dla wyliczenia tego wskaźnika wykorzystano pytanie (uwzględnione w kwestionariuszu od 2002 r.) dotyczące łącznej AF w ostatnich 7 dniach (zamieszczone w ankiecie po ww. definicji): *Odpowiadając na następane pytanie oblicz, ile czasu łącznie przeznaczasz każdego dnia na aktywność fizyczną: W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczasz na aktywność fizyczna łącznie 60 minut dziennie?* Kategorie odpowiedzi: 0 – 7 dni.

Zalecany poziom wskaźnika MVPA to aktywność fizyczna łącznie co najmniej 60 min. dziennie przez 7 dni w tygodniu.

2. Wskaźnik VPA – Vigorous Physical Activity (Intensywna Aktywność Fizyczna) w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi. Do pomiaru tego wskaźnika wykorzystano dwa pytania (uwzględnione w kwestionariuszu od 1990 r., z przerwą w 2002 r.) dotyczące:

- **Częstości wykonywania w tygodniu ćwiczeń o dużej intensywności:** *Jak często w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. czujesz, że „brakuje ci tchu”, pocisz się?* Kategorie odpowiedzi: *codziennie; 4–6 razy w tygodniu; 2–3 razy w tygodniu; 1 raz w tygodniu; 1 raz w miesiącu; mniej niż 1 raz w miesiącu; nigdy.*
- **Czasu trwania ćwiczeń o dużej intensywności w tygodniu:** *Ile godzin w tygodniu w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. czujesz, że „brakuje ci tchu”, pocisz się?* Kategorie odpowiedzi: *nie ćwiczę wcale; około pół godziny; około 1 godziny; około 2–3 godzin; około 4–6 godzin; 7 godzin lub więcej.*

³ Prochaska J.J., Salis J.F., Long B.: *A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care*, Archives Paediatric Adolescent Medicine 2001; 5: 554–559.

Przyjęto, że **zalecany poziom dla wskaźnika VPA to aktywność fizyczna o dużej intensywności częsta – co najmniej 4 razy i o czasie trwania co najmniej 4 razy w tygodniu.**

1.1. Aktywność fizyczna mierzona za pomocą wskaźnika MVPA

Wskaźnik ten charakteryzuje skumulowane wysiłki fizyczne młodzieży w codziennym życiu, w tym także w czasie lekcji wychowania fizycznego. Wyniki dotyczące wartości tego wskaźnika w latach 1990–2010 przedstawiono w tab. 1 i 2 oraz na ryc. 1.

W 2010 r.:

- odsetek młodzieży osiągającej zalecany poziom wskaźnika MVPA (7 dni) był mały i zmniejszał się z wiekiem (27,3% u 11-latków; 17,8% u 13-latków; 16,2% u 15-latków);
- bardzo niski poziom aktywności fizycznej (MVPA – 0–2 dni) miało odpowiednio 14,7%; 23,6% i 25,4% nastolatków;
- we wszystkich grupach wieku występowały różnice w poziomie aktywności fizycznej zależne od płci na niekorzyść dziewcząt: mniejszy był ich odsetek osiągających zalecany poziom wskaźnika MVPA i większy odsetek osób o najniższym jego poziomie. Różnice między chłopcami pogłębiały się z wiekiem.

W latach 2002–2010 utrzymywały się różnice w poziomie aktywności fizycznej zależne od wieku i płci. Widoczne jest **korzystne zjawisko:**

- systematyczne zwiększanie się odsetka młodzieży spełniającej kryteria zalecanej wartości MVPA (7 dni). Dotyczy to wszystkich grup wieku, ale dynamika tego wzrostu była wyraźnie większa u 11-latków niż w pozostałych grupach wieku. Wzrost tego odsetka dotyczył jednak tylko chłopców (wszystkich trzech grup wieku) i 11-letnich dziewcząt;
- utrzymywanie się na podobnym poziomie odsetka młodzieży o niskiej aktywności fizycznej (MVPA 0–2 dni), tendencja ta występowała u dziewcząt i u chłopców.

1.2. Aktywność fizyczna mierzona za pomocą wskaźnika VPA

Częstość ćwiczeń fizycznych o dużej intensywności w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, w latach 1990–2010 przedstawia tabela 3 i 4 oraz ryc. 2.

W 2010 r. ćwiczenia te wykonywało:

- często (co najmniej 4 razy w tygodniu, tym codziennie) 40% 11-latków oraz ok. 30% 13- i 15-latków; odsetki te były wyraźnie mniejsze u dziewcząt niż u chłopców i różnice pogłębiały się z wiekiem (w wieku 15 lat ćwiczyło z taką częstością 43,2% chłopców i tylko 17,3% dziewcząt);
- rzadziej niż 1 raz w tygodniu lub wcale ćwiczyło ok. 25% nastolatków (różnice zależne od wieku były niewielkie); we wszystkich grupach wieku odsetek rzadko ćwiczących dziewcząt był większy niż chłopców i różnice zwiększały się z wiekiem (w grupie 15-latków rzadko ćwiczyło 17,1% chłopców i 36,1% dziewcząt).

W latach 1990–2010:

- odsetek ćwiczących często (co najmniej 4 razy w tygodniu) nie zmienił się u młodzieży w wieku 15 lat i zmniejszył się w obu młodszych grupach wieku prawie o 10 punktów procentowych w 2010 r. w stosunku do 1990 r.;
- wyraźnie zwiększył się odsetek ćwiczących rzadko, w tym prawie trzykrotnie w czasie minionych 20 lat u młodzieży w wieku 11 i 13 lat; te niekorzystne zmiany dotyczyły szczególnie chłopców oraz dziewcząt 13-letnich.

Dane o **liczbie godzin** poświęconych przez młodzież na ćwiczenia fizyczne o dużej intensywności w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, podano w tab. 5 i 6 oraz na ryc. 3.

W 2010 r.:

- na ćwiczenia te poświęcało co najmniej 4 godz. w tygodniu tylko 15–18% nastolatków, odsetki te zmniejszały się z wiekiem i były prawie dwukrotnie większe u chłopców niż u dziewcząt;

- ćwiczenia wykonywało zbyt krótko (ok. 1 godz., mniej lub wcale) ok. 60% nastolatków we wszystkich grupach wieku; odsetek dziewcząt ćwiczących tak krótko był znacznie większy niż chłopców (np. w grupie 15-latków wynosił odpowiednio 73% i 50,5%).

W latach 1990–2010 odsetek młodzieży, która przeznaczala na te ćwiczenia 4 godz. lub więcej w tygodniu zwiększył się w latach 1994–1998, a następnie w latach 2006–2010 zmniejszył się poniżej poziomu z 1990 r. Tendencja ta dotyczyła wszystkich grup wieku i była wyraźniej zaznaczona u chłopców niż dziewcząt.

Podsumowanie

W ocenie aktywności fizycznej młodzieży, w badaniach HBSC wykorzystano dwa wskaźniki:

1. Wskaźnik MVAP – łączna ocena aktywności fizycznej o co najmniej umiarkowanej intensywności w codziennym życiu uwzględniająca także zajęcia wychowania fizycznego w szkole. Na wartość tego wskaźnika miała zapewne wpływ obowiązująca liczba godzin tych zajęć. W latach 2002–2010 w klasach, do których uczęszczali badani uczniowie wymiar obowiązkowych lekcji wychowania fizycznego wynosił 4 godz. w tygodniu.
2. Wskaźnik VPA dotyczący częstości i czasu trwania ćwiczeń fizycznych o dużej intensywności w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi.

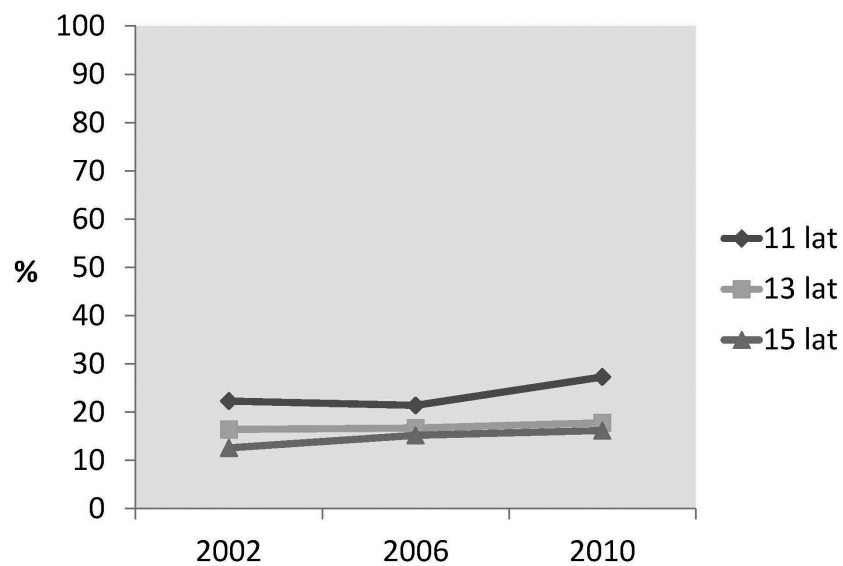
Wyniki badań HBSC wskazują, że:

- Poziom aktywności fizycznej nastolatków w Polsce jest niski:
 - zalecany poziom codziennej aktywności fizycznej, mierzonej wskaźnikiem MVAP, osiąga zaledwie co czwarty 11-latek i co szósty 15-latek;
 - ćwiczenia fizyczne o dużej intensywności w czasie wolnym co najmniej 4 dni w tygodniu wykonuje 30–40% nastolatków, a tylko 15–18% poświęca na te ćwiczenia 4 godz. w tygodniu.

- W latach 1990–2010:
 - utrzymywała się stała tendencja do zmniejszania się poziomu aktywności fizycznej z wiekiem oraz różnice zależne od płci, na niekorzyść dziewcząt; szczególnie niski jest poziom tej aktywności u dziewcząt 15-letnich, u których w tym okresie życia kończy się rozwój motoryczny i może dojść do wczesnej inwolucji motoryczności;
 - poziom codziennej aktywności fizycznej (co najmniej umiarkowanej – MVPA) młodzieży w latach 2002–2010 wykazywał tendencję zwyżkową we wszystkich grupach wieku, równocześnie zaznaczyła się tendencja do zmniejszania odsetka młodzieży o bardzo niskim poziomie MVPA. Na poziom tego wskaźnika składa się również uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego i można sądzić, że te korzystne zmiany są efektem udziału w tych lekcjach.
 - poziom intensywnej aktywności fizycznej młodzieży w czasie wolnym, poza szkołą (wskaźnik VPA) obniżył się w latach 2006–2010, w stosunku do poziomu w początku lat 90. XX wieku, szczególnie w młodszych grupach wieku. Wskazuje to, że istnieje potrzeba podjęcia badań nad przyczynami niskiej aktywności fizycznej młodzieży poza szkołą i sposobami motywowania młodzieży do jej zwiększenia.

Tabela 1. Wskaźnik MVPA – liczba dni w ostatnich 7 dniach, w których młodzież przeznaczyła na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut dziennie według wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
11-12 lat	0 dni	2,8	4,3	2,6
	1-2 dni	13,8	15,7	12,1
	3-4 dni	36,9	31,6	27,4
	5-6 dni	24,2	27,0	30,6
	7 dni	22,3	21,4	27,3
13-14 lat	0 dni	3,8	3,8	5,5
	1-2 dni	17,4	19,6	18,1
	3-4 dni	41,5	34,0	33,9
	5-6 dni	20,9	25,9	24,7
	7 dni	16,4	16,7	17,8
15-16 lat	0 dni	5,6	6,0	6,1
	1-2 dni	22,6	24,0	19,3
	3-4 dni	39,3	34,5	33,1
	5-6 dni	19,9	20,3	25,3
	7 dni	12,6	15,2	16,2



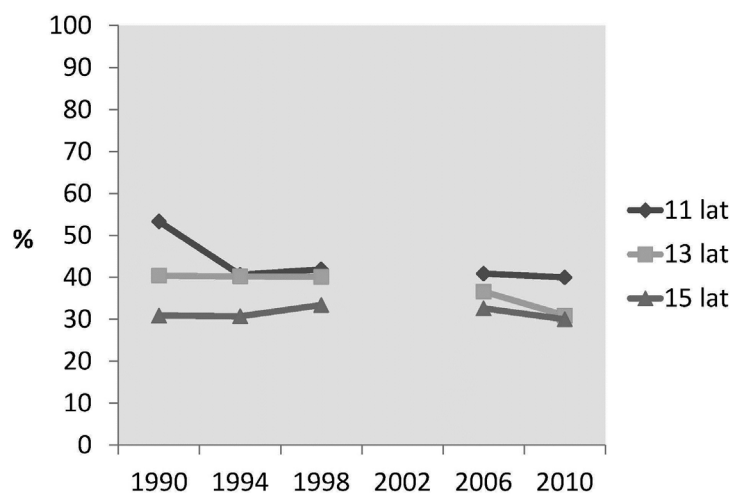
Ryc. 1. Odsetek młodzieży, która przeznaczała w ostatnim tygodniu na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut dziennie przez 7 dni według wieku

Tabela 2. Wskaźnik MVPA – liczba dni w ostatnich 7 dniach, w których młodzież przeznaczyła na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut dziennie według płci i wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	0 dni	2,4	4,2	3,0
	1–2 dni	14,2	15,5	10,1
	3–4 dni	34,4	29,0	27,3
	5–6 dni	22,6	27,3	28,2
	7 dni	26,4	24,0	31,4
13–14 lat	0 dni	3,4	2,6	5,7
	1–2 dni	14,7	16,0	16,3
	3–4 dni	38,0	32,0	29,2
	5–6 dni	24,1	27,9	26,5
	7 dni	19,8	21,5	22,3
15–16 lat	0 dni	5,6	5,1	4,8
	1–2 dni	15,8	18,4	14,6
	3–4 dni	38,0	31,2	28,8
	5–6 dni	24,4	23,9	28,8
	7 dni	16,2	21,4	23,0
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	0 dni	3,3	4,6	2,2
	1–2 dni	13,3	15,9	14,1
	3–4 dni	39,5	34,1	27,5
	5–6 dni	25,9	26,6	33,0
	7 dni	18,0	18,8	23,2
13–14 lat	0 dni	4,3	4,9	5,4
	1–2 dni	20,2	23,0	19,8
	3–4 dni	45,2	35,8	38,4
	5–6 dni	17,5	24,1	23,0
	7 dni	12,8	12,2	13,4
15–16 lat	0 dni	5,5	7,0	7,6
	1–2 dni	29,0	29,0	23,9
	3–4 dni	40,6	37,4	37,1
	5–6 dni	15,6	17,0	21,8
	7 dni	9,3	9,6	9,6

Tabela 3. Częstość wykonywania ćwiczeń o dużej intensywności w czasie wolnym poza zajęciami szkolnymi według wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
11-12 lat	codziennie	31,4	21,0	22,8	...	22,6	21,0
	4-6 razy w tygodniu	21,9	19,6	19,1	...	18,3	19,0
	2-3 razy w tygodniu	28,0	34,6	26,9	...	22,5	24,2
	1 raz w tygodniu	10,3	13,8	12,3	...	14,0	13,7
	1 raz w miesiącu	2,6	2,8	4,4	...	4,5	5,2
	rzadziej niż 1 raz w miesiącu	2,6	3,0	5,6	...	7,6	7,0
	nigdy	3,2	5,2	8,9	...	10,5	9,9
13-14 lat	codziennie	20,9	21,7	20,4	...	17,9	15,4
	4-6 razy w tygodniu	19,5	18,5	19,7	...	18,7	15,5
	2-3 razy w tygodniu	32,1	32,8	28,3	...	25,9	21,9
	1 raz w tygodniu	16,3	15,7	14,3	...	16,6	18,9
	1 raz w miesiącu	4,5	4,2	5,5	...	5,2	8,3
	rzadziej niż 1 raz w miesiącu	4,2	3,2	6,6	...	8,4	9,4
	nigdy	2,5	3,9	5,2	...	7,3	10,6
15-16 lat	codziennie	14,9	15,6	15,5	...	16,9	14,0
	4-6 razy w tygodniu	16,0	15,1	17,9	...	15,7	16,0
	2-3 razy w tygodniu	31,4	30,3	27,6	...	21,9	26,2
	1 raz w tygodniu	19,7	21,2	18,0	...	18,5	17,0
	1 raz w miesiącu	7,1	6,8	7,0	...	7,0	8,1
	rzadziej niż 1 raz w miesiącu	7,3	5,9	7,7	...	11,0	8,8
	nigdy	3,6	5,1	6,3	...	9,0	9,9



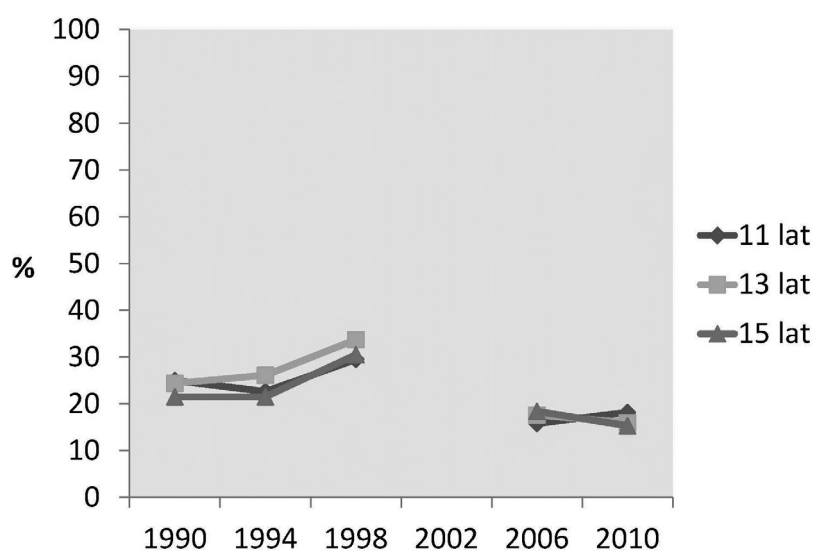
Ryc. 2. Odsetek młodzieży, która wykonywała ćwiczenia o dużej intensywności co najmniej 4 razy w tygodniu według wieku

Tabela 4. Częstość wykonywania ćwiczeń o dużej intensywności w czasie wolnym poza zajęciami szkolnymi według płci i wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY							
11-12 lat	codziennie	40,1	26,4	28,4	...	26,9	23,3
	4-6 razy w tygodniu	22,9	19,9	22,9	...	21,3	20,5
	2-3 razy w tygodniu	21,5	35,2	22,9	...	22,7	22,5
	1 raz w tygodniu	9,3	9,2	9,3	...	11,5	12,4
	1 raz w miesiącu	2,3	2,1	4,4	...	3,7	4,5
	rzadziej niż 1 raz w miesiącu	2,9	2,1	5,2	...	5,0	6,8
	nigdy	1,0	5,1	6,9	...	8,9	10,0
13-14 lat	codziennie	28,8	28,7	26,3	...	22,4	19,2
	4-6 razy w tygodniu	24,3	21,8	22,5	...	23,0	18,3
	2-3 razy w tygodniu	27,5	31,7	28,8	...	26,6	23,7
	1 raz w tygodniu	10,9	9,9	11,2	...	12,8	14,3
	1 raz w miesiącu	3,3	2,9	3,4	...	3,3	6,2
	rzadziej niż 1 raz w miesiącu	3,6	1,7	3,8	...	5,8	7,9
	nigdy	1,6	3,3	4,0	...	6,1	10,4
15-16 lat	codziennie	20,4	20,4	19,9	...	23,0	20,1
	4-6 razy w tygodniu	21,5	19,8	24,0	...	21,2	23,1
	2-3 razy w tygodniu	31,6	31,2	27,0	...	22,9	28,5
	1 raz w tygodniu	15,2	16,3	15,2	...	15,2	11,2
	1 raz w miesiącu	4,8	5,7	4,4	...	4,8	5,6
	rzadziej niż 1 raz w miesiącu	4,0	3,3	4,4	...	5,6	4,5
	nigdy	2,5	3,3	5,1	...	7,3	7,0
DZIEWCZĘTA							
11-12 lat	codziennie	23,5	16,2	17,8	...	18,6	19,0
	4-6 razy w tygodniu	20,8	19,2	15,7	...	15,5	17,5
	2-3 razy w tygodniu	34,0	34,0	30,4	...	22,2	25,8
	1 raz w tygodniu	11,2	18,0	15,1	...	16,4	15,0
	1 raz w miesiącu	2,9	3,4	4,3	...	5,2	5,7
	rzadziej niż 1 raz w miesiącu	2,4	3,8	6,0	...	10,0	7,2
	nigdy	5,2	5,4	10,7	...	12,1	9,8
13-14 lat	codziennie	14,0	15,1	15,3	...	13,6	11,6
	4-6 razy w tygodniu	15,1	15,5	17,2	...	14,7	13,0
	2-3 razy w tygodniu	36,3	33,9	27,9	...	25,3	20,3
	1 raz w tygodniu	21,1	20,9	16,9	...	20,2	23,2
	1 raz w miesiącu	5,5	5,5	7,4	...	7,0	10,3
	rzadziej niż 1 raz w miesiącu	4,7	4,7	9,1	...	10,8	10,9
	nigdy	3,3	4,4	6,2	...	8,4	10,7
15-16 lat	codziennie	8,7	10,3	10,3	...	11,4	8,0
	4-6 razy w tygodniu	9,5	10,0	10,5	...	10,7	9,3
	2-3 razy w tygodniu	31,1	29,3	28,2	...	21,0	24,1
	1 raz w tygodniu	25,0	26,5	21,4	...	21,5	22,5
	1 raz w miesiącu	9,8	8,1	10,1	...	9,0	10,6
	rzadziej niż 1 raz w miesiącu	11,2	8,8	11,8	...	15,8	12,9
	nigdy	4,7	7,0	7,7	...	10,6	12,6

Tabela 5. Liczba godzin wykonywania ćwiczeń o dużej intensywności w czasie wolnym poza zajęciami szkolnymi według wieku (% badanych)

	1990	1994	1998	2002	2006	2010	
11-12 lat	wcale	5,9	8,2	12,4	...	10,3	9,4
	około pół godziny	12,7	15,1	16,2	...	27,9	23,4
	około 1 godziny	27,2	26,4	16,8	...	26,0	27,6
	około 2-3 godzin	29,2	27,7	25,1	...	20,0	21,4
	około 4-6 godzin	13,4	13,8	14,5	...	8,0	8,2
	7 godzin lub więcej	11,6	8,8	15,0	...	7,8	10,0
13-14 lat	wcale	4,8	7,6	9,5	...	10,3	14,0
	około pół godziny	14,4	13,6	13,7	...	25,4	26,6
	około 1 godziny	24,1	21,7	15,8	...	24,5	23,4
	około 2-3 godzin	32,3	31,0	27,3	...	22,2	20,0
	około 4-6 godzin	14,0	14,3	17,4	...	9,4	8,9
	7 godzin lub więcej	10,4	11,8	16,3	...	8,2	7,1
15-16 lat	wcale	8,9	9,9	10,9	...	15,7	16,9
	około pół godziny	16,8	15,1	15,8	...	22,6	22,8
	około 1 godziny	25,1	23,3	16,7	...	21,8	22,3
	około 2-3 godzin	27,7	30,2	26,1	...	21,5	22,7
	około 4-6 godzin	11,2	12,2	15,5	...	9,3	7,5
	7 godzin lub więcej	10,3	9,3	15,0	...	9,1	7,8



Ryc. 3. Odsetek młodzieży, która wykonywała ćwiczenia o dużej intensywności w czasie wolnym co najmniej 4 godziny w tygodniu według wieku

Tabela 6. Liczba godzin wykonywania w tygodniu ćwiczeń o dużej intensywności w czasie wolnym poza zajęciami szkolnymi według płci i wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY							
11–12 lat	wcale	5,0	8,1	11,0	...	8,3	9,4
	około pół godziny	9,9	11,3	13,6	...	20,2	17,9
	około 1 godziny	24,2	23,1	15,0	...	28,2	27,6
	około 2–3 godzin	29,7	30,2	24,0	...	23,1	22,7
	około 4–6 godzin	14,9	15,0	16,9	...	10,2	9,7
	7 godzin lub więcej	16,3	12,3	19,5	...	10,0	12,7
13–14 lat	wcale	4,6	5,5	6,5	...	7,7	12,1
	około pół godziny	11,3	8,5	8,7	...	19,8	22,4
	około 1 godziny	20,4	19,0	12,3	...	23,4	21,4
	około 2–3 godzin	32,2	32,3	28,6	...	25,9	22,1
	około 4–6 godzin	16,7	19,4	20,7	...	12,2	11,5
	7 godzin lub więcej	14,8	15,3	23,2	...	11,0	10,5
15–16 lat	wcale	6,2	6,7	7,6	...	11,2	10,9
	około pół godziny	12,0	10,9	10,3	...	14,9	17,6
	około 1 godziny	20,8	20,8	13,1	...	22,3	22,0
	około 2–3 godzin	31,0	35,1	27,7	...	24,5	27,7
	około 4–6 godzin	14,4	13,7	19,5	...	12,3	9,5
	7 godzin lub więcej	15,6	12,8	21,8	...	14,8	12,3
DZIEWCZĘTA							
11–12 lat	wcale	7,0	8,4	13,5	...	12,1	9,3
	około pół godziny	15,4	18,6	18,5	...	35,3	28,8
	około 1 godziny	29,9	29,4	18,5	...	23,9	27,6
	około 2–3 godzin	28,7	25,3	26,2	...	17,1	20,2
	około 4–6 godzin	11,8	12,7	12,4	...	5,9	6,8
	7 godzin lub więcej	7,2	5,6	10,9	...	5,7	7,3
13–14 lat	wcale	5,1	9,6	12,1	...	12,8	15,7
	około pół godziny	17,1	18,5	18,1	...	30,8	30,4
	około 1 godziny	27,5	24,1	18,8	...	25,4	25,3
	około 2–3 godzin	32,4	29,7	26,2	...	18,8	18,1
	około 4–6 godzin	11,4	9,6	14,5	...	6,7	6,5
	7 godzin lub więcej	6,5	8,5	10,3	...	5,5	4,0
15–16 lat	wcale	12,0	13,4	15,1	...	19,9	22,7
	około pół godziny	22,4	19,7	22,3	...	29,5	27,7
	około 1 godziny	30,1	26,1	21,0	...	21,4	22,6
	około 2–3 godzin	23,9	24,8	24,1	...	18,8	17,9
	około 4–6 godzin	7,4	10,6	10,7	...	6,5	5,6
	7 godzin lub więcej	4,2	5,4	6,8	...	3,9	3,5



2. Zachowania sedenteryjne w czasie wolnym

Barbara Woynarowska

Terminem „zachowania sedenteryjne” określa się wszystkie typy zajęć (aktywności) związanych z małym wydatkiem energii i przebywaniem najczęściej w pozycji siedzącej (łac. *sedeo* – siedzieć). Przewaga tego typu zachowań w codziennym życiu dotyczy ludzi we wszystkich okresach życia, w tym także dzieci i młodzieży od najmłodszych lat. Wiąże się to długotrwałym uruchomieniem w pozycji siedzącej już w przedszkolu, a następnie w szkole i w pracy, a w czasie wolnym z oglądaniem telewizji i korzystaniem z komputera.

Nadmiar zachowań sedenteryjnych w budżecie czasu dzieci i młodzieży, a także ludzi dorosłych, jest jedną z przyczyn wielu problemów zdrowotnych i społecznych, w tym:

- Narastającej częstości nadwagi i otyłości. Wykazano, że w czasie oglądania telewizji ludzie często spożywają wysokokaloryczne produkty – słodkie i słodkie napoje, chipsy a zmniejsza się ich spożycie owoców i warzyw⁴. Wiele reklam produktów wysokoenergetycznych w reklamach telewizyjnych i w Internecie zachęca młodzież do ich kupowania.
- Występowania już u młodych ludzi bólów pleców – w 2010 r. prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu odczuwało te bóle 9,4% 11-latków, 13,3% 15-latków oraz 18,0% 17-latków (patrz też rozdz. XX)⁵. Zespoły bólowe w różnych odcinkach kręgosłupa

⁴ Dietz W.: *Factors associated with childhood obesity*, Nutrition, 2002; 7(4): 290–291; Vereecken C.A. et al.: *Television viewing behavior and associations with food habits in different countries*, Public Health Nutrition, 2006; 9: 244–250.

⁵ Mazur J., Małkowska-Szcutnik A.: *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, s. 79.

występują u znacznego odsetka ludzi dorosłych. Zdaniem ortopedów pozycja siedząca jest szczególnie niekorzystna dla kręgosłupa, wiąże się z wysiłkiem statycznym, zwiększeniem napięcia i obciążenia mięśni karku i grzbietu oraz kręgosłupa lędźwiowego, powoduje niekorzystne zmiany w biomechanice kręgosłupa⁶.

- Występowanie zachowań agresywnych i innych zachowań ryzykownych w następstwie niekontrolowanego korzystania przez młodzież z telewizji, niektórych gier komputerowych lub Internetu.

Z ww. powodów nadmierna ilość czasu przeznaczanego na zajęcia sedenteryjne (których obecne formy są dla większości dzieci i młodzieży bardzo atrakcyjne) nie jest korzystna dla zdrowia. Dlatego w badaniach HBSC uwzględniono pytania dotyczące czasu przeznaczonego przez młodzież w czasie wolnym na oglądanie telewizji, filmów video, gry komputerowe i inne formy korzystania z komputera.

Wskaźniki zachowań sedenteryjnych w badaniach HBSC

Pytania dotyczące zachowań sedenteryjnych uwzględniono w kwestionariuszu HBSC w 1989/1990 r. W kolejnych seriach badań ulegały one modyfikacji, co utrudnia śledzenie zmian. Dlatego w niniejszym opracowaniu wykorzystano tylko dane z lat 2002–2010 i następujące trzy wskaźniki:

- 1. Liczba godzin dziennie przeznaczanych w czasie wolnym na oglądanie telewizji (w tym wideo i DVD).** Pytanie: *Ile godzin dziennie w czasie wolnym zwykle oglądasz telewizję (w tym wideo i DVD)?*
- 2. Liczba godzin dziennie przeznaczanych w czasie wolnym na gry komputerowe lub na konsoli.** Pytanie: *Ile godzin dziennie w czasie wolnym zwykle grasz w gry komputerowe lub na konsoli (np. PlayStation, Xbox, GameCube)?*

⁶ Kiwerski J., Fiutko R., (red.): *Bóle kręgosłupa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.

3. Liczba godzin dziennie przeznaczanych w czasie wolnym na inne zajęcia w wykorzystaniem komputera. Pytanie: *Ile godzin dziennie w czasie wolnym zwykle korzystasz z komputera (czat, korzystanie z Internetu, wysyłanie wiadomości e-mail, odrabianie lekcji)?*

Wszystkie trzy ww. pytania dotyczyły **dni szkolnych i weekendu**: *Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i w dniach weekendu.* Jednakowe były też kategorie odpowiedzi: *od wcale do około 7 lub więcej godzin.*

Przyjęto, że **u dzieci czas przeznaczony na oglądanie telewizji nie powinien przekraczać jednej do dwóch godzin dziennie**⁷ i podobną zasadę przyjęto w stosunku do gier komputerowych oraz innych zajęć przy komputerze.

1.1. Czas przeznaczany przez młodzież na oglądanie telewizji

Dane dotyczące czasu przeznaczanego przez młodzież w czasie wolnym na oglądanie telewizji (w tym wideo i DVD) w dni szkolne i dni weekendu przedstawiono w tabeli 7 i 8 oraz na ryc. 4.

W 2010 r.:

- odsetek młodzieży spędzającej przed telewizorem 2 godz. lub więcej dziennie był większy w dniach weekendu (ponad 80% badanych) niż w dniach szkolnych (ok. 65%); niepokojące jest, że co trzeci 13-latek i co czwarty 11- i 15-latek oglądał telewizję w dniach weekendu 5 godzin lub więcej;
- najwięcej czasu na oglądanie telewizji w dni szkolne i w weekendy przeznaczała młodzież 13-letnia;
- odsetek przeznaczających na oglądanie telewizji 2 godz. lub więcej dziennie w dni szkolne był we wszystkich grupach wieku nieco

⁷ American Academy of Paediatrics: *Children, adolescents and television*, Paediatrics 2001; 107: 423–426; Canadian Paediatric Society: *Impact of media use on children and youth*, Paediatric and Child Health 2003; 8: 301- 306.

większy u chłopców niż u dziewcząt, w dniach weekendu odwrotnie, nieco częściej oglądały telewizję tak długo dziewczęta niż chłopcy.

W latach 2002–2010 we wszystkich grupach wieku zmniejszał się odsetek młodzieży przekraczającej zalecany czas oglądania telewizji (2 godz. lub więcej dziennie) zarówno w dni szkolne jak i w weekendy. Tendencja ta dotyczyła chłopców i dziewcząt.

1.2. Czas przeznaczony przez młodzież na gry komputerowe lub na konsoli

W tabeli 9 i 10 oraz na ryc. 5 zamieszczono dane dotyczące liczby godzin przeznaczonych na gry komputerowe lub na konsoli w dniach szkolnych i w weekendy. Są to dane uzyskane tylko w latach 2006 i 2010, gdy sformułowania pytań i kategorie odpowiedzi były takie same.

W 2010 r.:

- odsetek młodzieży, która przeznaczala na gry komputerowe 2 godz. lub więcej dziennie w dni weekendu (ok. 55%–68%) był większy niż w dni szkolne (ok. 45%); odsetek przeznaczających na te zajęcia bardzo dużo czasu (ok. 5 godz. lub więcej) był dwukrotnie większy w weekendy;
- częściej dłużej grała na komputerze młodzież 11- i 13-letnia niż 15-letnia;
- we wszystkich grupach wieku odsetek grających w gry komputerowe lub na konsoli w dni szkolne i weekendy był co najmniej dwukrotnie większy u chłopców niż u dziewcząt.

W latach 2006–2010 we wszystkich grupach wieku zwiększył się odsetek korzystających długo (2 godz. lub dłużej dziennie) z gier komputerowych lub na konsoli. Dotyczyło to zarówno chłopców jak i dziewcząt. Utrzymywały się też różnice zależne od wieku (więcej czasu przeznaczaly na te zajęcia nastolatki młodsze niż starsze).

1.3. Czas przeznaczany przez młodzież na inne zajęcia z wykorzystaniem komputera

Dane dotyczące liczby godzin przeznaczonych na inne zajęcia z wykorzystaniem komputera (czat, korzystanie z Internetu, wysyłanie wiadomości e-mail, odrabianie lekcji) przedstawiono w tabeli 11 i 12 oraz na ryc. 6.

W 2010 r.:

- we wszystkich grupach wieku więcej młodzieży korzystało z komputera dziennie ok. 2 godz. lub więcej w dniach weekendu niż szkolnych (różnice ok. 13 punktów procentowych);
- odsetek korzystających z komputera przez ww. liczbę godzin systematycznie zwiększał się z wiekiem (w dniach szkolnych od 45,8% – u 11-latków do 65,3% u 15-latków); tendencja ta dotyczyła chłopców i dziewcząt oraz dni szkolnych i weekendów;
- czas przeznaczany na korzystanie z komputera przez chłopców i dziewczęta był podobny u 13- i 15-latków; wśród 11-latków korzystali z komputera nieco dłużej chłopcy niż dziewczęta.

W latach 2006–2010 we wszystkich grupach wieku u obu płci zwiększył się odsetek korzystających długo z komputera w dni szkolne i weekendy. Utrzymywały się też różnice zależne od wieku tzn. młodzież 15-letnia przeznaczała na zajęcia na komputerze więcej czasu niż młodzież młodsza.

Podsumowanie

Przedmiotem analizy były dane z badań HBSC dotyczące trzech zachowań sedenteryjnych w czasie wolnym, czyli zajęć (aktywności) w pozycji siedzącej z niewielkim wydatkiem energii: oglądania telewizji (wideo i DVD), gier na komputerze lub konsoli oraz korzystania z komputera dla innych celów (czat, Internet, wysyłanie e-maili, odrabianie lekcji). Młodzież pytano o liczbę godzin przeznaczonych na te zajęcia w dni szkolne i dni weekendu. Przyjęto, że czas przeznaczany na każde z tych zajęć nie powinien

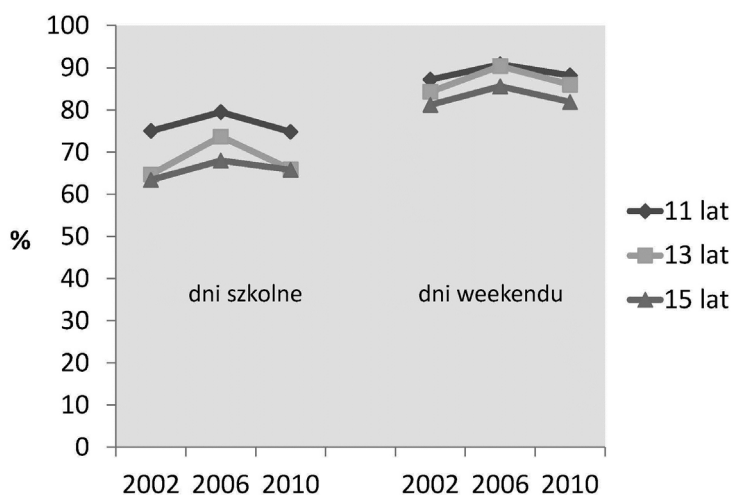
przekraczać 2 godzin dziennie, zwłaszcza, że zajęcia te zwykle się kumulują, co wiąże się z długotrwałym unieruchomieniem, często w nieprawidłowej pozycji i niedostosowanych do wysokości ciała meblach.

Uzyskane wyniki wskazują, że;

- W 2010 r. odsetek spędzających w sposób sedenteryjny czas wolny był bardzo duży – około 2 godziny lub więcej dziennie:
 - oglądało telewizję w dniach szkolnych ok. 65%, a weekendy ponad 80% młodzieży,
 - grało w gry komputerowe lub na konsoli w dni szkolne ok. 45% młodzieży, a w weekendy w zależności od wieku od 54% do 68% nastolatków (więcej młodszych niż starszych);
 - korzystało z komputera wykonując różne zadania, w zależności od wieku, w dni szkolne 46% – 65% a w weekend 59% -79%; wzrastający wraz z wiekiem odsetek długo pracujących przy komputerze jest zapewne wynikiem wykorzystywania komputera do odrabiania lekcji, których ilość zwiększa się z wiekiem.
- W latach 2002–2010, we wszystkich grupach wieku, zmniejszył się odsetek młodzieży oglądającej telewizję ok. 2 godz. lub więcej dziennie, a równocześnie w latach 2006–2010 zwiększał się odsetek grających tak długo w gry komputerowe i korzystających z komputera dla wykonywania różnych zadań. Wskazuje to, że zajęcia z wykorzystaniem komputera są obecnie dla młodzieży bardziej atrakcyjne niż oglądanie telewizji i jest to dla niej forma rozrywki. Przyczyną tych zmian może być także zwiększająca się dostępność młodzieży do komputerów. Potwierdzają to także wyniki badań HBSC. Na pytanie w kwestionariuszu: *Ile komputerów należy do twojej rodziny?* odpowiedziało, że w rodzinie jest co najmniej jeden komputer w grupie 15-latków w: 2002 r. – 68,7%; w 2006 r. – 89,8%; w 2010 r. – 97,4% badanej młodzieży. W związku z planowanym wprowadzaniem e-podręczników należy sądzić, że czas siedzenia młodzieży przy komputerze będzie się nadal zwiększał.

Tabela 7. Liczba godzin przeznaczanych dziennie przez młodzież na oglądanie telewizji lub wideo i DVD w dni szkolne i w weekendy według wieku (% badanych)

		Dni szkolne			Dni weekendu		
		2002	2006	2010	2002	2006	2010
11-12 lat	wcale	3,2	7,9	7,1	2,3	2,7	4,4
	około 0,5-1 godz.	21,8	27,4	29,5	10,5	13,0	14,4
	około 2 godz.	23,4	23,8	24,9	15,6	19,6	20,0
	około 3 godz.	22,5	17,1	16,2	19,7	19,0	16,8
	około 4 godz.	13,6	11,4	8,7	18,0	16,9	16,7
	około 5 godz.	6,5	4,8	5,0	13,3	9,7	11,2
	około 6 godz. lub więcej	9,0	7,6	8,6	20,6	19,1	16,5
13-14 lat	wcale	2,6	5,0	8,3	2,0	2,5	5,0
	około 0,5-1 godz.	17,9	21,3	23,7	7,2	7,1	9,4
	około 2 godz.	23,6	24,5	23,7	12,4	13,8	16,0
	około 3 godz.	24,7	21,8	18,7	18,6	17,0	19,3
	około 4 godz.	13,9	12,3	11,5	19,2	18,7	17,4
	około 5 godz.	8,4	6,8	5,5	16,4	14,8	11,7
	około 6 godz. lub więcej	8,9	8,3	8,6	24,2	26,1	21,2
15-16 lat	wcale	3,0	6,6	6,9	2,0	3,1	5,3
	około 0,5-1 godz.	22,2	27,5	27,3	9,8	10,9	12,8
	około 2 godz.	24,8	26,3	25,7	14,3	16,5	17,5
	około 3 godz.	22,4	18,6	19,3	17,5	19,7	20,4
	około 4 godz.	14,4	9,4	10,5	19,3	17,2	17,6
	około 5 godz.	7,0	4,4	4,2	15,1	13,9	12,0
	około 6 godz. lub więcej	6,2	7,2	6,1	22,0	18,7	14,4



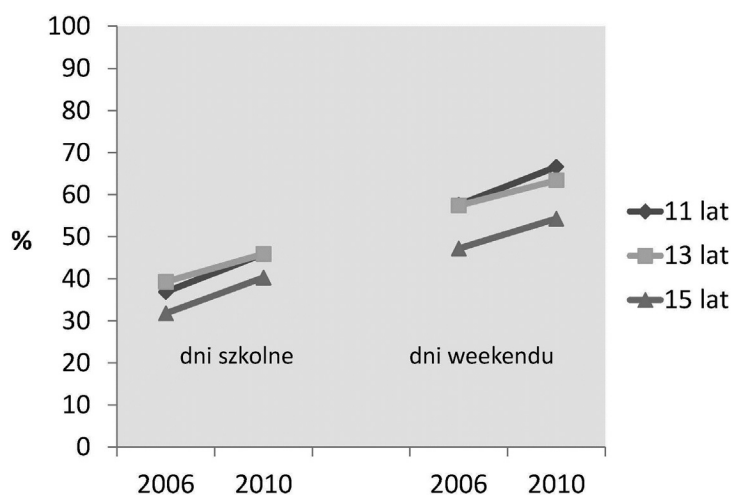
Ryc. 4. Odsetek młodzieży, która przeznaczała na oglądanie telewizji lub wideo i DVD 2 lub więcej godzin dziennie w dni szkolne i w weekendy według wieku

Tabela 8. Liczba godzin przeznaczanych dziennie przez młodzież na oglądanie telewizji lub wideo i DVD w dni szkolne i w weekendy według płci i wieku (% badanych)

		Dni szkolne			Dni weekendu		
		2002	2006	2010	2002	2006	2010
CHŁOPCY							
11-12 lat	wcale	2,6	9,0	6,6	2,5	3,2	5,1
	około 0,5-1 godz.	19,9	24,8	28,5	10,0	11,0	14,0
	około 2 godz.	20,6	23,2	24,5	13,9	20,0	19,8
	około 3 godz.	22,9	16,9	15,4	17,8	17,9	15,9
	około 4 godz.	14,5	11,7	8,2	16,6	16,2	16,7
	około 5 godz.	7,8	5,2	5,6	13,8	9,7	9,8
	około 6 godz. lub więcej	11,7	9,2	11,2	25,4	22,0	18,7
13-14 lat	wcale	2,2	6,1	8,8	2,3	2,7	6,3
	około 0,5-1 godz.	16,7	19,3	21,5	7,3	6,8	9,0
	około 2 godz.	22,5	25,6	22,9	11,8	13,7	14,7
	około 3 godz.	23,3	19,3	19,4	18,4	17,1	19,6
	około 4 godz.	15,5	13,2	10,1	18,1	16,6	16,2
	około 5 godz.	8,6	6,7	5,8	15,2	15,3	9,7
	około 6 godz. lub więcej	11,2	9,8	11,5	26,9	27,8	24,5
15-16 lat	Wcale	2,3	6,8	8,3	2,0	4,3	6,9
	około 0,5-1 godz.	19,0	24,8	25,1	8,5	10,8	12,4
	około 2 godz.	23,8	25,2	26,8	13,3	17,1	19,0
	około 3 godz.	21,6	18,1	19,4	17,3	17,9	20,9
	około 4 godz.	15,8	10,6	10,1	18,5	16,3	17,0
	około 5 godz.	8,5	5,3	4,6	14,0	12,7	10,9
	około 6 godz. lub więcej	9,0	9,2	5,7	26,4	20,9	12,9
DZIEWCZĘTA							
11-12 lat	wcale	3,7	6,9	7,6	2,0	2,1	3,7
	około 0,5-1 godz.	23,8	29,8	30,5	11,0	14,9	14,8
	około 2 godz.	26,3	24,4	25,1	17,3	19,2	20,2
	około 3 godz.	22,1	17,3	17,0	21,9	20,2	17,8
	około 4 godz.	12,9	11,0	9,4	19,4	17,6	16,6
	około 5 godz.	5,0	4,5	4,4	12,7	9,7	12,6
	około 6 godz. lub więcej	6,2	6,1	6,0	15,7	16,3	14,3
13-14 lat	wcale	3,1	4,1	7,8	1,6	2,2	3,9
	około 0,5-1 godz.	19,2	23,0	25,7	7,1	7,3	9,8
	około 2 godz.	24,6	23,3	24,4	13,0	14,0	17,2
	około 3 godz.	26,3	24,2	18,0	18,9	17,0	19,1
	około 4 godz.	12,2	11,4	12,9	20,3	20,6	18,3
	około 5 godz.	8,2	7,0	5,3	17,7	14,4	13,6
	około 6 godz. lub więcej	6,4	7,0	5,9	21,4	24,5	18,1
15-16 lat	wcale	3,6	6,4	5,5	2,0	1,9	3,9
	około 0,5-1 godz.	25,2	30,0	29,3	11,0	10,9	13,1
	około 2 godz.	25,6	27,4	24,7	15,3	16,0	16,1
	około 3 godz.	23,3	19,1	19,5	18,0	21,4	19,8
	około 4 godz.	13,1	8,3	10,9	19,8	18,1	18,3
	około 5 godz.	5,6	3,5	3,7	16,1	15,0	13,0
	około 6 godz. lub więcej	3,6	5,3	6,4	17,8	16,7	15,8

Tabela 9. Liczba godzin przeznaczanych dziennie przez młodzież na gry komputerowe lub na konsoli w dni szkolne i w weekendy według wieku (% badanych)

		Dni szkolne		Dni weekendu	
		2006	2010	2006	2010
11-12 lat	wcale	25,4	19,8	16,1	11,0
	około 0,5-1 godz.	37,7	34,3	26,3	22,4
	około 2 godz.	15,7	20,0	18,2	20,0
	około 3 godz.	7,8	9,0	12,6	14,4
	około 4 godz.	4,5	5,8	8,2	10,1
	około 5 godz.	2,6	3,0	7,0	7,4
	około 6 godz. lub więcej	6,3	8,1	11,6	14,7
13-14 lat	wcale	30,3	28,6	20,8	18,4
	około 0,5-1 godz.	30,4	25,5	21,8	18,2
	około 2 godz.	15,4	15,6	13,2	14,4
	około 3 godz.	9,8	10,7	13,2	11,6
	około 4 godz.	5,6	7,6	8,7	12,0
	około 5 godz.	2,7	4,0	7,4	7,5
	około 6 godz. lub więcej	5,8	8,0	14,9	17,9
15-16 lat	wcale	43,1	35,7	32,7	28,5
	około 0,5-1 godz.	25,1	24,0	20,1	17,2
	około 2 godz.	11,4	13,9	11,8	12,4
	około 3 godz.	7,7	11,1	9,4	10,7
	około 4 godz.	5,0	6,8	7,8	10,4
	około 5 godz.	2,4	3,8	5,1	7,2
	około 6 godz. lub więcej	5,3	4,7	13,1	13,6



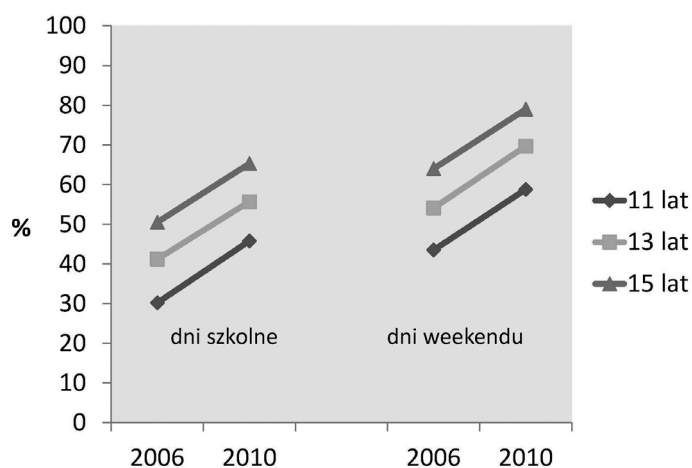
Ryc. 5. Odsetek młodzieży, która przeznaczająca na gry komputerowe lub na konsoli 2 lub więcej godziny dziennie w dni szkolne i w weekendy według wieku

Tabela 10. Liczba godzin przeznaczanych dziennie przez młodzież na dziennie na gry komputerowe lub na konsoli w dni szkolne i w weekendy według wieku (% badanych)

		Dni szkolne		Dni weekendu	
		2006	2010	2006	2010
CHŁOPCY					
11-12 lat	wcale	18,5	13,2	11,0	7,2
	około 0,5-1 godz.	30,2	28,8	17,8	16,9
	około 2 godz.	18,6	21,7	18,1	17,2
	około 3 godz.	11,2	11,6	12,7	15,8
	około 4 godz.	7,1	7,6	11,5	12,0
	około 5 godz.	4,0	4,3	10,1	9,1
	około 6 godz. lub więcej	10,4	12,8	18,8	21,8
13-14 lat	wcale	16,2	12,5	10,2	7,9
	około 0,5-1 godz.	25,5	21,6	12,3	9,0
	około 2 godz.	20,6	17,8	13,2	12,6
	około 3 godz.	15,3	15,9	16,0	12,7
	około 4 godz.	8,1	11,1	11,6	17,0
	około 5 godz.	4,2	6,9	12,0	10,5
	około 6 godz. lub więcej	10,1	14,2	24,7	30,3
15-16 lat	wcale	20,1	15,0	13,5	10,3
	około 0,5-1 godz.	24,9	23,5	13,7	13,3
	około 2 godz.	17,4	20,1	13,2	13,3
	około 3 godz.	14,1	17,2	13,3	15,0
	około 4 godz.	9,0	10,9	13,1	15,7
	około 5 godz.	4,6	6,0	8,7	10,8
	około 6 godz. lub więcej	9,9	7,3	24,5	21,6
DZIEWCZĘTA					
11-12 lat	wcale	32,0	26,1	21,0	14,6
	około 0,5-1 godz.	45,2	39,8	34,6	27,8
	około 2 godz.	12,8	18,4	18,2	22,8
	około 3 godz.	4,4	6,5	12,5	13,2
	około 4 godz.	2,0	4,0	4,9	8,2
	około 5 godz.	1,3	1,7	4,1	5,7
	około 6 godz. lub więcej	2,3	3,5	4,7	7,7
13-14 lat	wcale	43,6	43,9	30,8	28,2
	około 0,5-1 godz.	35,1	29,2	30,8	26,8
	około 2 godz.	10,4	13,4	13,3	16,1
	około 3 godz.	4,6	5,7	10,5	10,6
	około 4 godz.	3,2	4,3	6,0	7,3
	około 5 godz.	1,3	1,3	3,0	4,7
	około 6 godz. lub więcej	1,8	2,2	5,6	6,3
15-16 lat	wcale	63,8	55,1	50,0	45,6
	około 0,5-1 godz.	25,2	24,5	25,8	20,9
	około 2 godz.	6,3	8,1	10,5	11,8
	około 3 godz.	1,9	5,5	5,9	6,6
	około 4 godz.	1,3	2,8	3,0	5,3
	około 5 godz.	0,4	1,7	1,9	3,7
	około 6 godz. lub więcej	1,1	2,3	2,9	6,1

Tabela 11. Liczba godzin przeznaczanych dziennie przez młodzież na inne zajęcia przy komputerze w dni szkolne i w weekendy według wieku (% badanych)

	Dni szkolne		Dni weekendu		
	2006	2010	2006	2010	
11-12 lat	wcale	31,6	14,4	28,2	12,1
	około 0,5-1 godz.	38,2	39,8	28,3	29,1
	około 2 godz.	14,1	19,4	14,7	20,2
	około 3 godz.	7,8	10,3	11,4	12,6
	około 4 godz.	2,6	5,9	6,1	7,8
	około 5 godz.	1,7	3,0	3,5	5,8
	około 6 godz. lub więcej	4,0	7,2	7,8	12,4
13-14 lat	wcale	25,2	9,9	22,7	7,2
	około 0,5-1 godz.	33,6	34,4	23,2	23,1
	około 2 godz.	16,2	22,5	14,5	17,9
	około 3 godz.	9,9	12,8	11,9	15,8
	około 4 godz.	6,7	8,1	9,0	11,5
	około 5 godz.	2,8	4,2	6,6	8,0
	około 6 godz. lub więcej	5,6	8,1	12,1	16,5
15-16 lat	wcale	18,0	5,0	17,3	3,9
	około 0,5-1 godz.	31,5	29,7	18,7	17,1
	około 2 godz.	18,5	21,9	14,2	16,3
	około 3 godz.	12,6	15,6	13,1	16,3
	około 4 godz.	6,8	10,5	11,4	16,0
	około 5 godz.	4,6	7,6	8,7	10,0
	około 6 godz. lub więcej	8,0	9,7	16,6	20,4



Ryc. 6. Odsetek młodzieży, która przeznaczająca na inne zajęcia przy komputerze 2 lub więcej godzin dziennie w dni szkolne i w weekendy według wieku

Tabela 12. Liczba godzin przeznaczonych dziennie przez młodzież na inne zajęcia przy komputerze w dni szkolne i w weekendy według płci i wieku (% badanych)

		Dni szkolne		Dni weekendu	
		2006	2010	2006	2010
CHŁOPCY					
	wcale	30,6	14,0	27,4	12,7
	około 0,5–1 godz.	33,3	37,8	23,4	28,1
11–12	około 2 godz.	15,9	18,1	14,8	17,4
lat	około 3 godz.	9,1	10,1	10,9	12,7
	około 4 godz.	3,4	6,4	8,1	7,5
	około 5 godz.	1,8	3,1	4,1	5,9
	około 6 godz. lub więcej	5,9	10,5	11,3	15,7
	wcale	21,6	10,9	20,0	8,5
	około 0,5–1 godz.	33,7	33,6	22,2	21,6
13–14	około 2 godz.	17,9	19,8	14,3	16,4
lat	około 3 godz.	9,3	10,6	13,1	13,4
	około 4 godz.	6,7	8,6	8,3	11,3
	około 5 godz.	2,6	4,6	6,1	6,2
	około 6 godz. lub więcej	8,2	11,9	16,0	22,6
	wcale	15,0	5,6	14,7	4,9
	około 0,5–1 godz.	26,8	30,2	16,2	19,1
15–16	około 2 godz.	19,0	22,9	13,7	17,5
lat	około 3 godz.	14,3	13,2	11,2	15,3
	około 4 godz.	7,3	10,6	12,3	14,3
	około 5 godz.	6,1	7,4	9,8	8,8
	około 6 godz. lub więcej	11,5	10,1	22,1	20,1
DZIEWCZĘTA					
	wcale	32,5	14,8	28,9	11,5
	około 0,5–1 godz.	43,0	42,0	33,0	30,0
11–12	około 2 godz.	12,5	20,6	14,6	23,0
lat	około 3 godz.	6,6	10,5	11,9	12,7
	około 4 godz.	1,8	5,3	4,3	8,1
	około 5 godz.	1,5	2,8	2,9	5,6
	około 6 godz. lub więcej	2,1	4,0	4,4	9,1
	wcale	28,6	9,0	25,2	6,0
	około 0,5–1 godz.	33,4	35,2	24,4	24,4
13–14	około 2 godz.	14,6	25,1	14,8	19,3
lat	około 3 godz.	10,5	14,7	10,7	18,1
	około 4 godz.	6,7	7,6	9,6	11,7
	około 5 godz.	3,0	3,9	7,0	9,8
	około 6 godz. lub więcej	3,2	4,5	8,3	10,7
	wcale	20,7	4,5	19,7	2,8
	około 0,5–1 godz.	35,7	29,2	21,1	15,4
15–16	około 2 godz.	18,1	21,0	14,6	15,1
lat	około 3 godz.	11,1	17,9	14,7	17,2
	około 4 godz.	6,3	10,4	10,6	17,7
	około 5 godz.	3,2	7,7	7,6	11,2
	około 6 godz. lub więcej	4,9	9,3	11,7	20,6

3. Zachowania żywieniowe

Anna Dzielska

Sposób żywienia ma istotny wpływ na zdrowie oraz rozwój fizyczny, emocjonalny, intelektualny i motoryczny dzieci i młodzieży. Właściwe żywienie jest warunkiem dobrego zdrowia i prawidłowego rozwoju, zapobiega występowaniu u młodych ludzi niedoborów witamin i mikroelementów, próchnicy zębów, zaburzeń odżywiania, otyłości. Stanowi też ważny element wczesnego zapobiegania miażdżycy i osteoporozie.

We wszystkich krajach, a także w Polsce, systematycznie uaktualniane są zalecenia i normy żywieniowe dla ludzi we wszystkich okresach życia^{8,9}. Według aktualnych zaleceń dzieci i młodzież powinna m.in.:

- Spożywać warzywa i owoce (świeże, mrożone lub konserwowe) codziennie, najlepiej w każdym posiłku. Są one niezastąpionym źródłem składników mineralnych (potasu, magnezu), witamin A, C i K, kwasu foliowego, flawonoidów, błonnika. Szczególnie zaleca się spożywanie warzyw, które są niskokaloryczne, co ma ogromne znaczenie w zapobieganiu i leczeniu nadwagi i otyłości.
- Spożywać regularnie odpowiednią liczbę posiłków. Młodzież w okresie dojrzewania powinna spożywać około pięciu zbilansowanych posiłków w ciągu dnia, a najw aźniejszym spośród nich powinno być śniadanie. Dostarczenie organizmowi porannej porcji energii

⁸ Gidding et al.: *Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners: Consensus Statement From the American Heart Association*, *Circulation* 2005; 112: 2061–2075.

⁹ Jarosz M., Bułhak-Jachymczyk B.: *Normy żywienia człowieka. Podstawy prewencji otyłości i chorób niezakaźnych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

ma wpływ na jego prawidłowe funkcjonowanie w ciągu całego dnia. Niejedzenie śniadań jest przyczyną hipoglikemii (obniżenia stężenia glukozy we krwi) co powoduje występowanie zmęczenia już przed południem i przyczynia się do obniżenia zdolności poznawczych ucznia, dyspozycji do uczenia się i pogorszenia jego samopoczucia. Pominięcie śniadania prowadzi do zwiększenia liczby wysokoenergetycznych przekąsek i słodkich napojów w ciągu dnia i przyczynia się do rozwoju otyłości.

- Ograniczać spożywanie niekorzystnych dla zdrowia produktów, np. słodczy, słodzonych soków i napojów, sosów i innych pokarmów słodzonych cukrem. Ich nadmierna konsumpcja wiąże się ze zwiększonym ryzykiem otyłości, próchnicy zębów i innych chorób przewlekłych ujawniających się zwykle w okresie dorosłości.

Na zachowania żywieniowe młodzieży w drugiej dekadzie życia wpływają w największym stopniu sposób żywienia, zwyczaje i wzorce w rodzinie. Z wiekiem młodzi ludzie spędzają coraz więcej godzin poza domem, zmniejsza się kontrola rodziców nad ich sposobem żywienia, kupują samodzielnie różne produkty spożywcze, często niekorzystne dla zdrowia. Są także podatni na reklamy tych produktów. Z tego powodu kształtowanie prozdrowotnych zachowań żywieniowych u młodzieży nie jest łatwe i we wszystkich krajach istnieją liczne nieprawidłowości w tym zakresie.

Wskaźniki zachowań żywieniowych w badaniach HBSC

W badaniach HBSC pytania dotyczące zachowań żywieniowych młodzieży uwzględniano od początku tych badań. Ze względu na zmieniające się zalecenia żywieniowe, nowe wyniki badań naukowych oraz dostępność nowych produktów spożywczych, w okresie minionych 20 lat w kwestionariuszu HBSC często zmieniano sformułowania poszczególnych pytań lub kategorie ich odpowiedzi, dodawano nowe pytania.

Ograniczyło to możliwości śledzenia trendów. W niniejszym opracowaniu wykorzystano pytania z ostatnich trzech serii badań (2002, 2006, 2010), których sformułowania nie zmieniały się. Dotyczyły one:

1. **Częstości spożywania śniadań.** Wyróżniono spożywanie śniadań:

- **W dniach szkolnych:** *Jak często zwykle zjadasz śniadanie tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju w dniach szkolnych?* Kategorie odpowiedzi: *nigdy nie jem śniadania w dniu, gdy idę do szkoły; jem jednego dnia; dwa dni; trzy dni; cztery dni; pięć dni.*
- **W dniach weekendu:** *Jak często zwykle zjadasz śniadanie tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju w dniach weekendu:* Kategorie odpowiedzi: *nigdy nie jem śniadania w dniach weekendu; zwykle jem śniadanie tylko w jednym dniu weekendu (w sobotę lub w niedzielę); zwykle jem śniadanie w obu dniach weekendu (w sobotę i w niedzielę).*

Na podstawie ww. dwóch pytań utworzono wskaźnik – **spożywanie śniadań w całym tygodniu (7 dniach)**. Za **zachowanie prozdrowotne** przyjęto **codzienne zjedanie śniadania**.

2. **Częstości spożywania wybranych produktów spożywczych.**

Młodzież pytano o częstość spożywania produktów: **korzystnych dla zdrowia** (warzywa i owoce) oraz **niekorzystnych dla zdrowia** (słodczy, coca-cola lub inne słodkie napoje). Pytanie: *Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty: owoce; warzywa; słodczy (cukierki, czekolada); coca-cola lub inne słodkie napoje?* Kategorie odpowiedzi: *nigdy; rzadziej niż 1 raz w tygodniu; 1 raz w tygodniu; 2–4 dni w tygodniu; 5–6 dni w tygodniu; codziennie 1 raz; codziennie częściej niż 1 raz.*

Za **zachowanie prozdrowotne** uznano spożywanie owoców i warzyw częściej niż 1 raz dziennie oraz spożywanie słodczy, coca-coli i innych słodkich napojów od nigdy do 1 raz w tygodniu; za **ryzykowne** uznano w przypadku słodczy i słodkich napojów spożywanie ich 2–4 dni w tygodniu lub częściej.

3.1. Spożywanie śniadań

Spożywanie śniadań w dniach szkolnych

Wyniki dotyczące spożywania przez młodzież śniadań w dniach szkolnych przedstawiono w tabeli 13 i 14 oraz na ryc. 7.

W 2010 r.:

- każdego dnia, przed wyjściem do szkoły zjadało śniadanie tylko ok. 60% młodzieży i odsetek ten zmniejszał się z wiekiem (11-latków – 63,3%; 13-latków – 59,4%; 15-latków – 55,9%); nigdy nie spożywał śniadania prawie co piąty nastolatek (od 15,8% 11-latków do 21,3% 15-latków);
- różnice w spożywaniu śniadań w dniach szkolnych zależne od płci, na niekorzyść dziewcząt, występowały u młodzieży 13- i 15-letniej.

W latach 2002–2010 utrzymywały się różnice w częstości spożywania śniadań w zależności od wieku i płci. Wystąpiły **niekorzystne zmiany**:

- w każdej grupie wieku i u obu płci zmniejszał się odsetek nastolatków, którzy codziennie spożywali śniadania w dni szkolne; różnica w 2010 r., w porównaniu z 2002 r. wynosiła ok. 10 punktów procentowych;
- zwiększał się odsetek nastolatków, którzy nigdy nie jedli śniadania w dni szkolne; ta niekorzystna tendencja dotyczyła w każdej grupie wieku w większym stopniu chłopców niż dziewcząt.

Spożywanie śniadań w dniach weekendu

Częstość jedzenia śniadań w dniach weekendu przedstawiono w tabeli 15 i 16.

W 2010 r.:

- odsetek nastolatków, którzy jedli śniadanie w obu dniach weekendu był duży (ok. 90%) ale zmniejszał się z wiekiem (11-latków – 92%; 13-latków – 89,9%; 15-latków – 87,8%) i tendencja ta dotyczyła obu płci.

- Nigdy nie spożywało śniadań podczas weekendu kilka procent młodzieży – dwukrotnie więcej 15-latków (3,4%) niż 11-latków (1,7%);
- płeć jest czynnikiem różnicującym jedzenie śniadań podczas weekendu u 13- i 15-latków, dziewczęta rzadziej niż chłopcy, zjadały śniadania w 2-dniach weekendu.

W latach 2002–2010 utrzymywały się zależne od wieku i płci różnice w częstości spożywania śniadań w dniach weekendu. Stwierdzono, że:

- odsetek nastolatków, którzy w każdym dniu weekendu jedli śniadanie utrzymywał się na podobnym poziomie; w prawie wszystkich grupach wieku i płci był większy w 2006 r. w porównaniu z 2002 r. i 2010 r.;
- wzrost odsetka młodzieży, która nigdy nie spożywała śniadania w weekend dotyczył tylko chłopców 15-letnich.

Spożywanie śniadań w całym tygodniu

Odsetki nastolatków, którzy w każdym dniu tygodnia (przez 7 dni) spożywali śniadanie przedstawiono na ryc. 8.

W 2010 r.:

- tylko nieco więcej niż połowa nastolatków zjadała śniadanie codziennie (tzn. 7 dni w tygodniu) i odsetek ich zmniejszał się z wiekiem (61,3% 11-latków; 53,7% 13-latków; 48,2% 15-latków);
- występowały różnice ze względu na płeć w grupie 13- i 15-latków – odsetek dziewcząt, które zjadały śniadanie każdego dnia był mniejszy niż chłopców; wśród 11-latków odsetki były zbliżone;
- odsetki nastolatków, którzy nigdy nie jedli śniadań były niewielkie: ok. 1% wśród 11- i 13-latków i ok. 2% wśród 15-latków, zarówno chłopców, jak i dziewcząt.

W latach 2002–2010 występowały różnice zależne od płci i wieku. W każdej grupie wieku i u obu płci zmniejszał się odsetek młodzieży, która codziennie spożywała śniadanie w czasie całego tygodnia.

3.2. Spożywania warzyw i owoców

Warzywa

Rozkład odpowiedzi dotyczących częstości jedzenia warzyw przez młodzież przedstawiono w tabeli 17 i 18 oraz na ryc. 9.

W 2010 r.:

- odsetek młodzieży, która spożywała warzywa codziennie, częściej niż 1 raz dziennie był mały i wynosił 13,9% w najmłodszej grupie badanych i ok. 10% w starszych grupach wieku; bardzo rzadko (1 raz w tygodniu lub rzadziej) albo nigdy spożywał warzywa co czwarty 11- i 13-latek i co piąty 15-latek;
- największy odsetek chłopców i dziewcząt, którzy częściej niż 1 raz dziennie jedli warzywa dotyczył 11-latków i u obu płci zmniejszał się z wiekiem;
- we wszystkich grupach wieku odsetek spożywających warzywa codziennie, częściej niż 1 raz był większy u dziewcząt niż u chłopców; różnice zależne od płci były większe u 11- i 13-latków niż u 15-latków.

W latach 2002–2010 zanotowano niekorzystne zmiany:

- zmniejszanie się odsetka nastolatków, którzy częściej niż 1 raz dziennie jedli warzywa, szczególnie między 2002 r. i 2006 r. Tendencja ta dotyczyła obu płci. Zmniejszanie się tego odsetka było większe u 11- i 13-latków niż u 15-latków;
- zwiększanie się odsetka młodzieży w wieku 11 i 13 lat, która bardzo rzadko spożywała warzywa (1 raz w tygodniu, rzadziej lub nigdy); stwierdzono to u chłopców w obu młodszych grupach oraz u dziewcząt 11-letnich.

Owoce

Wyniki dotyczące częstości spożywania owoców w latach 2002–2010 przedstawiono w tabelach 19 i 20 oraz na ryc. 10.

W 2010 r.:

- odsetek nastolatków, którzy zjadali owoce codziennie, częściej niż 1 raz był największy wśród najmłodszych badanych (22,7%) i zmniejszał się wraz z wiekiem (13-latki – 16,8%, 15-latki – 11,9%);
- częstość spożywania owoców kilka razy dziennie zmniejszała się u obu płci z wiekiem, ale u dziewcząt różnica była większa; owoce spożywało 26,8% 11-latek; 19,8% 13-latek i 13,7% 15-latek (różnica między najmłodszą a najstarszą grupą chłopców wynosiła 8,4%);
- odsetki młodzieży, która rzadko jadła owoce (1 raz w tygodniu lub rzadziej) zwiększały się z wiekiem (12,5% u 11-latków; 19,2% u 13-latków; 20% u 15-latków);

W latach 2002–2010 utrzymywały się różnice w częstości spożywania owoców zależne od wieku i płci. Wystąpiły **niekorzystne zmiany**:

- zmniejszanie się odsetka nastolatków, którzy jedli owoce częściej niż 1 raz dziennie; w kolejnych grupach wieku zmniejszanie się tego odsetka było coraz większe (od 10,1% u 11-latków do 13,5% u 15-latków); największa niekorzystna zmiana (z 29,7% w 2002 r. na 13,7% w 2010 r.) dotyczyła 15-letnich dziewcząt;
- odsetki młodzieży, która rzadko jadła owoce systematycznie zwiększały się u 13- i 15-latków.

Wystąpiła również pewna **korzystna zmiana**: po wzroście w 2006 r., w 2010 r. zmniejszył się odsetek 11-latków (zwłaszcza dziewcząt), którzy rzadko jedli owoce.

3.3. Spożywanie słodczy i słodkich napojów

Dane o częstości spożywania **słodczy** przedstawiono w tabelach 21 i 22 i na ryc. 11.

W 2010 r.:

- bardzo duży odsetek młodzieży spożywał słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu (wśród 11-latków – 71,1%; 13-latków – 76,7%; 15-latków – 81,5%);

- 1 raz w tygodniu lub rzadziej słodczy jadło 28,9% 11-latków, 23,4% 11-latków i 18,5% 15-latków;
- częściej słodczy spożywały dziewczęta i młodzież starsza.

W latach 2002–2010 nastąpiły **korzystne zmiany**:

- zmniejszał się odsetek młodzieży spożywającej codziennie słodczy w każdej grupie wieku i u obu płci;
- zmniejszał się odsetek 11- i 13-latków, którzy jedli słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu;

Wystąpiła również **niekorzystna zmiana**: zwiększył się odsetek 15-latków, którzy spożywali słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu, chociaż w dwóch ostatnich seriach badań odsetek ten był zbliżony.

Dane dotyczące picia **coca-coli i innych słodkich napojów** zamieszczono w tabeli 23 i 24 oraz na ryc. 12.

W 2010 r. :

- częściej niż 1 raz w tygodniu słodzone napoje piło 56,3% 11-latków, 65,9% 13-latków i 15-latków;
- różnice dotyczące spożywania słodkich napojów zależne były od wieku i płci – we wszystkich grupach wieku częściej napoje te spożywali chłopcy niż dziewczęta.

W latach 2002–2010 stwierdzono **korzystne zmiany** wśród 11-latków, u których odsetek pijących słodkie napoje częściej niż 1 raz w tygodniu zmniejszył się o 4,1%. W starszych grupach wieku wystąpiły **zmiany niekorzystne**: zwiększył się odsetek nastolatków, którzy pili słodkie napoje częściej niż 1 raz w tygodniu o 9,5% wśród 15-latków; zmniejszył się odsetek 13 i 15-latków, którzy nigdy nie pili słodzonych napojów.

Podsumowanie

Do oceny sposobu żywienia młodzieży szkolnej wykorzystano następujące wskaźniki:

1. Częstość spożywania śniadań w dni szkolne i w dni weekendu oraz sumaryczny wskaźnik jedzenia śniadań w ciągu całego tygodnia.
2. Częstość spożywania produktów korzystnych dla zdrowia – warzyw i owoców.
3. Częstość spożywania produktów niekorzystnych dla zdrowia – słodczy i słodkich napojów.

Wyniki badań HBSC wskazują, że:

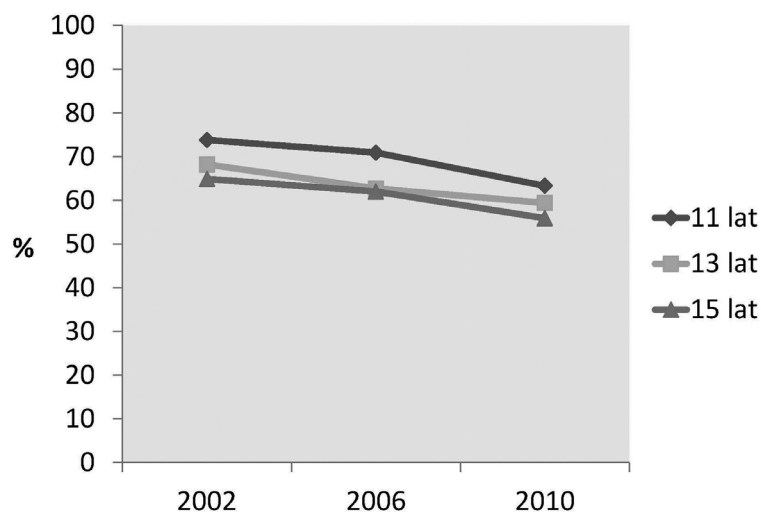
- Sposób żywienia najbardziej zbliżony do zalecanych zasad racjonalnego żywienia charakteryzuje 11-latki, najczęściej jedzą oni śniadania, warzywa i owoce oraz rzadziej spożywają słodczy, coca-colę i inne słodzone napoje.
- Z wiekiem zmniejsza się odsetek młodzieży, która regularnie zjada śniadania spożywa warzywa i owoce, a zwiększa się odsetek spożywający produkty niekorzystne dla zdrowia.
- Dziewczęta w porównaniu z chłopcami: częściej nie jedzą śniadań ale równocześnie częściej spożywają warzywa i owoce, rzadziej jedzą słodczy i piją słodkie napoje.
- W latach 2002–2010:
 - Zmniejszył się odsetek nastolatków, którzy codziennie jedzą śniadanie, szczególnie w dni, w których uczęszczają do szkoły. Dotyczyło to wszystkich grup wieku i płci, a zwłaszcza dziewcząt. Rezygnowanie ze śniadania może mieć związek ze stosowaniem diet odchudzających. Istnieje błędne przekonanie że ograniczenie liczby posiłków pozwoli na pozbycie się nadwagi, tymczasem zbyt mała liczba posiłków jest jedną z jej przyczyn.
 - Systematycznie z wiekiem, zmniejszał się odsetek nastolatków, którzy jedli warzywa i owoce z zalecaną częstością (częściej niż 1 raz dziennie). Te niekorzystne zmiany dotyczyły w większym stopniu dziewcząt. Istnieje obawa, że nieprawidłowo odżywiające się dorastające dziewczęta będą przyszłości tworzyć nieprawidłowe wzorce dla swojej rodziny. Chociaż dziewczęta nadal częściej

od chłopców spożywają korzystne dla zdrowia produkty i unikają tych niekorzystnych dla zdrowia to różnica między nimi zmniejszała się z każdą serią badań. Należy zwrócić uwagę na to zjawisko projektując działania profilaktyczne dotyczące odżywiania adresowane szczególnie do dorastających dziewcząt.

- W każdej grupie wieku zmniejszył się odsetek nastolatków, którzy częściej niż 1 raz w tygodniu. Jedli słodkie oraz 11-latków, którzy pili słodkie napoje. W starszych grupach wieku zaobserwowano trend wzrostowy picia słodzonych napojów, szczególnie zaznaczony u chłopców.

Tabela 13. Częstość jedzenia śniadań w dni szkolne według wieku (% badanych)

	2002	2006	2010	
11-12 lat	nigdy	9,8	13,5	15,8
	1 dnia	4,8	5,1	7,4
	2 dni	3,5	2,9	3,0
	3 dni	4,6	3,8	4,8
	4 dni	3,5	3,8	5,7
	5 dni	73,8	70,9	63,3
13-14 lat	nigdy	14,3	18,5	19,0
	1 dnia	4,9	5,3	6,2
	2 dni	3,9	2,7	3,9
	3 dni	4,6	5,6	6,2
	4 dni	4,2	5,2	5,4
	5 dni	68,2	62,7	59,4
15-16 lat	nigdy	17,6	20,3	21,3
	1 dnia	4,4	3,6	5,6
	2 dni	3,4	3,4	3,9
	3 dni	5,2	4,9	7,0
	4 dni	4,5	5,8	6,3
	5 dni	64,9	62,0	55,9

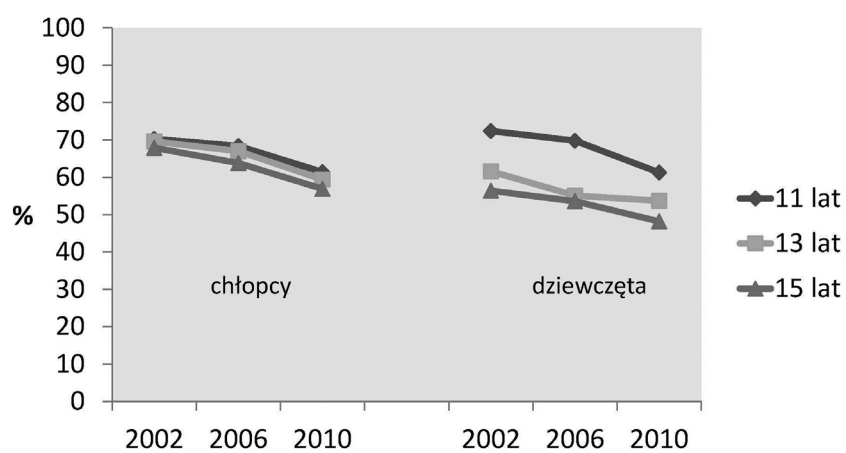
**Ryc. 7. Odsetek młodzieży, która spożywała śniadanie każdego dnia w dni szkolne według wieku**

**Tabela 14. Częstość jedzenia śniadań w dni szkolne według płci i wieku
(% badanych)**

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	nigdy	8,5	13,5	15,8
	1 dnia	6,2	6,2	8,6
	2 dni	4,4	2,3	2,7
	3 dni	4,5	3,1	5,3
	4 dni	3,4	4,4	4,6
	5 dni	72,8	70,5	63,0
13–14 lat	nigdy	10,0	15,1	16,8
	1 dnia	4,4	4,7	6,4
	2 dni	4,4	1,6	4,0
	3 dni	4,0	5,6	5,5
	4 dni	4,6	4,8	4,3
	5 dni	72,7	68,2	63,1
15–16 lat	nigdy	15,1	18,0	21,2
	1 dnia	3,6	3,9	5,6
	2 dni	3,2	2,6	3,2
	3 dni	3,5	3,3	5,9
	4 dni	4,2	4,8	4,7
	5 dni	70,3	67,3	59,3
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	nigdy	11,1	13,6	15,7
	1 dnia	3,4	4,0	6,3
	2 dni	2,5	3,5	3,3
	3 dni	4,7	4,5	4,2
	4 dni	3,6	3,2	6,7
	5 dni	74,8	71,4	63,6
13–14 lat	nigdy	18,7	21,8	21,0
	1 dnia	5,4	5,8	6,0
	2 dni	3,3	3,7	3,8
	3 dni	5,2	5,6	6,8
	4 dni	3,9	5,5	6,3
	5 dni	63,4	57,6	56,1
15–16 lat	nigdy	19,8	22,4	21,3
	1 dnia	5,2	3,3	5,6
	2 dni	3,5	4,1	4,5
	3 dni	6,7	6,2	8,1
	4 dni	4,8	6,7	7,8
	5 dni	60,0	57,2	52,6

Tabela 15. Częstość jedzenia śniadań w dniach weekendu według wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
11-12 lat	nigdy	1,5	1,3	1,7
	1 dnia	6,6	5,1	6,4
	2 dni	91,9	93,6	92,0
13-14 lat	nigdy	2,9	1,8	2,8
	1 dnia	6,6	5,5	7,3
	2 dni	90,4	92,8	89,9
15-16 lat	nigdy	2,9	2,4	3,4
	1 dnia	8,1	8,2	8,7
	2 dni	89,0	89,3	87,8



Ryc. 8. Odsetek młodzieży, która spożywała śniadanie 7 dni w tygodniu według płci i wieku

**Tabela 16. Częstość jedzenia śniadań w dni weekendu według płci i wieku
(% badanych)**

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	nigdy	1,8	1,5	2,3
	1 dnia	7,5	5,1	7,1
	2 dni	90,7	93,4	90,6
13–14 lat	nigdy	2,9	1,8	2,8
	1 dnia	6,0	4,1	6,1
	2 dni	91,2	94,2	91,1
15–16 lat	nigdy	2,3	2,5	3,2
	1 dnia	6,5	7,1	7,3
	2 dni	91,2	90,4	89,5
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	nigdy	1,2	1,0	1,1
	1 dnia	5,6	5,1	5,7
	2 dni	93,2	93,8	93,3
13–14 lat	nigdy	2,9	1,8	2,9
	1 dnia	7,4	6,7	8,4
	2 dni	89,7	91,5	88,7
15–16 lat	nigdy	3,4	2,4	3,6
	1 dnia	9,6	9,3	10,1
	2 dni	87,0	88,4	86,2

Tabela 17. Częstość spożywania warzyw według wieku (% badanych)

	2002	2006	2010	
11-12 lat	nigdy	3,2	3,6	3,4
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	5,3	8,2	7,2
	1 raz w tygodniu	9,8	11,0	13,2
	2-4 dni w tygodniu	23,0	25,1	26,0
	5-6 dni w tygodniu	18,4	19,2	19,3
	codziennie 1 raz	18,6	19,0	16,9
	codziennie częściej niż 1 raz	21,6	13,9	13,9
13-14 lat	nigdy	3,1	2,7	3,3
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	5,7	7,3	8,9
	1 raz w tygodniu	10,9	13,7	14,5
	2-4 dni w tygodniu	25,2	29,3	28,9
	5-6 dni w tygodniu	19,6	18,5	18,7
	codziennie 1 raz	18,5	16,1	15,4
	codziennie częściej niż 1 raz	17,0	12,4	10,3
15-16 lat	nigdy	2,5	2,5	2,2
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	5,4	5,9	6,4
	1 raz w tygodniu	11,7	12,1	11,6
	2-4 dni w tygodniu	28,8	33,2	33,9
	5-6 dni w tygodniu	18,3	19,2	19,7
	codziennie 1 raz	19,8	15,5	15,9
	codziennie częściej niż 1 raz	13,4	11,6	10,4

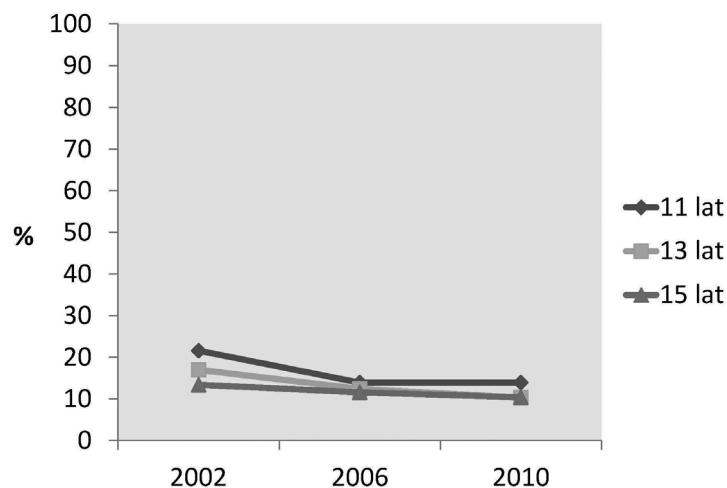
**Ryc. 9. Odsetek młodzieży, która spożywała warzywa codziennie, częściej niż 1 raz według wieku.**

Tabela 18. Częstość spożywania warzyw według wieku i płci (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	nigdy	3,3	3,7	4,5
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	5,9	9,3	9,1
	1 raz w tygodniu	11,6	11,3	14,8
	2–4 dni w tygodniu	24,9	26,7	28,4
	5–6 dni w tygodniu	19,9	19,7	17,2
	codziennie 1 raz	16,1	17,3	14,0
	codziennie częściej niż 1 raz	18,3	11,9	12,1
13–14 lat	nigdy	4,0	3,5	3,9
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	6,3	7,6	10,8
	1 raz w tygodniu	11,5	15,7	16,3
	2–4 dni w tygodniu	25,3	30,6	28,0
	5–6 dni w tygodniu	20,0	17,7	18,6
	codziennie 1 raz	17,0	14,5	14,8
	codziennie częściej niż 1 raz	15,9	10,4	7,6
15–16 lat	nigdy	3,1	3,1	2,8
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	6,0	6,1	5,9
	1 raz w tygodniu	13,3	13,6	13,3
	2–4 dni w tygodniu	30,9	34,5	37,1
	5–6 dni w tygodniu	17,2	17,8	18,4
	codziennie 1 raz	17,6	14,4	13,1
	codziennie częściej niż 1 raz	11,9	10,5	9,3
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	nigdy	3,2	3,5	2,4
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	4,7	7,1	5,4
	1 raz w tygodniu	8,0	10,7	11,7
	2–4 dni w tygodniu	20,9	23,6	23,6
	5–6 dni w tygodniu	16,8	18,7	21,4
	codziennie 1 raz	21,2	20,6	19,8
	codziennie częściej niż 1 raz	25,1	15,8	15,7
13–14 lat	nigdy	2,2	1,9	2,8
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	5,1	6,9	7,2
	1 raz w tygodniu	10,2	11,9	12,8
	2–4 dni w tygodniu	25,0	28,1	29,7
	5–6 dni w tygodniu	19,2	19,3	18,8
	codziennie 1 raz	20,0	17,6	16,0
	codziennie częściej niż 1 raz	18,3	14,3	12,8
15–16 lat	nigdy	1,9	2,0	1,5
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	4,9	5,7	6,8
	1 raz w tygodniu	10,3	10,7	10,0
	2–4 dni w tygodniu	26,9	32,1	30,7
	5–6 dni w tygodniu	19,4	20,5	20,9
	codziennie 1 raz	21,8	16,4	18,5
	codziennie częściej niż 1 raz	14,8	12,5	11,5

Tabela 19. Częstość spożywania owoców według wieku (% badanych)

	2002	2006	2010	
11-12 lat	nigdy	0,9	1,2	0,9
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	3,2	5,0	4,2
	1 raz w tygodniu	5,6	8,2	7,4
	2-4 dni w tygodniu	25,2	29,7	31,4
	5-6 dni w tygodniu	15,7	17,8	17,0
	codziennie 1 raz	16,5	16,6	16,4
	codziennie częściej niż 1 raz	32,8	21,4	22,7
13-14 lat	nigdy	0,9	0,6	1,6
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	3,6	5,9	7,0
	1 raz w tygodniu	6,3	7,0	10,6
	2-4 dni w tygodniu	26,7	33,1	35,2
	5-6 dni w tygodniu	15,5	16,7	14,8
	codziennie 1 raz	17,4	14,8	14,1
	codziennie częściej niż 1 raz	29,6	21,9	16,8
15-16 lat	nigdy	0,7	1,0	1,1
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	5,3	4,8	6,0
	1 raz w tygodniu	7,4	12,2	12,9
	2-4 dni w tygodniu	29,4	35,6	40,6
	5-6 dni w tygodniu	15,1	17,3	16,1
	codziennie 1 raz	16,7	12,5	11,3
	codziennie częściej niż 1 raz	25,4	16,7	11,9

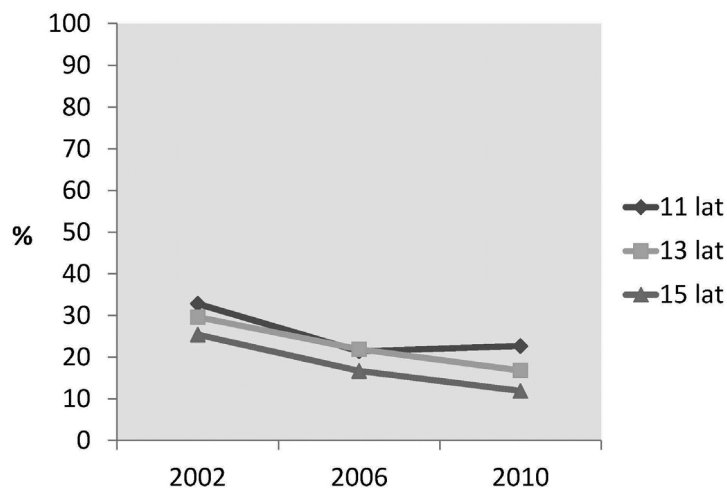
**Ryc. 10. Odsetek młodzieży, która spożywa owoce codziennie, częściej niż 1 raz według wieku**

Tabela 20. Częstość spożywania owoców według płci i wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	nigdy	0,9	1,7	1,3
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	4,0	5,7	7,1
	1 raz w tygodniu	6,6	9,6	8,3
	2–4 dni w tygodniu	27,8	34,8	33,9
	5–6 dni w tygodniu	16,6	17,1	15,8
	codziennie 1 raz	15,1	12,7	15,0
	codziennie częściej niż 1 raz	28,9	18,4	18,5
13–14 lat	nigdy	1,1	1,0	2,0
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	3,9	7,0	7,5
	1 raz w tygodniu	6,8	8,3	12,6
	2–4 dni w tygodniu	29,7	35,7	38,1
	5–6 dni w tygodniu	15,4	17,4	15,2
	codziennie 1 raz	16,2	13,4	11,0
	codziennie częściej niż 1 raz	26,9	17,3	13,5
15–16 lat	nigdy	1,2	1,3	1,3
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	6,7	5,2	6,3
	1 raz w tygodniu	8,7	14,5	12,9
	2–4 dni w tygodniu	33,7	38,0	43,5
	5–6 dni w tygodniu	13,8	16,8	15,9
	codziennie 1 raz	15,3	10,2	10,1
	codziennie częściej niż 1 raz	20,7	14,1	10,1
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	nigdy	0,9	0,6	0,5
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	2,3	4,3	1,3
	1 raz w tygodniu	4,6	7,0	6,5
	2–4 dni w tygodniu	22,5	24,9	29,0
	5–6 dni w tygodniu	14,8	18,6	18,1
	codziennie 1 raz	18,0	20,4	17,7
	codziennie częściej niż 1 raz	37,0	24,3	26,8
13–14 lat	nigdy	0,8	0,2	1,2
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	3,3	4,8	6,4
	1 raz w tygodniu	5,7	5,9	8,7
	2–4 dni w tygodniu	23,4	30,7	32,5
	5–6 dni w tygodniu	15,7	16,0	14,4
	codziennie 1 raz	18,6	16,1	16,9
	codziennie częściej niż 1 raz	32,5	26,2	19,8
15–16 lat	nigdy	0,3	0,7	1,0
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	3,9	4,4	5,8
	1 raz w tygodniu	6,3	10,1	12,9
	2–4 dni w tygodniu	25,5	33,3	37,8
	5–6 dni w tygodniu	16,3	17,9	16,3
	codziennie 1 raz	18,0	14,6	12,5
	codziennie częściej niż 1 raz	29,7	19,0	13,7

Tabela 21. Częstość spożywania słodczy według wieku (% badanych)

	2002	2006	2010	
11-12 lat	nigdy	3,3	1,8	1,6
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	7,6	9,9	10,8
	1 raz w tygodniu	11,7	15,8	16,5
	2-4 dni w tygodniu	25,6	27,3	29,0
	5-6 dni w tygodniu	15,2	15,2	14,9
	codziennie 1 raz	15,2	13,8	14,1
	codziennie częściej niż 1 raz	21,5	16,4	13,1
13-14 lat	nigdy	2,9	1,7	1,1
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	6,4	7,0	8,7
	1 raz w tygodniu	10,4	12,0	13,5
	2-4 dni w tygodniu	25,9	26,0	27,5
	5-6 dni w tygodniu	16,1	19,3	16,0
	codziennie 1 raz	14,6	15,0	14,2
	codziennie częściej niż 1 raz	23,6	19,0	19,0
15-16 lat	nigdy	2,9	1,7	1,2
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	7,5	6,1	6,1
	1 raz w tygodniu	11,0	10,3	11,2
	2-4 dni w tygodniu	27,5	30,1	29,5
	5-6 dni w tygodniu	16,8	18,8	18,5
	codziennie 1 raz	13,3	15,0	15,0
	codziennie częściej niż 1 raz	20,9	18,1	18,5

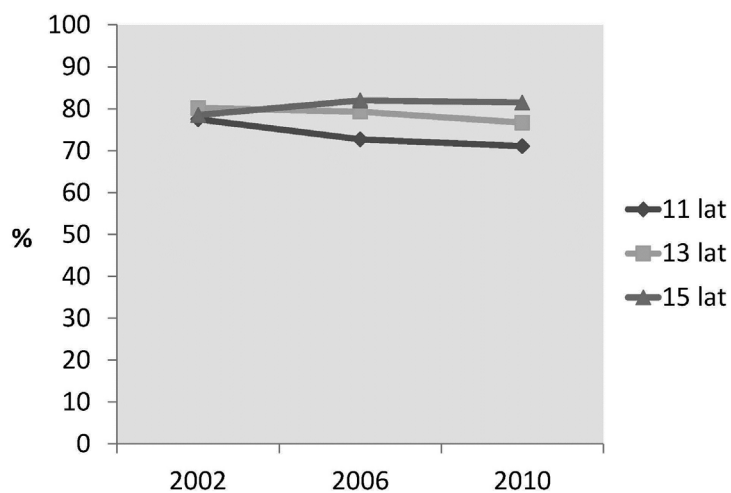
**Ryc. 11. Odsetek młodzieży, która spożywa słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku**

Tabela 22. Częstość spożywania słodyczy według wieku i płci (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 Lat	nigdy	3,4	2,0	2,0
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	8,3	9,6	13,5
	1 raz w tygodniu	12,4	16,1	15,6
	2–4 dni w tygodniu	23,7	27,7	28,5
	5–6 dni w tygodniu	14,8	15,2	14,3
	codziennie 1 raz	14,3	13,5	13,1
	codziennie częściej niż 1 raz	23,0	15,9	13,1
13–14 lat	nigdy	3,4	2,1	1,2
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	7,5	5,8	9,1
	1 raz w tygodniu	10,5	11,8	13,3
	2–4 dni w tygodniu	24,8	26,4	27,3
	5–6 dni w tygodniu	17,1	22,4	16,4
	codziennie 1 raz	13,6	14,4	14,5
	codziennie częściej niż 1 raz	23,2	17,1	18,2
15–16 lat	nigdy	2,7	1,4	0,6
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	6,7	6,4	7,4
	1 raz w tygodniu	11,3	10,5	11,1
	2–4 dni w tygodniu	28,1	29,3	28,8
	5–6 dni w tygodniu	17,9	19,4	21,5
	codziennie 1 raz	12,2	14,7	12,7
	codziennie częściej niż 1 raz	21,1	18,2	17,8
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	nigdy	3,3	1,5	1,2
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	6,7	10,1	8,0
	1 raz w tygodniu	11,0	15,4	17,4
	2–4 dni w tygodniu	27,5	26,9	29,4
	5–6 dni w tygodniu	15,5	15,2	15,6
	codziennie 1 raz	16,1	14,0	15,2
	codziennie częściej niż 1 raz	20,0	16,8	13,2
13–14 lat	nigdy	2,5	1,3	1,1
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	5,3	8,2	8,2
	1 raz w tygodniu	10,4	12,1	13,7
	2–4 dni w tygodniu	27,1	25,6	27,6
	5–6 dni w tygodniu	15,0	16,4	15,6
	codziennie 1 raz	15,7	15,7	13,9
	codziennie częściej niż 1 raz	24,0	20,7	19,8
15–16 lat	nigdy	3,1	2,0	1,8
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	8,2	5,8	4,8
	1 raz w tygodniu	10,8	10,1	11,3
	2–4 dni w tygodniu	26,9	30,7	30,3
	5–6 dni w tygodniu	15,9	18,2	15,6
	codziennie 1 raz	14,3	15,2	17,1
	codziennie częściej niż 1 raz	20,8	17,9	19,3

Tabela 23. Częstość picia coca-coli i innych słodkich napojów według wieku (% badanych)

	2002	2006	2010	
11-12 lat	nigdy	6,8	6,5	6,1
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	17,2	21,3	19,5
	1 raz w tygodniu	15,7	16,9	18,1
	2-4 dni w tygodniu	22,1	21,0	19,7
	5-6 dni w tygodniu	13,0	10,4	12,0
	codziennie 1 raz	8,1	8,0	8,5
	codziennie częściej niż 1 raz	17,2	15,9	16,1
13-14 lat	nigdy	5,6	5,2	3,9
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	17,1	16,5	15,8
	1 raz w tygodniu	15,6	12,5	14,3
	2-4 dni w tygodniu	22,0	24,1	22,6
	5-6 dni w tygodniu	12,4	12,8	13,2
	codziennie 1 raz	8,4	9,9	9,3
	codziennie częściej niż 1 raz	19,0	19,0	20,8
15-16 lat	nigdy	8,8	6,5	4,2
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	19,9	19,0	17,0
	1 raz w tygodniu	15,1	13,3	13,0
	2-4 dni w tygodniu	21,8	22,4	23,8
	5-6 dni w tygodniu	11,0	11,9	14,2
	codziennie 1 raz	7,9	7,9	9,6
	codziennie częściej niż 1 raz	15,6	19,0	18,2

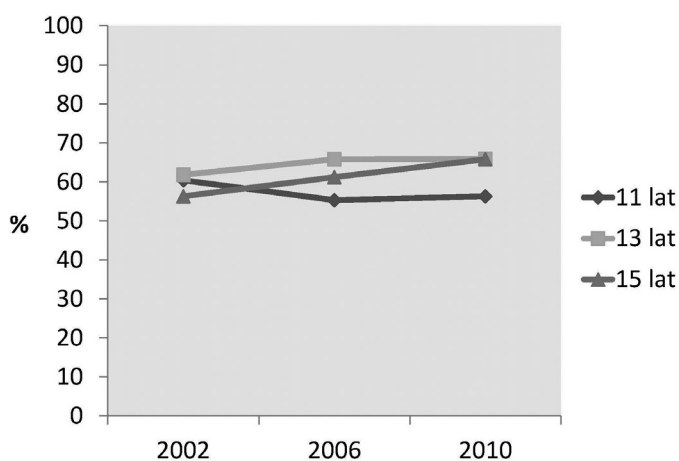
**Ryc. 12. Odsetek młodzieży, która pije coca-cola i inne słodkie napoje częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku**

Tabela 24. Częstość picia coca-coli i innych słodkich napojów wg wieku i płci (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11-12 lat	nigdy	4,6	4,9	5,8
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	14,8	19,1	16,9
	1 raz w tygodniu	14,1	16,9	16,1
	2-4 dni w tygodniu	22,0	20,5	20,4
	5-6 dni w tygodniu	14,6	11,9	13,2
	codziennie 1 raz	8,6	9,2	9,4
	codziennie częściej niż 1 raz	21,2	17,5	18,3
13-14 lat	nigdy	4,5	4,0	2,0
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	15,2	12,8	12,0
	1 raz w tygodniu	13,1	11,5	12,5
	2-4 dni w tygodniu	21,8	26,1	21,1
	5-6 dni w tygodniu	13,1	15,0	16,5
	codziennie 1 raz	9,9	10,9	10,4
	codziennie częściej niż 1 raz	22,4	19,8	25,4
15-16 lat	nigdy	5,6	4,6	2,4
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	15,3	12,7	12,0
	1 raz w tygodniu	13,7	12,4	10,6
	2-4 dni w tygodniu	21,5	22,2	27,2
	5-6 dni w tygodniu	14,2	15,4	15,8
	codziennie 1 raz	9,5	9,5	9,7
	codziennie częściej niż 1 raz	20,1	23,2	22,4
DZIEWCZĘTA				
11-12 lat	nigdy	9,0	8,1	6,4
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	19,6	23,5	22,0
	1 raz w tygodniu	17,3	16,8	20,0
	2-4 dni w tygodniu	22,2	21,5	19,1
	5-6 dni w tygodniu	11,4	9,0	10,9
	codziennie 1 raz	7,6	6,8	7,6
	codziennie częściej niż 1 raz	12,9	14,4	14,1
13-14 lat	nigdy	6,9	6,2	5,7
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	19,0	20,0	19,3
	1 raz w tygodniu	18,3	13,4	15,9
	2-4 dni w tygodniu	22,1	22,2	23,9
	5-6 dni w tygodniu	11,6	10,8	10,3
	codziennie 1 raz	6,8	9,1	8,3
	codziennie częściej niż 1 raz	15,4	18,2	16,5
15-16 lat	nigdy	11,7	8,1	5,9
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	24,1	24,8	21,9
	1 raz w tygodniu	16,4	14,1	15,4
	2-4 dni w tygodniu	22,1	22,6	20,5
	5-6 dni w tygodniu	8,0	8,7	12,8
	codziennie 1 raz	6,3	6,5	9,6
	codziennie częściej niż 1 raz	11,4	15,1	14,0

4. Higiena jamy ustnej

Barbara Woynarowska

Utrzymywanie higieny jamy ustnej jest podstawowym zachowaniem zdrowotnym związanym z pielęgnacją i troską o ciało. Jest to, obok racjonalnego żywienia (głównie ograniczenia spożycia cukrów prostych), uzupełniania związków fluoru i okresowych badań profilaktycznych u dentysty, niezbędne dla skutecznego zapobiegania próchnicy zębów i chorom przyzębia¹⁰. Zdrowe i czyste zęby sprzyjają także dobremu samopoczuciu, ładnemu i atrakcyjnemu wyglądowi, przyjemnemu zapachowi z ust, co jest szczególnie ważne dla młodych ludzi.

Największym zagrożeniem dla zdrowia jamy ustnej jest próchnica zębów. Jest to choroba bakteryjna wywołana przez bakterie kwasotwórcze, które są stale obecne w jamie ustnej od okresu niemowlęcego. Z węglowodanów znajdujących się w spożywanych pokarmach bakterie wytwarzają kwasy, tworząc na powierzchni szkliwa zębów tzw. płytkę nazębną. Powoduje ona demineralizację szkliwa, co zapoczątkowuje powstawanie ubytku próchnicowego. Proces ten jest odwracalny lub może być zahamowany przez działanie śliny i zawartych w nich składników mineralnych. Niezbędne jest niedopuszczanie do tworzenia się płytki nazębnej lub jej szybkie usuwanie przez szczotkowanie (czyszczenie) zębów pastą z fluorem. Ryzyko rozwoju próchnicy u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest większe niż u ludzi dorosłych. Wiąże się to z:

- większą u młodych ludzi podatnością tkanek zęba na odwapnienie;

¹⁰ Woynarowska B.: *Zapobieganie próchnicy i chorobom przyzębia*, [w:] *Profilaktyka w pediatrii*, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 172–185.

- zmianą uzębienia mlecznego na stałe – nowo wyrżnięte zęby są nie-dojrzałe, ich szkliwo jest słabo zmineralizowane (okres dojrzewania zębów stałych trwa ok. 3 lat).

Próchnicy zębów towarzyszą często choroby przyzębia, których przyczyną jest też płytka nazębna. Zawarte w niej enzymy i produkty metabolizmu bakterii powodują stan zapalny dziąseł, który może przejść w stan przewlekły, prowadzący do utraty przyczepności i rozchwiania zębów. Ryzyko wystąpienia zapaleń dziąseł zwiększa się w okresie dojrzewania płciowego i jest związane ze zmianami hormonalnymi. Próchnica zębów i choroby przyzębia mogą być przyczyną stanów zapalnych innych narządów np. nerek, stawów, mięśnia sercowego (nazywa się je „zębopochodnymi zakażeniami ogniskowymi”).

Próchnica zębów i choroby przyzębia to najczęściej występujący problem zdrowotny u dzieci i młodzieży w Polsce i w Europie. Częstość występowania próchnicy zwiększa się z wiekiem. W Polsce stwierdza się ją u ok. 60% dzieci 3–4-letnich, 87% 12-latków oraz 98% 18-latków. W wielu krajach Europy Zachodniej, zwłaszcza krajach skandynawskich, częstość występowania próchnicy u dzieci i dorosłych w ostatnich dekadach wyraźnie zmniejszyła się. W Polsce nie obserwuje się takiej tendencji, co w znacznym stopniu jest spowodowane pogorszeniem się opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą. Wpływa to niekorzystnie na stan zdrowia jamy ustnej ludzi dorosłych i przedwczesną utratę zębów. Wyniki badań przeprowadzonych w 2009 r. w krajach Unii Europejskiej wykazały, że w Polsce tylko 28% ludzi dorosłych miało pełne uzębienie (średnia dla UE 41%), mniejszy odsetek stwierdzono tylko na Węgrzech, w Estonii i Chorwacji. Polska należy także do krajów o najmniejszym odsetku osób (44%), które zgłaszają się corocznie do dentysty (piąte miejsce od końca)¹¹.

Próchnicy zębów i chorobom przyzębia można skutecznie zapobiegać głównie przez odpowiednie zachowania higieniczne i żywienie-

¹¹ *Special Eurobarometr 330 Oral Health*, TNS Opinion & Social, 2010.

niowe. Za podstawową metodę w profilaktyce tych chorób powszechnie uznaje się prawidłowe czyszczenie (szczotkowanie) zębów pastą z fluorem. Za optymalne przyjmuje się czyszczenie zębów po każdym posiłku. W praktyce zalecenie to jest trudne do wykonania i dlatego rekomenduje się czyszczenie zębów co najmniej dwa razy dziennie – rano i wieczorem¹².

Wskaźnik higieny jamy ustnej w badaniach HBSC

W badaniach HBSC, od początku ich trwania, młodzież pytano o **częstość czyszczenia zębów**: *Jak często myjesz zęby?*¹³ Kategorie odpowiedzi: *częściej niż 1 raz dziennie*; *1 raz dziennie*; *co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie*; *rzadziej niż 1 raz w tygodniu*; *nigdy*. Treść pytania i kategorie odpowiedzi były takie same w wszystkich seriach badań i w ankiecie pytanie to było zawsze umieszczone po pytaniach dotyczących żywienia. Za **zachowanie prozdrowotne przyjęto czyszczenie zębów częściej niż 1 raz dziennie**.

Częstość czyszczenia zębów przez młodzież

Rozkład odpowiedzi młodzieży na pytanie dotyczące częstości czyszczenia zębów przedstawiono w tabeli 25 i 26 oraz na ryc. 13.

W 2010 r.:

- czyściło zęby z zalecaną częstością (częściej niż 1 raz dziennie) tylko ok. 63% 11- i 13-latków i 72,5% 15-latków; ok. 5% młodzieży czyściło zęby bardzo rzadko (rzadziej niż codziennie lub nigdy);
- odsetek czyszczących zęby częściej niż 1 raz dziennie był we wszystkich grupach wieku większy u dziewcząt niż u chłopców; różnice

¹² Loe H.: *Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease*, International Dentistry Journal 2000; 50: 129–139.

¹³ W kwestionariuszu użyto określenia „mycie zębów”, jako powszechnie w Polsce używanego. Prawidłowym terminem powinno być „szczotkowanie” (ang. *toothbrushing*) lub „czyszczenie” zębów.

zależne od płci wyraźnie zwiększają się z wiekiem od ok. 11 punktów procentowych u młodzieży w wieku 11 lat do ponad 20% w wieku 15 lat;

- odsetek młodzieży z pożądanymi zachowaniami w zakresie higieny jamy ustnej u dziewcząt systematycznie zwiększał się z wiekiem (od 69% u 11-latek do 85% u 15-latek), u chłopców utrzymywał się na zbliżonym poziomie i był najmniejszy u 13-latków.

W latach 1990–2010 nastąpiły następujące zmiany:

- odsetek młodzieży czyszczącej zęby z pożądaną częstością we wszystkich grupach wieku wyraźnie zwiększał się w latach 1990–1998 (największy przyrost między 1990 r. a 1994 r. (na początku transformacji ustrojowej); w następnych latach tendencja wzrostowa dotyczyła tylko 15-latków;
- stała tendencja zwiększania się odsetka czyszczących zęby częściej niż 1 raz dziennie dotyczyła tylko 15-latków (chłopców i dziewcząt);
- różnice dotyczące higieny jamy ustnej, zależne od płci, na niekorzyść chłopców, utrzymują się w okresie minionych 20 lat, z tendencją do zmniejszania się; w 1990 r. różnica wynosiła ok. 30 punktów procentowych, w 2010 – 10–20 punktów procentowych.

Podsumowanie

Wyniki badań HBSC dotyczące częstości czyszczenia zębów przez młodzież w latach 1990–2010 wskazują, że:

- Zachowania prozdrowotne w tym zakresie (szczotkowanie częściej niż 1 raz dziennie), niezbędne dla zapobiegania próchnicy zębów podejmuje tylko 2/3 młodzieży 11- i 13-letniej oraz 3/4 15-latków;
- We wszystkich grupach wieku częściej szczotkowały zęby z taką częstością dziewczęta niż u chłopcy (w szczególnie niekorzystnej sytuacji są chłopcy 13-letni); w okresie minionych 20 lat różnice zależne od płci zmniejszały się;

- W latach 1990–1998 zwiększał się odsetek młodzieży podejmujących takie zachowania w wszystkich grupach wieku (było to prawdopodobnie efektem intensywnej w tym okresie reklamy środków do utrzymania higieny jamy ustnej); od 1998 r. systematyczny wzrost tego odsetka stwierdzono tylko u 15-latków, chłopców i dziewcząt (ta grupa młodzieży jest bardziej zainteresowana swoim wyglądem).

Na podstawie przedstawionych danych można przyjąć, że duże ryzyko rozwoju próchnicy zębów, związane z niedostatkami w zakresie higieny jamy ustnej, dotyczy w Polsce co trzeciego nastolatka. Na podstawie badań HBSC nie można ocenić skuteczności czyszczenia zębów, ani rodzajów używanych past do zębów. Można jednak przypuszczać, że znaczny odsetek młodzieży czyści zęby zbyt krótko (zalecany czas szczotkowania 2–3 min). Większe zagrożenie próchnicą istnieje u młodzieży 11- i 13-letniej, u której trwa proces wymiany zębów i wyrzynanie się nowych zębów stałych, bardziej podatnych na próchnicę. Istnieje potrzeba intensyfikacji edukacji zdrowotnej w tym zakresie. Ważną rolę do spełnienia powinny mieć pielęgniarki pracujące w szkołach podstawowych, do których zadań należy prowadzenie nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi¹⁴.

¹⁴ Borysewicz-Lewicka M.: *Prowadzenie u uczniów szkół podstawowych grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi*, [w:] A. Oblacińska, W. Ostrega (red.): *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003, s. 141–147.

Tabela 25. Częstość czyszczenia zębów według wieku (% badanych)

	1990	1994	1998	2002	2006	2010	
11-12 lat	częściej niż 1 raz dziennie	49,2	60,1	61,5	60,6	59,8	63,3
	1 raz dziennie	35,8	31,7	30,0	28,9	31,4	29,4
	co najmniej 1 raz w tygodniu. ale nie codziennie	10,2	5,4	5,6	6,4	5,5	5,1
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	4,1	2,5	2,3	2,9	2,6	1,7
	nigdy	0,7	0,3	0,6	1,2	0,7	0,5
13-14 lat	częściej niż 1 raz dziennie	47,0	63,1	64,9	63,2	63,8	63,7
	1 raz dziennie	37,0	28,5	29,5	27,9	29,4	30,1
	co najmniej 1 raz w tygodniu. ale nie codziennie	10,1	5,2	3,9	4,9	4,3	4,2
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	4,8	2,3	1,4	2,4	1,8	1,0
	nigdy	1,1	0,9	0,3	1,6	0,7	1,0
15-16 lat	częściej niż 1 raz dziennie	48,3	59,4	64,1	67,6	70,1	72,5
	1 raz dziennie	35,6	31,4	28,3	26,3	25,9	22,5
	co najmniej 1 raz w tygodniu. ale nie codziennie	9,9	5,9	4,3	3,2	2,8	2,9
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	4,7	2,5	2,4	1,6	0,6	1,3
	nigdy	1,5	0,8	0,9	1,3	0,6	0,8

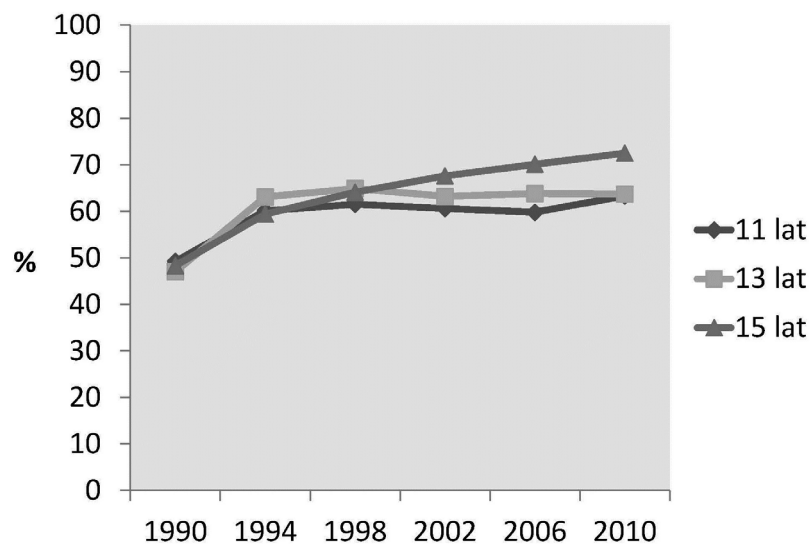
**Ryc. 13. Odsetek młodzieży, która czyści zęby częściej niż 1 raz dziennie według wieku**

Tabela 26. Częstość czyszczenia zębów według płci i wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY							
11–12 lat	częściej niż 1 raz dziennie	36,8	50,5	52,1	52,6	50,1	57,7
	1 raz dziennie	41,0	37,3	35,8	34,3	37,7	33,6
	co najmniej 1 raz w tygodniu. ale nie codziennie	14,8	7,2	8,2	7,8	7,6	6,1
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	6,3	4,4	2,9	3,5	3,7	2,1
	nigdy	1,1	0,6	1,0	1,8	0,9	0,5
13–14 lat	częściej niż 1 raz dziennie	32,4	51,7	55,0	51,6	52,3	53,2
	1 raz dziennie	42,8	35,9	37,5	34,2	36,8	36,3
	co najmniej 1 raz w tygodniu. ale nie codziennie	15,5	7,1	4,8	7,6	6,6	7,4
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	7,7	3,6	2,3	4,2	2,9	1,6
	nigdy	1,6	1,7	0,4	2,4	1,4	1,5
15–16 lat	częściej niż 1 raz dziennie	30,0	45,8	51,7	53,5	57,3	59,5
	1 raz dziennie	43,6	39,3	36,4	36,7	35,1	32,1
	co najmniej 1 raz w tygodniu. ale nie codziennie	15,6	9,5	6,5	5,2	5,3	5,3
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	8,2	4,2	3,9	2,3	1,1	1,7
	nigdy	2,6	1,2	1,5	2,3	1,2	1,4
DZIEWCZĘTA							
11–12 lat	częściej niż 1 raz dziennie	60,6	69,1	70,0	69,0	69,1	68,8
	1 raz dziennie	31,1	26,5	24,7	23,2	25,3	25,3
	co najmniej 1 raz w tygodniu. ale nie codziennie	6,0	3,7	3,3	4,9	3,5	4,1
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	2,0	0,7	1,8	2,4	1,6	1,4
	nigdy	0,3		0,2	0,5	0,5	0,4
13–14 lat	częściej niż 1 raz dziennie	60,3	73,7	73,6	75,3	74,6	73,6
	1 raz dziennie	31,8	21,6	22,4	21,3	22,4	24,3
	co najmniej 1 raz w tygodniu. ale nie codziennie	5,2	3,3	3,2	2,1	2,1	1,2
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	2,1	1,1	0,7	0,6	0,8	0,4
	nigdy	0,6	0,3	0,1	0,7	0,1	0,5
15–16 lat	częściej niż 1 raz dziennie	69,4	74,3	78,9	80,6	81,8	85,0
	1 raz dziennie	26,5	22,8	18,8	16,7	17,5	13,4
	co najmniej 1 raz w tygodniu. ale nie codziennie	3,4	1,9	1,7	1,4	0,4	0,6
	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	0,6	0,7	0,5	0,9	0,2	0,9
	nigdy	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1



5. Palenie tytoniu

Anna Kowalewska

Według szacunków WHO 500 milionów osób żyjących obecnie na świecie umrze z powodu chorób związanych z paleniem tytoniu, ponad połowę z nich stanowić będą obecnie żyjące dzieci i młodzież¹⁵. Pierwsze próby palenia tytoniu podejmowane są najczęściej w wieku szkolnym. Dzieci i młodzież rozpoczynając palenie tytoniu nie zdają sobie do końca sprawy lub lekceważą jego konsekwencje zdrowotne, w tym możliwość uzależnienia się. Około 80% dorosłych palaczy tytoniu podaje, że zaczęli eksperymenty z tytoniem przed 18 rokiem życia.

Palenie tytoniu w młodym wieku, oprócz licznych następstw zdrowotnych, może prowadzić do utrwalenia się nieprawidłowych wzorów postępowania. Dla wielu osób rozpoczynających palenie jest to sposób radzenia sobie ze stresem i problemami, umożliwia zaspokojenie potrzeb okresu dojrzewania, takich jak np. poczucie dorosłości, przynależność do grupy, potrzeba akceptacji, autonomii. W konsekwencji zachowanie to utrudnia rozpoznanie własnych potrzeb i nie sprzyja rozwijaniu umiejętności psychospołecznych niezbędnych w codziennym życiu oraz zwiększa ryzyko podejmowania innych zachowań problemowych.

¹⁵ Zatoński W., Przewoźniak K.: (red. wydania polskiego). *Rozwój w praktyce. Przeciwno epidemi. Działania rządów a ekonomika ograniczenia konsumpcji tytoniu*. Publikacja Banku Światowego. Waszyngton D.C. Edycja Polska Medycyna Praktyczna, Kraków, 2002.

Eksperymentowanie z paleniem jest typowe dla okresu dorastania. Część młodzieży kończy palenie po pierwszych próbach, jednak niektórzy kontynuują palenie z różną częstością, co konsekwencji może prowadzić do uzależnienia. Wczesny wiek inicjacji nikotynowej oraz regularne palenie tytoniu jest czynnikiem, który zwiększa ryzyko uzależnienia i kontynuowania palenia w dorosłym życiu¹⁶. W przypadku dzieci i młodzieży za regularne palenie tytoniu przyjmuje się codzienne palenie i palenie tytoniu w każdym tygodniu.

Śledzenie aktualnej sytuacji dotyczącej palenia tytoniu oraz analizowanie trendów palenia jest jednym ze sposobów oceny skuteczności podejmowanych działań profilaktycznych i podstawą do planowania dalszych działań oraz okazją do zastanowienia się nad czynnikami, które mogą ten proces zaburzać.

Wskaźniki palenia tytoniu w badaniach HBSC

Pytania dotyczące palenia tytoniu uwzględniane są w badaniach HBSC od początku. W niniejszym opracowaniu wykorzystano dwa pytania, których sformułowanie nie zmieniało się. Analizowano dwa wskaźniki:

1. **Próby palenia tytoniu** – młodzież pytano: *Czy kiedykolwiek paliłeś tyton?* Kategorie odpowiedzi: *tak, nie*;
2. **Obecna częstość palenia tytoniu** – młodzież pytano: *Jak często obecnie palisz papierosy?* Kategorie odpowiedzi: *codziennie, co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie, rzadziej niż 1 raz w tygodniu, nie palę wcale*.

W analizach obecnej częstości palenia tytoniu przez młodzież, najczęściej wykorzystuje się wskaźniki pochodne: **ogólna częstość palenia**

¹⁶ Kowalewska A.: *Wiek inicjacji nikotynowej a częstość palenia tytoniu przez młodzież 15-letnia w Polsce*. Przegląd Lekarski 2008; 65(10): 546–548.

(obejmuje wszystkie osoby palące niezależnie od częstości palenia); **palenie regularne** (codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie); **palenie codzienne**¹⁷.

5.1. Próby palenia tytoniu

Dane dotyczące odsetka młodzieży, która podjęła próby palenia tytoniu przedstawiono w tabeli 27 i 28 oraz na ryc. 14.

W 2010 r.:

- próby palenia tytoniu podjęło ogółem 33,2% młodzieży w wieku 11–15 lat (37,1% chłopców, 29,5% dziewcząt);
- odsetek młodzieży podejmującej próby palenia tytoniu zwiększał się z wiekiem (13,1% u 11-latków; 32,2% u 13-latków; 54,4% u 15-latków);
- chłopcy częściej niż dziewczęta podejmowali próby palenia tytoniu, różnice występują we wszystkich grupach wieku, ale u młodzieży 15-letniej prawie zanikają (różnica na granicy istotności statystycznej $p < 0,054$).

W latach 1990–2010 utrzymywały się różnice w odsetkach młodzieży podejmującej próby palenia tytoniu w zależności od wieku i płci:

- do 2002 r. we wszystkich grupach wieku występowało niekorzystne zjawisko systematycznego wzrostu odsetka młodzieży, która odbyła inicjację tytoniową. W 2006 r. sytuacja uległa poprawie i odsetek młodzieży po inicjacji tytoniowej zmniejszył się. W 2010 r. dalsze obniżenie tego odsetka dotyczyło tylko 15-latków, w młodszych grupach wieku uległ on zwiększeniu;
- chłopcy częściej niż dziewczęta podejmowali próby palenia tytoniu jednak różnice w kolejnych seriach badań były coraz mniejsze;

¹⁷ Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A.: *Wybrane wskaźniki palenia tytoniu przez młodzież 15-letnią na tle międzynarodowych statystyk*. Przegląd Lekarski 2008; 65(10): 541–545.

- największe różnice zależne od płci w próbach palenia tytoniu występowały wśród młodzieży 11- i 13-letniej, a najmniejsze wśród 15-latków.

5.2. Obecne palenie tytoniu

Częstość palenia tytoniu przez młodzież w latach 1990–2010 przedstawia tabela 29 i 30 oraz ryc. 15 i 16.

W 2010 r.:

- wśród młodzieży w wieku 11–15 lat paliło tytoń z różną częstością ogółem 12,3% (13,7% chłopców i 10,1% dziewcząt);
- odsetek młodzieży regularnie i codziennie palącej tytoń zwiększał się z wiekiem: (regularne palenie: 1,2% – 11-latków; 8,6% – 13-latków i 14,9% – 15-latków; codzienne palenie: 0,5% 11-latków; 5,7% 13-latków i 11,0% 15-latków);
- codziennie paliło tytoń więcej chłopców niż dziewcząt (w wieku 13 lat 6,9% chłopców i 4,6% dziewcząt; 15 lat odpowiednio 13,8% i 8,2%). Różnice między chłopcami i dziewczętami nie występują jeśli uwzględnia się palenie co najmniej 1 raz w tygodniu.

W latach 1990–2010:

- odsetek regularnych i codziennych palaczy nie uległ większym zmianom wśród 11-latków; wśród 15-latków tendencja wzrostowa występowała do 1998 r. i od tego czasu odsetek palaczy systematycznie obniża się. W obu grupach wieku odsetki codziennych palaczy były większe u chłopców niż dziewcząt;
- w grupie 13-latków, u których wskaźnik regularnego i codziennego palenia wzrastał do 2002 r., obniżył się w 2006 r. i ponownie zwiększył się w 2010 r. W okresie 20 lat, odsetek regularnych palaczy zwiększył się o 5,7 punktów procentowych, a codziennych palaczy o 4,5 punktów procentowych; Wzrost ten dotyczył obu płci, ale odsetek regularnych palaczy był większy u dziewcząt (o 6,8%) niż u chłopców (wzrost o 4,5%). W grupie dziewcząt 13-letnich w 2010 r. wskaź-

nik codziennego palenia był największy w badanym dwudziestoleciu (4,6%), u chłopców w tym wieku był duży (6,9%), ale nie przekroczył wartości z 2002 r. (7,6%);

- w grupie 15-latków wskaźnik regularnego palenia w 2010 r., w porównaniu z 1990 r., zmniejszył się u chłopców (z 20% do 17,2%), a wzrósł u dziewcząt (z 9,7% do 12,5%). Było to głównie spowodowane tym, że od 1998 r. odsetki dziewcząt palących tytoń, co najmniej 1 raz dziennie były większe niż chłopców.

Podsumowanie

Wyniki badań HBSC wskazują, że:

- W latach 1998–2002 odsetki młodzieży w wieku 11–15 lat podejmującej próby palenia tytoniu oraz palącej tytoń codziennie i regularnie były najwyższe w badanym dwudziestoleciu. We wszystkich grupach wieku wskaźniki te zmniejszyły się w 2006 r., a w 2010 r. ich obniżenie dotyczyło tylko 15-latków, zarówno chłopców jak i dziewcząt.

Obniżenie w 2006 r. analizowanych wskaźników palenia tytoniu we wszystkich badanych grupach wieku miało prawdopodobnie związek z tym, że badania były wykonane po wprowadzeniu nowych przepisów legislacyjnych. Wprowadzono m.in. całkowity zakaz reklamy palenia tytoniu, promowania wyrobów tytoniowych, sponsorowania przez przemysł tytoniowy osób prywatnych czy instytucji w zamian za umieszczenie nazw produktów lub ich symboli graficznych. Jednocześnie w tym czasie nastąpiło zintensyfikowanie w szkołach działań profilaktycznych podejmowanych w ramach promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień, w tym palenia tytoniu. Można uznać, że obecne 15-latki, w największym stopniu wśród badanej młodzieży w 2010 r., miały możliwość kształtowania swoich postaw wobec palenia tytoniu uczestnicząc w programach profilaktycznych i obserwując zachowania i opinie innych osób dotyczące palenia.

- Częstość inicjacji tytoniowej, regularnego i codziennego palenia zwiększa się z wiekiem. Była większa u chłopców niż u dziewcząt, jednak z wiekiem różnice te były coraz mniejsze. Zmniejszanie się różnic w częstości palenia tytoniu w zależności od płci w latach 1990–2010 nastąpiło z jednej strony z powodu obniżenia odsetka regularnie i codziennie palących tytoń w grupie 11- i 15-letnich chłopców, z drugiej strony było to spowodowane wzrostem tych wskaźników u dziewcząt 11-,13- i 15-letnich.

Z danych dotyczących inicjacji nikotynowej i częstości palenia wynikają praktyczne wskazania dla osób prowadzonych działania mające na celu zapobieganie i ograniczenie palenia wśród dzieci i młodzieży. Jednym z nich jest opóźnianie wieku podejmowania prób palenia tytoniu, kolejnym eliminowanie czynników zwiększających ryzyko palenia tytoniu lub „uodparnianie młodzieży” na nie. Odbywa się to przez: wprowadzenie dalszych działań legislacyjnych, lokalnych przepisów zakazujących sprzedaży papierosów osobom niepełnoletnim i palenia w miejscach publicznych. Do działań tych należy również realizacja programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży.

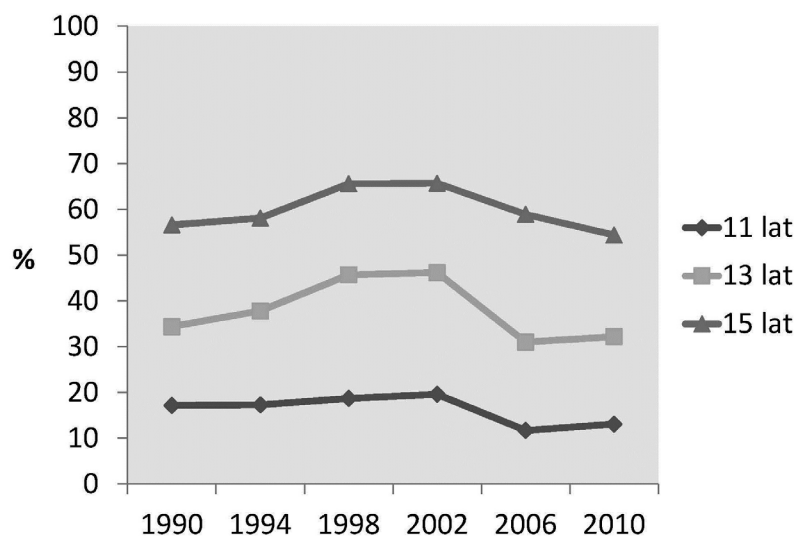
W związku z intensyfikacją działań skierowanych przez przemysł tytoniowy w stosunku do dziewcząt i młodych kobiet, oraz wobec zmian zachodzących w postrzeganiu roli kobiety konieczne jest podjęcie odpowiednich działań skierowanych specjalnie do tej grupy młodzieży.

- Mniej korzystne zmiany miały miejsce wśród młodzieży 13-letniej, u której po obniżeniu się trzech wskaźników (inicjacji tytoniowej, regularnego i codziennego palenia) w 2006 r. nastąpił ich wzrost w 2010 r. Dotyczyło to obu płci, ale w grupie dziewcząt odsetki codziennie palących tytoń były najwyższe w badanym 20-leciu. Wskazuje to, że młodzież w okresie zmiany szkoły podstawowej na gimnazjum jest szczególnie podatna na podejmowanie prób palenia tytoniu i palenia.

Ponieważ palenie tytoniu jest tylko jednym z zachowań ryzykownych podejmowanych przez młodzież w tym wieku, należy 13-latki (uczniów klas I gimnazjum) otoczyć szczególną opieką wychowawczą i profilaktyczną, z uwzględnieniem kształtowania właściwych postaw wobec palenia oraz umiejętności, które pozwolą zaspokoić im psychospołeczne potrzeby tego okresu. W przypadku nastolatków codziennie palących tytoń, należy umożliwić im pomoc specjalistyczną, gdyż z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że rozwija się u nich zespół uzależnienia od tytoniu.

Tabela 27. Próby palenia tytoniu według wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
11-12 lat	tak	17,2	17,3	18,7	19,6	11,7	13,1
	nie	82,8	82,7	81,3	80,4	88,3	86,9
13-14 lat	tak	34,4	37,8	45,7	46,2	31,0	32,2
	nie	65,6	62,2	54,3	53,8	69,0	67,8
15-16 lat	tak	56,6	58,1	65,6	65,7	58,9	54,4
	nie	43,4	41,9	34,4	34,3	41,1	45,6



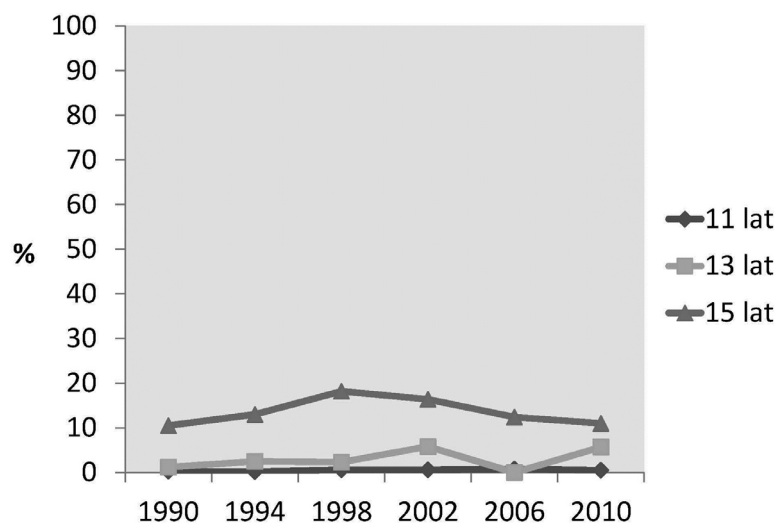
Ryc. 14. Odsetek młodzieży, która podjęła próby palenia tytoniu według wieku

Tabela 28. Próby palenia tytoniu według płci i wieku (% badanych)

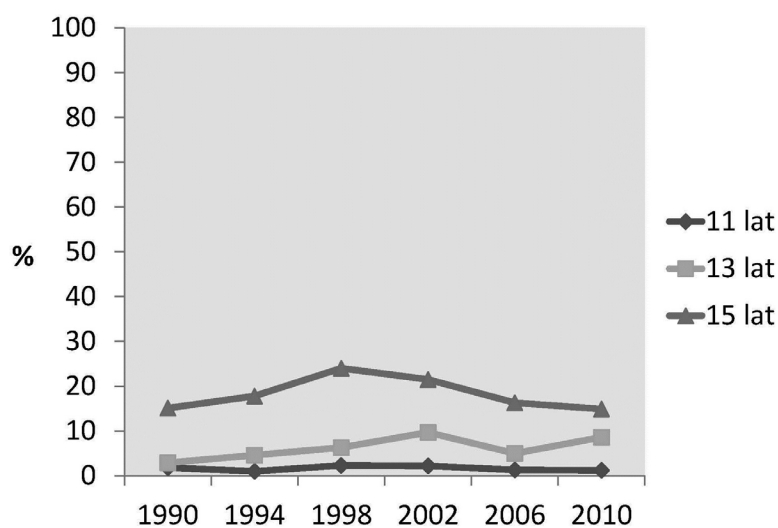
	1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	28,4	25,0	26,0	26,7	16,4	16,9
13–14 lat	52,8	51,4	54,5	52,7	33,9	38,1
15–16 lat	67,2	65,1	70,1	70,0	63,1	56,5
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	6,8	10,2	12,1	12,1	7,2	9,4
13–14lat	17,6	25,4	38,1	39,3	28,3	26,5
15–16 lat	44,3	50,3	60,1	61,6	55,1	52,3

Tabela 29. Obecne palenie tytoniu według wieku (% badanych)

	1990	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 lat	codziennie	0,3	0,2	0,6	0,6	0,8	0,5
	1 raz w tygodniu	1,5	0,8	1,7	1,6	0,5	0,7
	rzadziej	3,5	2,4	1,9	3,1	1,0	1,6
	nie palą wcale	94,6	96,6	95,9	94,6	97,8	97,2
13–14 lat	codziennie	1,2	2,5	2,3	5,8	3,0	5,7
	1 raz w tygodniu	1,7	2,1	4,0	3,9	2,0	2,9
	rzadziej	5,9	3,9	6,6	6,6	3,2	4,3
	nie palą wcale	91,2	91,5	87,1	83,7	91,9	87,1
15–16 lat	codziennie	10,5	13,0	18,2	16,4	12,4	11,0
	1 raz w tygodniu	4,6	4,8	5,8	5,1	3,9	3,9
	rzadziej	9,1	6,6	6,6	8,5	6,4	6,2
	nie palą wcale	75,8	75,6	69,4	70,0	77,4	78,9



Ryc. 15. Odsetek młodzieży, która pali tytoń codziennie według wieku



Ryc. 16. Odsetki młodzieży, która pali tytoń regularnie (codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie) według wieku

Tabela 30. Obecne palenie tytoniu według płci i wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY							
11–12 lat	codziennie	0,7	0,3	0,8	1,1	1,3	0,8
	raz w tygodniu	2,8	1,4	2,5	2,6	0,5	1,0
	rzadziej	6,1	4,0	3,5	4,0	1,8	2,1
	nie pali wcale	90,5	94,3	93,2	92,3	96,4	96,1
13–14 lat	codziennie	2,4	3,9	3,6	7,6	3,5	6,9
	raz w tygodniu	2,9	3,7	4,8	4,3	1,6	2,9
	rzadziej	9,7	5,8	8,1	7,1	3,3	4,7
	nie pali wcale	85,0	86,6	83,5	81,0	91,6	85,5
15–16 lat	codziennie	14,4	17,5	21,8	21,5	14,9	13,8
	raz w tygodniu	5,6	5,0	5,3	4,7	3,7	3,4
	rzadziej	11,4	6,6	5,3	8,0	5,6	5,5
	nie palą wcale	68,6	71,0	67,7	65,8	75,8	77,3
DZIEWCZĘTA							
11–12 lat	codziennie	0,0	0,1	0,4	0,1	0,3	0,3
	raz w tygodniu	0,4	0,1	0,9	0,5	0,4	0,4
	rzadziej	1,1	1,0	0,5	2,3	0,3	1,0
	nie palą wcale	98,5	98,8	98,2	97,1	99,1	98,3
13–14 lat	codziennie	0,1	1,3	1,2	3,8	2,5	4,6
	raz w tygodniu	0,7	0,6	3,3	3,5	2,4	3,0
	rzadziej	2,4	2,2	5,3	6,1	3,1	3,8
	nie palą wcale	96,8	95,9	90,3	86,6	92,1	88,6
15–16 lat	codziennie	6,2	8,1	14,0	11,7	10,1	8,2
	raz w tygodniu	3,5	4,7	6,4	5,5	4,1	4,3
	rzadziej	6,2	6,6	8,1	8,9	7,0	7,0
	nie palą wcale	84,2	80,7	71,5	73,9	78,8	80,5

Spis treści

Przedmowa	9
Wprowadzenie – <i>Barbara Woynarowska, Joanna Mazur</i>	11
1. Informacja o badaniach HBSC	11
2. Badania HBSC w Polsce	15
3. Koncepcja i struktura opracowania	22
I. Zachowania zdrowotne	25
1. Aktywność fizyczna – <i>Barbara Woynarowska</i>	27
1.1. Aktywność fizyczna mierzona za pomocą wskaźnika MVPA	30
1.2. Aktywność fizyczna mierzona za pomocą wskaźnika VPA	31
2. Zachowania sedenteryjne w czasie wolnym – <i>Barbara Woynarowska</i>	41
2.1. Czas przeznaczany przez młodzież na oglądanie telewizji	43
2.2. Czas przeznaczany przez młodzież na gry komputerowe lub na konsoli	44
2.3. Czas przeznaczany przez młodzież na inne zajęcia z wykorzystaniem komputera	45
3. Zachowania żywieniowe – <i>Anna Dzielska</i>	53
3.1. Spożywanie śniadań	56
3.2. Spożywanie warzyw i owoców	58
3.3. Spożywanie słodczy i słodkich napojów	59
4. Higiena jamy ustnej – <i>Barbara Woynarowska</i>	75

5. Palenie tytoniu – <i>Anna Kowalewska</i>	83
5.1. Próby palenia tytoniu	85
5.2. Obecne palenie tytoniu	86
6. Picie alkoholu – <i>Jakub Gajewski</i>	93
6.1. Picie różnych napojów alkoholowych	95
6.2. Upijanie się	97
7. Używanie marihuany lub haszyszu przez młodzież 15-letnią – <i>Anna Dzielska</i>	109
7.1. Używanie marihuany/haszyszu w całym życiu	111
7.2. Używanie marihuany/haszyszu w ostatnich 12 miesiącach	111
8. Zachowania seksualne młodzieży 15-letniej – <i>Barbara Woynarowska</i>	117
9. Przemoc rówieśnicza – <i>Agnieszka Małkowska-Szkutnik</i> ...	127
9.1. Uczestnictwo w bójkach	130
9.2. Bycie ofiarą przemocy	131
9.3. Bycie sprawcą przemocy	132
II. Wybrane wskaźniki zdrowia	141
1. Zadowolenie z życia – <i>Izabela Tabak</i>	145
2. Subiektywne dolegliwości somatyczne i psychiczne – <i>Joanna Mazur</i>	151
2.1. Dolegliwości somatyczne	155
2.2. Dolegliwości psychiczne	156
2.3. Zespół mnogich dolegliwości	158
3. Nadwaga i otyłość oraz samoocena masy ciała – <i>Izabela Tabak</i>	179
3.1. Częstość nadwagi i otyłości mierzonej przy pomocy wskaźnika BMI	183
3.2. Subiektywna ocena masy ciała	183

Wpływ relacji z przyjaciółmi na jakość życia gimnazjalistów...	7
3.3. Zgodność samooceny masy ciała z rzeczywistą masą ciała	184
4. Odchudzanie się –	
<i>Jakub Gajewski, Barbara Woynarowska</i>	193
4.1. Odchudzanie się w całej badanej grupie	196
4.2. Odchudzanie się młodzieży bez nadmiaru masy ciała ...	197
4.3. Odchudzanie się młodzieży z nadwagą i otyłością	198
5. Urazy wymagające pomocy medycznej –	
<i>Marta Malinowska-Cieślik</i>	207
Podsumowanie	215
Summary	221
Aneks. Wykaz prac opublikowanych w latach 1991–2012 prezentujących wyniki badań HBSC	223
1. Publikacje w czasopiśmie i wydawnictwach zwartych ...	223
2. Raporty krajowe i inne wydawnictwa zwarte	240
3. Doktoraty	243



6. Picie alkoholu

Jakub Gajewski

Picie alkoholu jest jednym z najczęstszych zachowań ryzykownych wśród nastolatków. Dorastająca młodzież jest bardzo podatna na wpływ wzorców dotyczących konsumpcji alkoholu przekazywanych przez osoby dorosłe – najczęściej rodziców, rówieśników, media i inne nośniki informacji. Wzory zachowań, które utrwalane są w młodym wieku przenoszone są później w okres dorosłości. Dotyczy to także zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, do których zaliczany jest alkohol¹⁸. W wieku dorosłym alkohol jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie¹⁹. Używanie alkoholu powiązane jest z ok. 60 innymi dolegliwościami i problemami zdrowotnymi.

Otwartą jest nadal kwestia, czy wczesna inicjacja alkoholowa prowadzi bezpośrednio do zagrożeń z jego nadużywaniem w dorosłości, czy należy tylko do pośrednich czynników ryzyka²⁰. Część autorów uważa, że rozpoczęcie picia alkoholu w młodym wieku może być jedną z oznak innych problemów (np. natury rodzinnej czy emocjonalnej) i dopiero

¹⁸ Grant B.F., Stinson F.S., Harford T.C.: *Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: A 12-year follow-up*. Journal of Substance Abuse 2001; 13: 493–504.

¹⁹ The World Health Report 2002: *Reducing risks, promoting health life*, WHO, Geneva 2002.

²⁰ McGue M., Iacono W.G., Legrand L.N., Malone S., Elkins I.: *Origins and consequences of age at first drink. I. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology, and P3 amplitude*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2001; 25: 1156–1165.

w połączeniu z kolejnymi czynnikami ryzyka stwarza zagrożenie w wieku dorosłym. Dlatego w analizach dotyczących spożywania alkoholu przez młodzież więcej uwagi poświęca się upijaniu się i nadużywaniu alkoholu, jako głównym zagrożeniu. W literaturze istnieje dużo publikacji na temat konsekwencji nadmiernego spożywania alkoholu w życiu dorosłym oraz w okresie adolescencji. Wśród nich wymienia się: konflikty w rodzinie, obniżenie osiągnięć w nauce, współwystępowanie innych zachowań ryzykownych np. palenia tytoniu, czy ryzykownych zachowań seksualnych²¹.

Pomimo stale prowadzonych działań prewencyjnych oraz obowiązujących norm prawnych zakazujących sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18 roku życia, eksperymentowanie z tą substancją przez osoby niepełnoletnie jest nieodłącznym elementem okresu dorastania. Wyniki badań wskazują, że zdecydowana większość polskich 15-latków ma już pierwsze próby z alkoholem za sobą²². W badaniach HBSC w Polsce pytania dotyczące picia napojów alkoholowych uwzględniano od początku uczestnictwa w sieci badawczej HBSC. Dostarczają one danych o odsetku młodzieży, która spożywa alkohol i o rodzajach napojów alkoholowych, które preferuje młodzież w poszczególnych grupach wieku oraz o częstotliwości upijania się. W ramach badań HBSC możliwe są także inne, bardziej pogłębione analizy dotyczące skutków picia alkoholu dotyczących zdrowia, relacji społecznych, wyników w szkole, czy problemów natury psychologicznej²³.

²¹ Hingson R., Kenkel D.: *Social, health, and economic consequences of underage drinking*. [w:] National Research Council and Institute of Medicine Reducing underage drinking: A collective responsibility, background papers. [CD-ROM]. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking, Division of Behavioral and Social Sciences and Education DC: National Academies Press, Washington 2004.

²² Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. (red.): *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010.

²³ Windle M.: *Alcohol use among adolescents and young adults*, *Alcohol Research & Health* 2003; 27(1): 79–85.

Wskaźniki picia alkoholu w badaniach HBSC

W badaniach HBSC przyjęto dwa podstawowe wskaźniki dotyczące picia alkoholu, które stosowano konsekwentnie we wszystkich seriach badań:

1. **Aktualne picie alkoholu według rodzaju napoju.** Młodzież zapytano: *Jak często obecnie pijesz napoje alkoholowe, takie jak piwo, wino, wódkę²⁴? Weź pod uwagę nawet małe ilości wypijanego alkoholu.* Kategorie odpowiedzi: *codziennie; w każdym tygodniu; w każdym miesiącu; rzadko; nigdy.* Za **częste** picie każdego napoju alkoholowego przyjęto jego spożywanie w każdym tygodniu
2. **Częstość upijania się.** Pytanie: *Czy wypijeś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany?* Kategorie odpowiedzi: *nie, nigdy; tak 1 raz; tak, 2–3 razy; tak, 4–10 razy; tak, więcej niż 10 razy.* Za **częste** upijanie się uznano upicie się 4 razy lub więcej.

W ostatnich trzech seriach badań w kwestionariuszu HBSC znajdują się także inne pytania dotyczące spożywania alkoholu (m.in. spożywanie tzw. alkopopów, picie alkoholu oraz upicie się w ostatnich 30 dniach, rozpowszechnienie zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu wśród rówieśników). Nie ma jednak możliwości porównania zmian tych wskaźników w dłuższym okresie czasu.

6.1. Picie różnych napojów alkoholowych

Picie piwa

Dane dotyczące częstości picia piwa przez badaną młodzież podano w tabeli 31 i 32 oraz na ryc. 17.

W 2010 r.:

- piwo piło ogółem 42,2% młodzieży w wieku 11–15 lat (46,7% chłopców i 39,7% dziewcząt);

²⁴ W poszczególnych okresach badań w pytaniu o wódkę dodawano: koniak, whisky, likier lub inne napoje wysokoalkoholowe.

- częstość picia piwa zwiększała się z wiekiem badanych (17% u 11-latków; 40,1% u 13-latków; 68.6% u 15-latków);
- we wszystkich grupach wieku więcej piwa pili chłopcy niż dziewczęta, najmniejsza różnica pomiędzy płciami była u 11-latków.

W latach 1990–2010:

- we wszystkich grupach wieku zanotowano niekorzystne zjawisko wzrostu odsetka osób pijących piwo codziennie;
- chłopcy częściej niż dziewczęta pili piwo, różnica pomiędzy dziewczętami a chłopcami zmniejszyła się znacznie po 2002 r.;
- w grupie dziewcząt i chłopców 11-letnich zwiększył się odsetek tych, którzy nigdy nie pili piwa.

Picie wina

W tabeli 33 i 34 oraz na ryc. 18 podano dane dotyczące częstości picia wina przez badaną młodzież.

W 2010 r.:

- wino piło ogółem 27,7% ankietowanej młodzieży w wieku 11–15 lat (28,8% chłopców; 26,6% dziewcząt);
- częstość picia wina zwiększała się z wiekiem badanych (13,8% u 11-latków; 25,7% u 13-latków; 46,7% u 15-latków);
- we wszystkich grupach wieku więcej wina spożywali chłopcy, podczas gdy więcej dziewcząt nigdy nie piło tego rodzaju alkoholu

W latach 1990–2010 we wszystkich grupach wieku zanotowano spadek konsumpcji wina oraz zwiększenie się odsetka osób, które nigdy nie spożywały tego rodzaju alkoholu;

Picie wódki i innych napojów wysokoprocentowych

Dane dotyczące częstości picia przez młodzież wódki i innych wysokoprocentowych napojów alkoholowych zamieszczono w tabeli 35 i 36 oraz na ryc. 19.

W 2010 r.:

- wódkę i inne napoje wysokoprocentowe piło ogółem 20,2% młodzieży (25,6% chłopców; 16% dziewcząt);
- we wszystkich grupach wieku odsetki młodzieży pijącej wódkę i inne napoje wysokoprocentowe zwiększał się z wiekiem badanych (4,5% u 11-latków; 14,8% u 13-latków; 39,6% u 15-latków);
- we wszystkich grupach wieku częściej te napoje pili chłopcy, podczas gdy więcej dziewcząt nigdy nie piło wysokoprocentowych napojów alkoholu.

W latach 1990–2010 we wszystkich grupach wieku zanotowano:

- wzrost odsetka osób pijących alkohole wysokoprocentowe, największy wzrost miał w miejsce wśród 13 i 15-latków;
- zmniejszenie się odsetek osób, które nigdy nie piły wódki, największy spadek w grupie młodzieży najstarszej;
- częstsze picie wódki i innych napojów wysokoprocentowych przez chłopców, różnica między płciami zmniejszała się najbardziej w grupie 15-latków.

6.2. Upijanie się

Dane dotyczące częstości upijania się przez młodzież podano w tabeli 37 i 38 oraz na ryc. 20.

W 2010 r.:

- upiło się ogółem 26,3% ankietowanej młodzieży;
- odsetki dotyczące upijania się we wszystkich kategoriach odpowiedzi były wyższe u chłopców niż u dziewcząt;
- częstość upijania się zwiększała się z wiekiem badanych (dla kategorii *1 raz* 5,3% 11-latków; 13,2% 13-latków; 16,2% 15-latków), a odsetek osób, które nigdy się nie upiły zmniejszał się w kolejnych grupach wieku;
- w grupie najstarszej upiła się prawie połowa badanej młodzieży.

W latach 1990–2010:

- w grupie 13- i 15-latków zwiększył się odsetek osób upijających się z różną częstotliwością, a zmniejszył się odsetek osób, które nigdy nie upiły się;
- wśród 15-latków znacznie zwiększył się odsetek upijających się bardzo często – więcej niż 10 razy (1,9% w 1990 r., 7,8% w 2010 r.);
- u dziewcząt i 11-letnich chłopców zanotowano spadek odsetka tych, którzy nie upili się nigdy;
- w grupie dziewcząt i chłopców 15-letnich zwiększył się odsetek upijających się bardzo często (u chłopców z 2,8% w 1990 r. do 11,3% w 2010 r.; u dziewcząt z 0,8% w 1990 r. do 4,4% w 2010 r.).

Podsumowanie

Wyniki badań HBSC, prowadzonych w latach 1990–2010, wskazują, że:

- W latach 90. XX w. nastąpił wzrost spożycia piwa wśród młodzieży szkolnej, niekorzystny trend wzrostowy odwrócił się po 2006 r.. Może mieć to związek z regulacjami prawnymi dotyczącymi sprzedaży alkoholu nieletnim, jak również ze zmianami w stylu życia młodzieży. W celu wyjaśnienia tego zjawiska potrzeba są dalsze pogłębione analizy uwzględniające szerszy kontekst podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież
- Od pierwszej serii badań HBSC w Polsce zmniejszało się spożycie wina wśród młodzieży. Może być to wynikiem wzrostu konsumpcji innych rodzajów alkoholu, które w okresie transformacji ustrojowej stały się bardziej dostępne;
- Wódka i inne napoje wysokoprocentowe są najmniej popularnym rodzajem alkoholu wśród polskich nastolatków, ale ich spożycie zwiększa się. Na tempo wzrostu odsetka osób pijących wódkę i inne napoje wysokoprocentowe nie miała wpływu obniżka akcyzy na wyroby spirytusowe w końcu 2002 r., która spowodowała spadek cen wódek

o około 20%. Małe spożycie wódek i innych napojów wysokoprocentowych częściowo należy tłumaczyć ich relatywnie wysoką ceną w porównaniu do innych rodzajów alkoholu oraz wzorcem kulturowym faworyzującym trunki o niskiej zawartości alkoholu;

- Alkohol piją częściej chłopcy i młodzież starsza niż dziewczęta i młodzież młodsza, zjawisko to było widoczne w przypadku każdego analizowanego wskaźnika;
- 13- i 15-latki w 2010 r. upijały się częściej niż w latach 90. Jest to związane ze zwiększającym się odsetkiem upijających się dziewcząt w tych grupach wieku.

Tabela 31. Częstość picia piwa według wieku (% badanych)

	1990	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 lat	codziennie	0,4	0,4	0,1	0,8	0,1	0,6
	w każdym tygodniu	1,1	2,2	1,4	0,7	0,7	0,2
	w każdym miesiącu	3,2	4,0	2,6	0,8	1,6	0,6
	rzadko	23,8	27,1	30,2	17,2	20,0	16,2
	nigdy	71,6	66,2	65,8	80,4	77,5	82,4
13–14 lat	codziennie	0,3	0,6	0,5	1,7	0,9	1,8
	w każdym tygodniu	1,6	5,8	3,9	3,9	2,1	2,8
	w każdym miesiącu	4,6	10,7	7,5	6,8	4,4	4,3
	rzadko	31,1	33,7	46,2	32,2	34,6	31,2
	nigdy	62,3	49,2	41,9	55,4	58,0	59,9
15–16 lat	codziennie	0,8	1,5	2,1	1,3	1,3	2,3
	w każdym tygodniu	4,7	13,2	12,1	10,5	8,5	8,6
	w każdym miesiącu	11,1	14,7	14,5	16,0	14,9	14,8
	rzadko	37,3	35,4	47,8	43,6	45,5	42,8
	nigdy	46,1	35,3	23,6	28,6	29,9	31,4

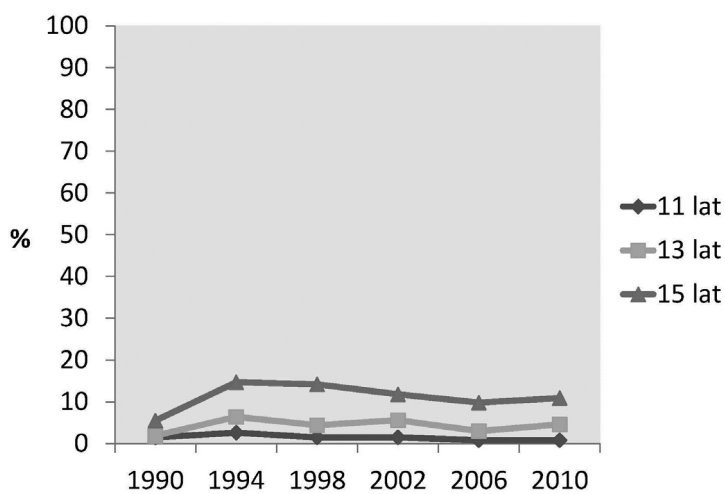
**Ryc. 17. Odsetek młodzieży, która piła piwo w każdym tygodniu według wieku**

Tabela 32. Częstość picia piwa według płci i wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY							
11–12 lat	codziennie	0,7	0,9	0,3	1,1	0,3	0,8
	w każdym tygodniu	1,7	3,4	2,5	1,3	0,9	0,2
	w każdym miesiącu	4,7	6,9	3,8	1,3	2,3	0,8
	rzadko	31,4	30,3	36,7	22,5	23,7	18,4
	nigdy	61,5	58,5	56,7	73,6	72,8	79,8
13–14 lat	codziennie	0,7	0,9	0,5	2,7	1,4	2,4
	w każdym tygodniu	3,1	8,3	5,7	4,9	2,4	4,4
	w każdym miesiącu	8,3	12,8	10,6	7,9	4,0	5,1
	rzadko	41,7	39,1	49,3	33,8	36,4	34,1
	nigdy	46,1	38,9	34,0	50,8	55,8	54,1
15–16 lat	codziennie	1,3	2,2	3,4	2,4	2,4	3,3
	w każdym tygodniu	7,2	18,3	16,2	15,0	12,5	11,3
	w każdym miesiącu	16,6	19,3	16,4	19,3	18,1	16,7
	rzadko	43,7	34,7	45,0	41,4	40,7	42,6
	nigdy	31,1	25,6	18,9	22,0	26,4	26,1
DZIEWCZĘTA							
11–12 lat	codziennie	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4
	w każdym tygodniu	0,4	1,2	0,4	0,1	0,5	0,1
	w każdym miesiącu	1,8	1,3	1,4	0,3	1,0	0,5
	rzadko	16,8	24,0	24,4	11,7	16,5	14,1
	nigdy	81,1	73,5	73,8	87,5	82,0	84,9
13–14 lat	codziennie	0,0	0,4	0,5	0,7	0,4	1,2
	w każdym tygodniu	0,3	3,3	2,2	2,8	1,9	1,4
	w każdym miesiącu	1,2	8,7	4,9	5,8	4,7	3,7
	rzadko	21,3	28,5	43,6	30,6	33,0	28,4
	nigdy	77,3	59,0	48,9	60,1	60,0	65,4
15–16 lat	codziennie	0,2	0,7	0,5	0,4	0,3	1,4
	w każdym tygodniu	1,7	7,4	7,1	6,4	4,9	6,1
	w każdym miesiącu	4,5	9,6	12,1	12,9	12,0	13,1
	rzadko	29,8	36,1	51,1	45,6	49,8	42,9
	nigdy	63,9	46,1	29,2	34,8	33,1	36,5

Tabela 33. Częstość picia wina według wieku (% badanych)

	1990	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 Lat	codziennie	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,6
	w każdym tygodniu	0,4	0,6	0,3	0,5	0,3	0,0
	w każdym miesiącu	0,7	1,5	1,2	0,4	0,6	0,4
	rzadko	17,4	15,7	15,9	9,1	10,2	10,4
	nigdy	81,4	82,0	82,4	89,7	88,8	88,5
13–14 Lat	codziennie	0,0	0,2	0,1	0,8	0,3	1,2
	w każdym tygodniu	0,6	1,3	0,5	1,3	0,4	0,4
	w każdym miesiącu	2,0	4,0	2,1	2,3	1,6	1,3
	rzadko	26,8	23,2	26,6	18,8	20,1	21,1
	nigdy	70,6	71,3	70,7	76,9	77,5	75,9
15–16 Lat	codziennie	0,1	0,0	0,4	0,4	0,4	1,0
	w każdym tygodniu	2,0	2,4	1,6	2,2	1,2	1,4
	w każdym miesiącu	9,6	8,6	4,3	7,0	3,9	4,9
	rzadko	43,6	39,8	38,2	33,1	37,6	40,0
	nigdy	44,8	49,1	55,6	57,3	56,9	52,7

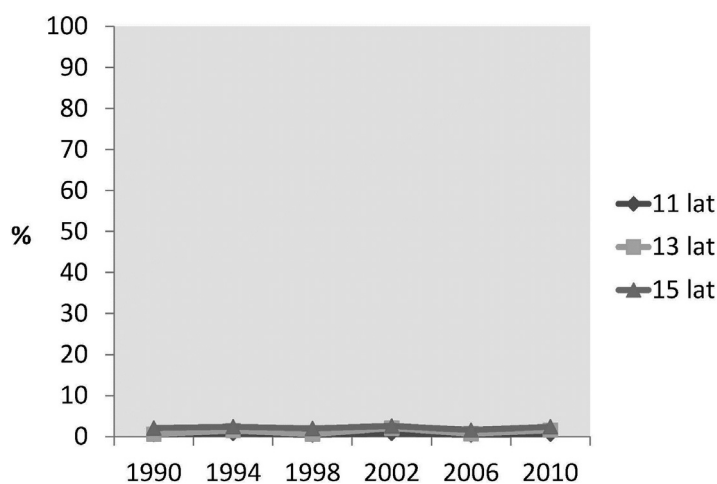
**Ryc. 18. Odsetek młodzieży, która piła wino w każdym tygodniu według wieku**

Tabela 34. Częstość picia wina według płci i wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY							
11–12 lat	codziennie	0,0	0,3	0,3	0,5	0,1	0,8
	w każdym tygodniu	0,9	1,3	0,4	0,9	0,4	0,1
	w każdym miesiącu	1,2	2,8	1,9	0,6	1,1	0,5
	rzadko	19,4	18,3	18,1	10,9	11,7	11,3
	nigdy	78,5	77,3	79,3	87,2	86,6	87,3
13–14 lat	codziennie	0,0	0,4	0,3	1,3	0,5	1,6
	w każdym tygodniu	1,2	1,3	0,8	1,1	0,5	0,6
	w każdym miesiącu	3,9	4,6	2,6	2,7	2,3	1,8
	rzadko	29,7	24,4	28,6	19,7	19,1	20,7
	nigdy	65,3	69,2	67,8	75,1	77,7	75,4
15–16 lat	codziennie	0,0	0,0	0,6	0,9	0,6	1,6
	w każdym tygodniu	2,7	2,8	2,4	3,5	2,1	1,8
	w każdym miesiącu	12,7	10,8	5,0	7,6	4,8	4,5
	rzadko	42,9	36,7	37,4	31,5	33,8	41,2
	nigdy	41,7	49,8	54,7	56,6	58,6	50,9
DZIEWCZĘTA							
11–12 lat	codziennie	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4
	w każdym tygodniu	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0
	w każdym miesiącu	0,3	0,1	0,6	0,2	0,1	0,3
	rzadko	15,5	13,3	14,0	7,2	8,8	9,5
	nigdy	84,1	86,5	85,2	92,3	90,8	89,8
13–14 lat	codziennie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,0
	w każdym tygodniu	0,0	1,3	0,2	1,4	0,4	0,2
	w każdym miesiącu	0,4	3,5	1,7	1,9	1,1	1,0
	rzadko	24,3	22,0	24,8	17,8	21,1	21,5
	nigdy	75,3	73,2	73,3	78,7	77,4	76,4
15–16 lat	codziennie	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4
	w każdym tygodniu	1,2	2,0	0,7	1,1	0,3	1,1
	w każdym miesiącu	5,9	6,3	3,4	6,4	3,0	5,4
	rzadko	44,4	43,2	39,1	34,6	41,1	38,8
	nigdy	48,4	48,4	56,6	57,9	55,3	54,3

Tabela 35. Częstość picia wódki według wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
11-12 lat	codziennie	0,0	0,0	0,1	0,7	0,2	0,7
	w każdym tygodniu	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
	w każdym miesiącu	0,3	0,2	0,5	0,5	0,7	0,1
	rzadko	3,3	2,7	4,3	5,2	2,5	3,4
	nigdy	96,2	96,9	95,1	93,5	96,6	95,7
13-14 lat	codziennie	0,0	0,1	0,3	1,1	0,3	1,5
	w każdym tygodniu	0,2	0,4	0,4	1,1	,2	1,2
	w każdym miesiącu	0,4	1,5	1,9	3,0	2,2	3,6
	rzadko	5,6	6,5	9,7	14,5	11,2	13,8
	nigdy	93,8	91,5	87,8	80,3	86,1	80,0
15-16 lat	codziennie	0,0	0,1	0,4	0,9	0,4	1,3
	w każdym tygodniu	0,5	2,1	1,6	2,2	2,0	2,0
	w każdym miesiącu	3,2	6,2	7,0	8,5	7,0	10,0
	rzadko	16,4	23,2	28,5	33,9	31,4	35,7
	nigdy	79,9	68,5	62,5	54,5	59,2	50,9

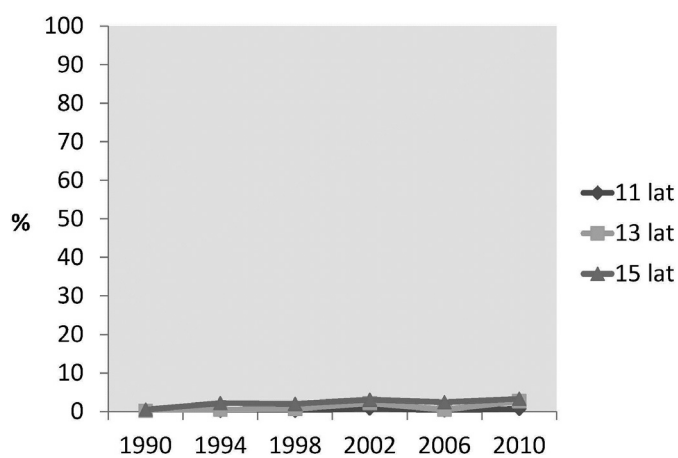
**Ryc. 19. Odsetek młodzieży, która piła wódkę w każdym tygodniu według wieku**

Tabela 36. Częstość picia wódki według płci i wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY							
11–12 lat	codziennie	0,0	0,0	0,3	0,9	0,3	1,1
	w każdym tygodniu	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0
	w każdym miesiącu	0,6	0,5	0,7	1,0	1,4	0,1
	rzadko	5,5	4,7	6,9	7,7	3,8	4,8
	nigdy	93,6	94,5	92,0	90,4	94,5	94,0
13–14 lat	codziennie	0,0	0,3	0,5	1,7	0,6	2,0
	w każdym tygodniu	0,3	0,3	0,7	1,0	0,3	1,1
	w każdym miesiącu	0,8	1,7	2,7	3,3	2,8	4,4
	rzadko	9,5	8,8	15,0	17,9	12,6	18,2
	nigdy	89,4	89,0	81,1	76,1	83,7	74,4
15–16 lat	codziennie	0,0	0,1	0,7	1,7	0,6	2,0
	w każdym tygodniu	0,8	2,6	2,3	3,6	2,9	2,2
	w każdym miesiącu	5,0	9,4	9,8	10,9	10,2	12,0
	rzadko	24,8	27,6	33,3	36,4	35,8	40,8
	nigdy	69,4	60,2	54,0	47,4	50,5	43,0
DZIEWCZĘTA							
11–12 lat	codziennie	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,4
	w każdym tygodniu	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
	w każdym miesiącu	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,1
	rzadko	1,2	0,9	1,9	2,6	1,3	2,1
	nigdy	98,6	99,1	97,7	96,6	98,6	97,4
13–14 lat	codziennie	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	1,0
	w każdym tygodniu	0,1	0,4	0,1	1,2	0,2	1,2
	w każdym miesiącu	0,0	1,3	1,2	2,8	1,7	2,9
	rzadko	2,3	4,4	5,0	10,9	9,8	9,7
	nigdy	97,6	93,9	93,7	84,7	88,3	85,3
15–16 lat	codziennie	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,5
	w każdym tygodniu	0,2	1,5	0,8	0,9	1,1	1,9
	w każdym miesiącu	1,1	2,6	3,7	6,3	4,1	8,2
	rzadko	6,6	18,2	22,7	31,6	27,5	30,9
	nigdy	92,2	77,7	72,7	61,1	67,1	58,5

Tabela 37. Częstość upicia się według wieku (% badanych)

	1990	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 lat	nigdy	90,8	89,5	90,0	91,1	89,9	92,8
	1 raz	7,3	8,4	7,5	6,1	7,1	5,3
	2–3 razy	1,4	1,6	1,7	1,7	1,8	1,2
	4–10 razy	0,3	0,2	0,2	0,4	0,5	0,1
	więcej niż 10 razy	0,3	0,3	0,4	0,7	0,6	0,6
13–14 lat	nigdy	85,7	75,4	75,1	74,3	73,9	75,7
	1 raz	10,8	15,2	15,1	14,1	15,6	13,2
	2–3 razy	2,8	6,4	6,4	7,1	7,3	6,2
	4–10 razy	0,3	1,6	2,1	2,3	1,6	1,6
	więcej niż 10 razy	0,4	1,4	1,3	2,1	1,6	3,3
15–16 lat	nigdy	66,5	53,9	49,8	49,0	47,3	52,6
	1 raz	15,4	20,0	19,4	20,1	18,3	16,2
	2–3 razy	11,5	15,4	17,4	16,5	18,1	15,6
	4–10 razy	4,7	5,8	6,5	7,5	7,9	7,8
	więcej niż 10 razy	1,9	4,8	6,8	6,9	8,3	7,8

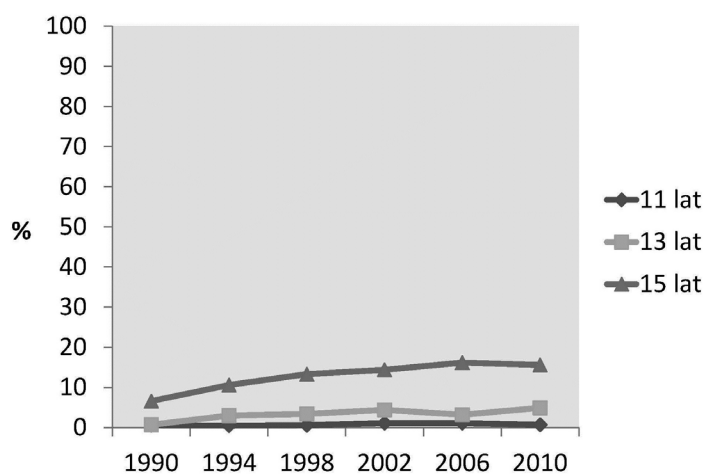
**Ryc. 20. Odsetek młodzieży, która upiła się 4 razy lub więcej według wieku**

Tabela 38. Częstość upicia się według płci i wieku (% badanych)

		1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY							
11-12 lat	nigdy	85,9	83,5	85,7	87,1	85,6	91,5
	1 raz	10,5	12,8	10,4	8,7	9,8	6,1
	2-3 razy	2,5	2,8	2,5	2,4	2,4	1,4
	4-10 razy	0,6	0,4	0,5	0,7	0,9	0,1
	więcej niż 10 razy	0,6	0,4	0,9	1,1	1,2	1,0
13-14 lat	nigdy	77,5	69,7	69,6	69,5	71,2	71,5
	1 raz	15,5	17,0	15,9	16,0	16,0	14,6
	2-3 razy	5,4	8,8	9,3	8,6	7,9	6,9
	4-10 razy	0,7	2,1	3,1	2,8	2,4	2,2
	więcej niż 10 razy	0,9	2,4	2,2	3,1	2,5	4,8
15-16 lat	nigdy	58,0	47,3	42,5	41,7	42,5	47,1
	1 raz	16,2	19,3	18,3	18,7	15,5	17,1
	2-3 razy	16,0	18,1	20,0	19,2	19,3	15,7
	4-10 razy	7,0	8,0	8,6	10,1	9,1	8,8
	więcej niż 10 razy	2,8	7,4	10,5	10,3	13,6	11,3
DZIEWCZĘTA							
11-12 lat	nigdy	95,3	95,2	93,9	95,3	94,0	94,1
	1 raz	4,3	4,2	5,0	3,5	4,6	4,6
	2-3 razy	0,4	0,6	1,1	0,9	1,1	1,0
	4-10 razy	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
	więcej niż 10 razy	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3
13-14 lat	nigdy	93,1	80,7	79,9	79,4	76,4	79,6
	1 raz	6,5	13,4	14,5	12,1	15,2	11,9
	2-3 razy	0,4	4,1	3,9	5,6	6,8	5,5
	4-10 razy	0,0	1,2	1,3	1,8	0,9	1,0
	więcej niż 10 razy	0,0	0,5	0,5	1,1	0,7	1,9
15-16 lat	nigdy	76,5	61,1	58,5	55,7	51,8	57,9
	1 raz	14,5	20,9	20,8	21,4	20,8	15,3
	2-3 razy	6,2	12,4	14,2	14,1	17,1	15,5
	4-10 razy	2,0	3,5	4,0	5,1	6,9	6,9
	więcej niż 10 razy	0,8	2,1	2,4	3,8	3,4	4,4



7. Używanie marihuany lub haszyszu przez młodzież 15-letnią

Anna Dzielska

Przetwory konopi indyjskich (*cannabis*), w tym marihuana lub haszysz, należą do najczęściej używanych, po alkoholu i tytoniu, substancji psychoaktywnych. W niektórych krajach są to substancje używane legalnie, w Polsce są one nielegalne.

Używanie (zwykle palenie) marihuany lub haszyszu jest typowe dla okresu adolescencji. Jest to spowodowane różnymi przyczynami: eksperymentowanie, chęć poprawienia nastroju, przynależność do grup rówieśniczych, w których substancje te są dostępne, a ich używanie jest „normą”, rytuałem itd²⁵.

Eksperymentowanie z marihuaną, czyli okazjonalne jej zażywanie w niedużej ilości, zwykle nie powoduje negatywnych skutków dla zdrowia. Częste jej przyjmowanie może prowadzić do rozwoju uzależnienia lub problemowego używania narkotyków, tj. takiego „(...) które nie spełnia kryteriów uzależnienia ale prowadzi do zmian w stylu życia i orientacji życiowej młodego człowieka (np. zmian relacji z rodzicami, konfliktów z prawem) (...)”²⁶.

²⁵ ter Bogt T., Ferreira M., de Looze M., Nic Gabhain S.: *Cannabis use*, w: C. Currie at al. *Social determinants of health and well-being among young people. International report from 2009/2010 survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012, s. 163–171.

²⁶ Ostaszewski K., *Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych*, w: B. Woynarowska : *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Częste i nadmierne używanie przetworów konopi może być przyczyną występowania różnych problemów zdrowotnych i społecznych lub pogłębiać problemy wcześniej istniejące. Wyniki badań wskazują, że wczesne i intensywne używanie tych substancji przez młodzież: wpływa niekorzystnie na zdolności poznawcze i umiejętności społeczne, może być przyczyną niepowodzeń szkolnych, przedwczesnego zakończenia edukacji, częstszego podejmowania innych zachowań ryzykownych (np. zachowań agresywnych, przestępczych), zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego (depresja, stany lękowe)²⁷.

Wskaźniki używania marihuany/haszyszu w badaniach HBSC

Pytania dotyczące używania marihuany/haszyszu uwzględniono w kwestionariuszu HBSC dla młodzieży 15-letniej od 2002 r. (w serii badań HBSC 2010 o używanie konopi pytano również 13-latkę)²⁸. Przyjęto dwa podstawowe wskaźniki uwzględniające dwa okresy czasu²⁹:

1. **Używanie marihuany/haszyszu w całym życiu.** Młodzież pytało: *Czy używałeś marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu całym życiu?* Kategorie odpowiedzi: *nigdy; 1–2 razy; 3–5 razy; 6–9 razy; 10–19 razy; 20–39 razy; 40 razy lub więcej.*
2. **Używanie marihuany/haszyszu w ostatnich 12 miesiącach.** Młodzież pytało: *Czy używałeś marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu w ostatnich 12 miesiącach?* Kategorie odpowiedzi: *nigdy; 1–2 razy; 3–5 razy; 6–9 razy; 10–19 razy; 20–39 razy; 40 razy lub więcej.*

Przyjęto, że używanie tych substancji 1 lub 2 razy oznacza **eksperymentowanie**, a 6 razy lub więcej to **częste** ich zażywanie.

²⁷ ter Bogt op. cit., s 163.

²⁸ Pytania dotyczące używania tych substancji pochodzą z kwestionariusza badań ESPAD Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach.

²⁹ W latach 2006 i 2010 uwzględniono trzeci wskaźnik: używanie marihuany/haszyszu w ostatnich 30 dniach, ale nie wzięto go pod uwagę w niniejszym opracowaniu.

7.1. Używanie marihuany/haszyszu w całym życiu

Rozkład odpowiedzi badanych 15-latków przedstawiono w tabeli 39 i 40 oraz na ryc. 21.

W 2010 r.:

- marihuanę/haszysz używał co najmniej 1 lub 2 razy co piąty (20,6%) nastolatek; więcej chłopców (24,1%) niż dziewcząt (15,2%); około połowa z tej grupy to osoby eksperymentujące (używały narkotyku 1 lub 2 razy);
- częste używanie narkotyku dotyczyło 7,8% nastolatków, częściej chłopców (11,4%) niż dziewcząt (4,4%).

W latach 2002–2010 wystąpiły następujące zmiany:

- zwiększał się odsetek młodzieży, która w życiu używała kiedykolwiek marihuanę/haszysz (z 18,1% do 20,6%), ale wzrost ten dotyczył tylko dziewcząt (z 11,7% do 15,2%);
- odsetek eksperymentujących z marihuaną (używanie 1 lub 2 razy) systematycznie zwiększał się u dziewcząt (u chłopców tendencja była malejąca);
- zwiększał się odsetek nastolatków, którzy używali tych substancji 6 razy lub częściej, ale silniejsza tendencja była u chłopców (z 9,8% do 11,4%).

7.2. Używanie marihuany/haszyszu w ostatnich 12 miesiącach

Odpowiedzi nastolatków przedstawiono w tabeli 41 i 42 oraz na ryc. 22.

W 2010 r.:

- odsetek 15-latków, którzy używali marihuanę/haszysz w ostatnich 12 miesiącach, co najmniej 1–2 razy, wynosił 16,2% i był prawie dwukrotnie większy u chłopców (21,2%) niż u dziewcząt (11,3%);
- wśród używających tych narkotyków najliczniejszą grupę (8% ogółu badanych) stanowiła młodzież eksperymentująca (zażycie 1 lub

2 razy), ale różnice między chłopcami i dziewczętami były nieduże (odpowiednio 8,9% i 7,0%);

- odsetek młodzieży, która często używała tych substancji (6 razy lub więcej) wynosił 6% i był trzykrotnie większy u chłopców (9,2%) niż u dziewcząt (2,9%).

W latach 2002–2010 nastąpiło:

- zwiększenie odsetka nastolatków, którzy używali marihuany/haszyszu, w tym szczególnie eksperymentujących z tymi narkotykami dziewcząt (z 4,8% do 7,0%);
- tendencja wzrostowa w zakresie częstego używania marihuany/haszyszu u obu płci ale wzrost częstości był większy u chłopców.

Podsumowanie

Ocenę rozpowszechnienia używania przez młodzież szkolną przetworów konopi przeprowadzono na podstawie częstości ich zażywania w całym życiu oraz w ostatnich 12 miesiącach. Uzyskane wyniki wskazują, że:

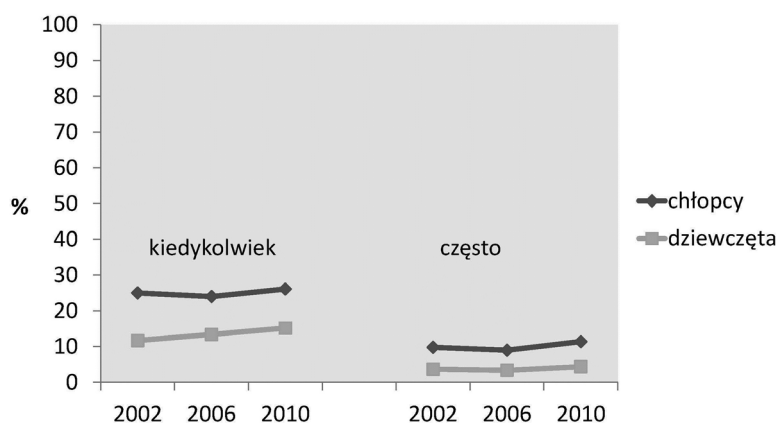
- Co piąty 15-latek zażywał marihuany/haszyszu co najmniej 1–2 razy w życiu, a co szósty w ostatnich 12 miesiącach.
- Najczęściej nastolatki eksperymentują z tymi substancjami, ale 6% używało je w ostatnich 12 miesiącach często (6 razy lub częściej) i jest to grupa o zwiększonym ryzyku problemowego używania. Ryzyko to jest większe u chłopców niż u dziewcząt.
- W okresie minionych 8 lat zwiększał się odsetek używających przetworów konopi w całym życiu oraz w ostatnich 12 miesiącach. Wzrost ten dotyczył przede wszystkim dziewcząt, czego efektem jest zmniejszenie się różnic zależnych od płci.

Zgodnie z obowiązującą od 2002 r. podstawą programową kształcenia ogólnego każda szkoła jest zobowiązana do realizacji programu profilaktyki. Wiele organizacji oferuje szkołom programy profilaktyczne. Prezen-

towane wyniki wskazują jednak, że dotychczas podejmowane działania, których celem jest zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych nie są wystarczająco skuteczne. Grupą szczególnie narażoną na negatywne ich skutki zdrowotne i społeczne są dziewczęta i do nich należy kierować działania profilaktyczne. Niezbędne jest też podjęcie pogłębionych badań w celu poznanie przyczyn wciąż zwiększającego się odsetka nastoletnich dziewcząt używających substancji psychoaktywnych.

Tabela 39. Używanie marihuany lub haszyszu w całym życiu wśród 15-latków (% badanych)

		2002	2006	2010
15-16 lat	nigdy	81,9	81,5	79,4
	1-2 razy	8,1	9,2	9,3
	3-5 razy	3,4	3,2	3,4
	6-9 razy	2,3	1,9	2,2
	10-19 razy	1,3	1,6	2,0
	20-39 razy	0,9	0,9	1,6
	40 razy lub więcej	2,1	1,7	2,1



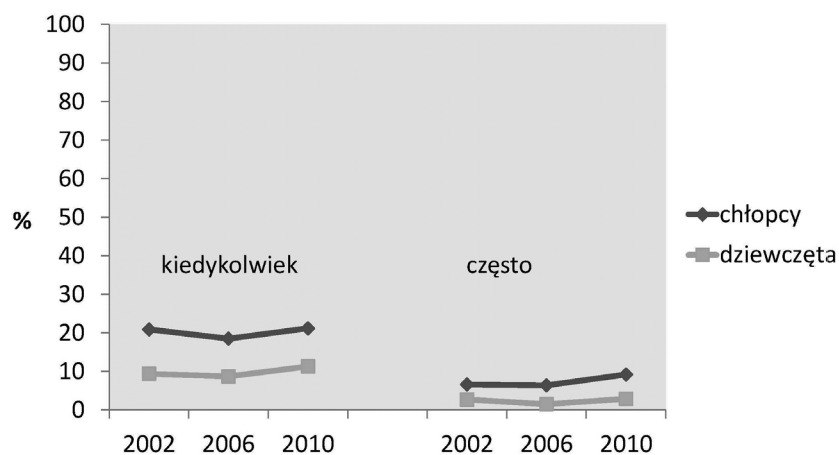
Ryc. 21. Odsetek młodzieży 15-letniej, która kiedykolwiek używała marihuany/haszyszu oraz odsetek nastolatków, którzy często używali marihuany/haszyszu w całym życiu według płci

Tabela 40. Używanie marihuany lub haszyszu w całym życiu wśród 15-latków według płci (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
	nigdy	75,0	76,0	73,9
	1–2 razy	11,2	10,8	10,2
	3–5 razy	4,2	4,3	4,5
15–16 lat	6–9 razy	3,1	2,5	2,7
	10–19 razy	1,8	2,0	2,9
	20–39 razy	1,1	1,5	2,2
	40 razy lub więcej	3,8	3,0	3,6
DZIEWCZĘTA				
	nigdy	88,3	86,6	84,8
	1–2 razy	5,3	7,8	8,5
	3–5 razy	2,6	2,3	2,4
15–16 lat	6–9 razy	1,8	1,1	1,5
	10–19 razy	0,8	1,3	1,1
	20–39 razy	0,6	0,4	1,0
	40 razy lub więcej	0,5	0,6	0,8

Tabela 41. Używanie marihuany lub haszyszu w ostatnich 12 miesiącach wśród 15-latków (% badanych)

		2002	2006	2010
	nigdy	85,1	86,6	83,8
	1–2 razy	7,4	6,9	8,0
	3–5 razy	3,0	2,6	2,3
15–16 lat	6–9 razy	1,5	1,3	2,0
	10–19 razy	0,8	1,0	1,7
	20–39 razy	0,8	0,6	1,0
	40 razy lub więcej	1,4	0,8	1,3



Ryc. 22. Odsetek młodzieży 15–16-letniej, która kiedykolwiek używała marihuany/haszyszu oraz odsetek nastolatków, które często używali marihuany/haszyszu w ostatnich 12 miesiącach według płci

Tabela 42. Używanie marihuany lub haszyszu w ostatnich 12 miesiącach wśród 15-latków według płci (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
15–16 lat	nigdy	79,1	81,5	78,8
	1–2 razy	10,2	9,1	8,9
	3–5 razy	4,1	3,1	3,2
	6–9 razy	1,6	2,2	3,0
	10–19 razy	1,2	1,8	2,2
	20–39 razy	1,1	0,7	1,8
	40 razy lub więcej	2,7	1,7	2,2
DZIEWCZĘTA				
15–16 lat	nigdy	90,6	91,3	88,7
	1–2 razy	4,8	5,0	7,0
	3–5 razy	2,0	2,2	1,4
	6–9 razy	1,4	0,6	1,1
	10–19 razy	0,5	0,3	1,1
	20–39 razy	0,5	0,5	0,3
	40 razy lub więcej	0,3	0,1	0,4



8. Zachowania seksualne młodzieży 15-letniej

Barbara Woynarowska

Druga dekada życia człowieka to etap najbardziej intensywnego rozwoju psychoseksualnego i od jego przebiegu może zależeć zdrowie seksualne i prokreacyjne w dalszych latach życia. Cechą charakterystyczną rozwoju psychoseksualnego w tej fazie życia jest pojawienie się napięcia seksualnego i potrzeba jego zaspokojenia oraz zmiana zainteresowań i relacji z płcią przeciwną. Dokonuje się to w okresie, w którym młodzi ludzie są na różnym etapie rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego. Jednym ze zjawisk towarzyszących rozkojarzeniu czasu osiągnięcia poszczególnych sfer dojrzałości jest **dezintegracja seksualna** (emocjonalno-popędowa), czyli rozdźwięk między uczuciowością (czułość, miłość, troska) a podnieceniem i pożądaniem. Nastoletni chłopcy, u których napięcie seksualne jest bardzo silne często podejmują zachowania seksualne bez emocjonalnego zaangażowania. U dziewcząt dezintegracja seksualna może przejawiać się w demonstracyjnym zaprzeczaniu seksualności, deklarowaniu ascezy lub nieadekwatnym do wieku podkreśleniem seksualności³⁰.

Burzliwemu i złożonemu przebiegowi rozwoju psychoseksualnego w okresie dorastania towarzyszy podejmowanie przez młodych ludzi różnych zachowań ryzykownych, w tym także w sferze seksualności. Z punktu widzenia zdrowia seksualnego i prokreacyjnego szczególne

³⁰ Izdebski Z.: *Rozwój seksualny*, w: Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K.: *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 116–148.

zagrożenie stanowi: podejmowanie aktywności seksualnej w bardzo wczesnym wieku, częsta zmiana partnerów seksualnych, nie stosowanie lub nieodpowiednie stosowanie metod antykoncepcji, a także kontakt z pornografią, intymne kontakty wirtualne z nieznanymi i prostytutka dziecięca. Wyniki wielu badań wskazują na współlistnienie ryzykownych zachowań seksualnych z innymi zachowaniami ryzykownymi, w tym z używaniem substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, narkotyki), wagarowaniem³¹.

Ryzykowne zachowania seksualne mogą powodować różnorodne negatywne skutki zdrowotne i społeczne bezpośrednie (nieplanowana ciąża oraz przedwczesne macierzyństwo i ojcostwo, infekcje przenoszone drogą płciową, w tym HIV) oraz odroczone (w przyszłości problemy z zaspokajaniem potrzeb seksualnych i w relacjach partnerskich, w następstwie infekcji niepłodność, ciąża pozamaciczna i inne zaburzenia układu rozrodczego). Zapobieganie ryzykownym zachowaniom seksualnym, ze względu na złożoność ich przyczyn, nie jest łatwe, szczególnie w Polsce. Wynika to z: niedostatków edukacji seksualnej w rodzinie i szkole, stereotypów, różnic światopoglądowych w społeczeństwie przy równoczesnej łatwej dostępności dzieci i młodzieży do treści i obrazów erotycznych prezentowanych w różnych mediach.

Prowadzenie badań naukowych nad zachowaniami seksualnymi ludzi jest trudne. Seksualność jest sferą życia człowieka osobistą, intymną, związaną z emocjami, nie zawsze pozytywnymi. Język odnoszący się do seksualności jest bardzo zróżnicowany, pytania mogą być dla badanych drażliwe, dotyczą czasem spraw nielegalnych lub

³¹ Mazur J., Woynarowska B.: *Współwystępowanie palenia tytoniu, picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych młodzieży szkolnej; Tendencje zmian w latach 1990–2002*, Alkoholizm i Narkomania 2004; 1–2i: 29–43; Woynarowska B., Tabak I.: *Czynniki ryzyka wczesnej inicjacji seksualnej*, Medycyna Wieku Rozwojowego, 2008; 12 (cz.2): 541–547.

sprzecznych z normami społecznymi³². Szczególne trudności dotyczą badań nad seksualnością i zachowaniami zdrowotnymi młodzieży. Niezbędna jest zgoda rodziców i często jej oni nie udzielają ze względów światopoglądowych. Badania populacyjne ilościowe prowadzone są zwykle w szkołach i zdarza się, że ich dyrektorzy nie wyrażają zgody na przeprowadzenie badań. W niektórych krajach niedozwolone jest pytanie młodzieży o pewne zachowania, uznane w danej grupie wieku za nielegalne (np. pytanie o stosunki płciowe przed 15 rokiem życia).

Pytania dotyczące zachowań seksualnych pojawiły się w badaniach HBSC w serii 1989/1990 jako pytania do wyboru. Stanowiły one część pakietu „Wiedza i przekonania o HIV/AIDS” opracowanego przez L. Kannasa³³. Pochodziły one z amerykańskiego kwestionariusza YRBS (*Youth Risk Behavior Survey*)³⁴. Od 2001/2002 r. pytania te są obowiązkowe dla młodzieży w wieku 15 lat, choć w niektórych krajach nie wszystkie zostały włączone do kwestionariusza HBSC. W Polsce pytania dotyczące zachowań seksualnych uwzględniono we wszystkich seriach badań HBSC, poza badaniami w 2002 r. Rezygnacja z tych pytań w 2002 r. wynikała z sygnalizowanej wcześniej niechęci części dyrektorów szkół do wyrażania zgody na badania, w których młodzież pytano o zachowania seksualne.

³² Zasady dotyczące metodologii badań nad seksualnością i przegląd ważniejszych badań prowadzonych w Polsce zostały szczegółowo omówione w książce: Izdebski Z.: *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 74–146.

³³ Kannas L.: *HIV/AIDS knowledge and beliefs*, Health Behaviour of School Aged Children. A WHO Cross-National Survey. Research protocol for the 1989–90 survey.

³⁴ Kolbe L.J., Kann L., Collins J.L.: *Overview of the Youth Behavior Surveillance System*, Public Health Reports 1993; 108 suppl.: 2–10.

Wskaźniki zachowań seksualnych w badaniach HBSC

W okresie minionych 20 lat sformułowania niektórych pytań dotyczących zachowań seksualnych, w tym szczególnie używania metod antykoncepcji, w kwestionariuszu HBSC ulegały pewnym modyfikacjom, dodawano nowe pytania, co utrudnia śledzenie zmian. W niniejszym opracowaniu analizie poddano trzy wskaźniki, dla zmierzenia których stosowano podobne pytania lub różnice w ich sformułowaniu były niewielkie:

1. **Inicjacja seksualna.** Młodzież pytano: *Czy kiedykolwiek miałaś/eś już stosunek płciowy? (Czasem używamy określeń „kochać się”, uprawiać seks)?* Kategorie odpowiedzi: *tak, nie*. W latach 1990–1998 w pytaniu tym nie było dodatkowego wyjaśnienia podanego w nawiasie.
2. **Wiek inicjacji seksualnej.** Pytanie: *Ile miałaś/eś lat, kiedy po raz pierwszy w życiu odbyłaś/eś stosunek płciowy?* Kategorie odpowiedzi: *nigdy nie miałam/em stosunku płciowego, od 11 lat do 17 lat i więcej*. Pytanie to uwzględniono w kwestionariuszu HBSC tylko w 2002 i 2010 r. W analizie danych wyliczono odsetki młodzieży, która podjęła inicjację seksualną w danym wieku oraz wyliczono średni wiek tej inicjacji.
3. **Stosowanie metod zapobiegania ciąży w czasie ostatniego stosunku płciowego.** Pytania dotyczące tego zagadnienia ulegały zmianie:
 - do 1998 r. w kwestionariuszu było pytanie: *Czy w czasie ostatniego stosunku płciowego ty lub twój partner zastosowaliście jakieś sposoby lub środki zapobiegające ciąży?* Kategorie odpowiedzi: *tak, nie*. Rodzaj środka wybierała w kolejnym pytaniu tylko młodzież, która udzieliła odpowiedzi „tak”
 - w latach 2002 i 2010 pytano młodzież: *Jaką metodę zapobiegania ciąży stosowałaś sama/sam, lub twój partner/partnerka podczas*

ostatniego stosunku płciowego? Kategorie odpowiedzi: nigdy nie miałam/em stosunku płciowego, nie używałem żadnych metod zapobiegania ciąży.

W analizie uwzględniono osoby, które podjęły już stosunki płciowe i w czasie ostatniego stosunku stosowały jakąś metodę zapobiegania ciąży. Nie ma możliwości porównań dotyczących różnych metod antykoncepcji, gdyż ich nazwy lub liczba ulegały zmianom

Dane dotyczące analizowanych zachowań seksualnych przedstawiono w tabeli 43 i na ryc. 23

8.1. Inicjacja seksualna i jej wiek

W 2010 r.:

- odbyło inicjację seksualną 20% chłopców i 13,4% dziewcząt 15-letnich;
- średni wiek inicjacji seksualnej wynosił u chłopców 14,1 lat, u dziewcząt 14,6 lat; najwięcej młodzieży (65,3% chłopców i 68,2% dziewcząt) rozpoczęło życie seksualne w wieku 15 lat lub więcej, a więc w okresie poprzedzającym badania HBSC; bardzo wcześnie (w wieku 13 lat lub mniej) inicjację seksualną podjęło 18,0% chłopców i 8,5% dziewcząt.

W latach 1990–2010:

- odsetek 15-latków, którzy **podjęli życie płciowe** u obu płci zwiększał się systematycznie w latach 1990–1998 i obniżył się w 2002 r. W 2010 r. odsetek ten u chłopców pozostał na tym samym poziomie co w 2002 r., u dziewcząt ponownie zwiększył się. W okresie analizowanych 20 lat odsetek chłopców po inicjacji seksualnej zwiększył się o dwa punkty procentowe; u dziewcząt o ponad 8 punktów procentowych;
- w 2010 r. w porównaniu z 2002 r. średni wiek inicjacji seksualnej u chłopców był późniejszy, u dziewcząt nieznacznie wcześniejszy;

zmniejszył się odsetek 15-latków, dziewcząt i chłopców, którzy odbyli inicjację seksualną bardzo wcześnie (w wieku 13 lat i mniej). Ta korzystna tendencja była szczególnie widoczna u chłopców (różnica ponad 8 punktów procentowych).

8.2. Stosowanie metod zapobiegania ciąży w czasie ostatniego stosunku płciowego

W 2010 r. w czasie ostatniego stosunku płciowego jakąś metodę zapobiegania ciąży (sam/a lub parter/partnerka) stosowało 82% 15-letnich chłopców i prawie 90% dziewcząt, które podjęły już współżycie seksualne.

W latach 1990–2010:

- w latach 1990–1998 systematycznie zwiększał się u obu płci odsetek 15-latków, którzy podali, że stosowali jakąś metodę antykoncepcji. Częściej odpowiedzi takiej udzielali chłopcy niż dziewczęta.
- w 2002 r. odsetek zabezpieczających się przed ciążą zmniejszył się w stosunku do lat wcześniejszych, a następnie w 2010 r. wyraźnie zwiększył się zwłaszcza u dziewcząt (o ponad 17 punktów procentowych). W odróżnieniu od wcześniejszych lat dziewczęta częściej niż chłopcy podawały, że w ostatni stosunek płciowy odbywał się ze stosowaniem metod antykoncepcji.

Podsumowanie

Wyniki badań HBSC wskazują, że wśród młodzieży 15-letniej:

W 2010 r.:

- Współżycie seksualne rozpoczęło 20% chłopców i prawie 14% dziewcząt. Średni wiek inicjacji seksualnej był nieco wcześniejszy u chłopców (14,1 lat) niż u dziewcząt (14,6 lat). Bardzo wczesna inicjacja (w wieku 13 lat lub mniej) dotyczyła ponad dwukrotnie częściej

chłopców niż dziewcząt. Można uznać, że co piąty chłopiec i co 7 dziewczynka kończąca gimnazjum podejmuje zbyt wcześnie współżycie seksualne, co należy uznać za zachowanie ryzykowne.

- Ponad 80% młodzieży, która podjęła życie seksualne stosowało w czasie ostatniego stosunku płciowego jakąś metodę zapobiegania ciąży. Można ten wynik uznać za zadowalający w porównaniu z ludźmi dorosłymi w wieku 18–49 lat, wśród których tylko 53% podało, że w ostatnich 12 miesiącach stosowało podczas stosunków seksualnych jakąś metodę zapobiegania ciąży³⁵. Jednakże analiza rodzajów metod i środków antykoncepcyjnych wskazuje, że 31,8% wymieniło stosunek przerywany, a 16,1% metody naturalne, których skuteczność jest mała szczególnie u nastolatków³⁶.

W latach 1990–2010 stwierdzono:

- **Zmiany korzystne:**
 - Zwiększenie się odsetka młodzieży, która w czasie ostatniego stosunku seksualnego stosowała metody antykoncepcji (wzrost z 46% według chłopców i 39% według dziewcząt w 1990 r. do odpowiednio 82% i 90% w 2010 r.). Wskazywać to może na wzrost świadomości młodzieży o potrzebie zabezpieczanie się w czasie współżycia seksualnego, a także być może większa dostępność niektórych środków (np. prezerwatyw).
 - Późniejszy w 2010 r., w stosunku do 2002 r., średni wiek inicjacji seksualnej u chłopców oraz zmniejszenie się odsetka chłopców i dziewcząt podejmujących bardzo wcześnie inicjacje seksualną. Dane te nie potwierdzają powszechnych opinii o coraz wcześniejszym rozpoczynaniu życia seksualnego przez młodzież

³⁵ Izdebski Z.: *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2006.

³⁶ Mazur J., Małkowska-Szcutnik A.: *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, s. 146–151.

- **Zmiany niekorzystne:** duży wzrost odsetka dziewcząt podejmujących życie seksualne (w 2010 r. był on 2,5 razy większy niż w 1990 r.) przy niewielkim wzroście tego odsetka u chłopców. Dziewczęta są zatem bardziej zagrożone negatywnymi konsekwencjami zbyt wczesnego rozpoczynania współżycia seksualnego. Szczególnie dotyczy to dziewcząt wcześniej dojrzewających³⁷.

W interpretacji przedstawionych wyżej wyników badań należy zachować ostrożność. Fakt mniej korzystnych wartości analizowanych wskaźników zachowań seksualnych w 2002 r., w stosunku do 1998 r. można tłumaczyć co najmniej trzema przyczynami:

- zmiany w systemie edukacji – do 1998 r. badana młodzież w wieku 15 lat uczęszczała do klas I szkół ponadpodstawowych, od 2002 r. do klas III gimnazjum;
- wprowadzenie w 1999 r. reformy programowej, w tym przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie”, co mogło wpłynąć na zachowania seksualne młodzieży 15-letniej, która w 2002 r. uczestniczyła w tych lekcjach przez 3 lata nauki w gimnazjum;
- pewne zmiany w sformułowaniu pytań dotyczących zachowań seksualnych w kwestionariuszu HBSC.

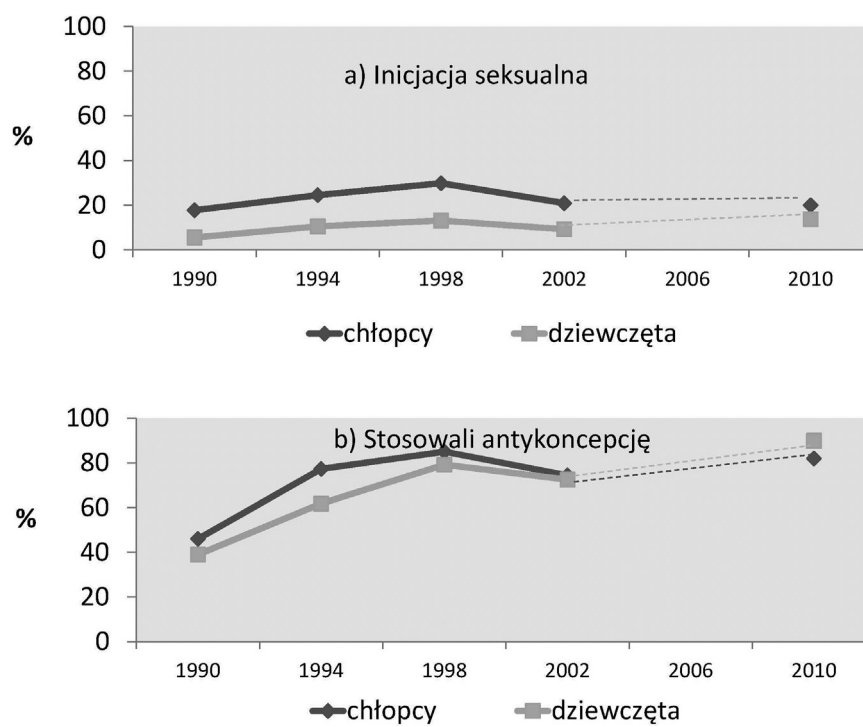
Dalsze badania HBSC, z zastosowaniem pytań obowiązujących od 2002 r. pozwolą na śledzenie zmian w zakresie zachowań seksualnych młodzieży.

³⁷ Woynarowska B.: *Tempo dojrzewania płciowego dziewcząt a ich zdrowie i występowanie zachowań ryzykownych*, *Pediatrica Polska* 2007; 82(10): 775–782.

**Tabela 43. Zachowania seksualne młodzieży 15–16-letniej według płci
(% badanych)**

	1990	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
Odbyli inicjację seksualną	17,7	24,5	29,8	20,9		20,0
Stosowali antykoncepcję podczas ostatniego stosunku płciowego*	46,0	77,3	85,0	74,4		82,0
Wiek inicjacji seksualnej*	Brak danych					
11 lat i mniej				12,3		6,7
12 lat				4,3		2,0
13 lat				10,0		9,3
14 lat				20,4		16,7
15 lat				41,7		57,3
16 lat i więcej				11,4		8,0
Średni wiek inicjacji seksualnej (w latach)				14,1 lat		14,4 lat
DZIEWCZĘTA						
Odbyły inicjację seksualną	5,5	10,5	13,1	9,2		13,7
Stosowały antykoncepcję podczas ostatniego stosunku płciowego*	39,0	61,8	79,2	72,5		89,9
Wiek inicjacji seksualnej*	Brak danych					
11 lat i mniej				5,1		3,8
12 lat				2,0		-
13 lat				4,1		4,7
14 lat				17,3		24,3
15 lat				46,9		60,7
16 lat i więcej				24,5		7,5
Średni wiek inicjacji seksualnej (w latach)				14,7 lat		14,6 lat

*Dotyczy nastolatków, które rozpoczęły współżycie seksualne



Ryc. 23. Odsetki młodzieży, która podjęła inicjację seksualną oraz która w czasie ostatniego stosunku płciowego stosowała jakąś metodę antykoncepcji (dotyczy młodzieży, która przeszła inicjację seksualną)

9. Przemoc rówieśnicza

Agnieszka Małkowska-Szcutnik

Przemoc, to zamierzone użycie fizycznej lub psychicznej agresji w formie groźby lub działania jawnego, wymierzone przeciwko osobie lub grupie osób. W badaniach HBSC, wśród form przemocy rówieśniczej, uwzględniono: uczestnictwo w bójkach oraz uczestnictwo w dręczeniu (mobbingu, bullyingu) jako ofiara lub sprawca.

W definicji dręczenia (bullyingu) zwraca się uwagę na trzy elementy: 1) dręczenie obejmuje świadome, celowe działanie w celu zrobienia drugiej osobie przykrości lub krzywdy; 2) działania te są systematycznie powtarzane; 3) występuje brak równowagi sił, ofiara jest słabsza od osoby lub grupy osób ją napadających. Bullying obejmuje przemoc fizyczną, werbalną lub emocjonalną³⁸. We właściwym definiowaniu zjawiska dręczenia w szkole należy pominąć przypadki, w których biją się lub kłócą osoby o podobnej sile. W przypadku mobbingu ofiara czuje się zagrożona, nie umie się bronić, przeważnie nie szuka pomocy.

Z przemocą rówieśniczą w szkole spotyka się znaczna część uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych. U uczniów dręczonych mogą wystąpić zaburzenia zdrowia psychicznego m. in. stany depresyjne³⁹; obniżenie poczucia własnej wartości,

³⁸ Olweus D.: *Mobbing – fala przemocy w szkołach. Jak ją powstrzymać?* Jacek Santorski&CO, Warszawa 1998.

³⁹ Kaltiala-Heino R., Rimpela M., Rantanen P. i wsp.: *Bullying at school – an indicator of adolescents at risk for mental disorders*, Journal of Adolescence 2000; 23(6): 661–674.

poczucie samotności lub odrzucenia przez grupę rówieśniczą⁴⁰. Wśród uczniów będących sprawcami dręczenia rówieśników, w porównaniu do uczniów nie będących sprawcami przemocy rówieśniczej, znacznie częściej występują zachowania eksternalizacyjne takie jak: używanie substancji psychoaktywnych, uczestnictwo w bójkach⁴¹ oraz w przyszłości zachowania przestępcze⁴².

Zapobieganie przemocy rówieśniczej powinno być jednym z priorytetów w polityce szkoły. Właściwy program profilaktyczny może w znacznym stopniu obniżyć występowanie tego zjawiska z środowiska szkolnym i zapobiegać jego negatywnym konsekwencjom. Strategia profilaktyczna powinna uwzględniać działania na każdym poziomie szkoły: indywidualnego ucznia, grupy uczniów (klasy), całej społeczności szkolnej⁴³. Należy także uwzględniać uwarunkowania wynikające z płci osób uczestniczących w dręczeniu – chłopcy i dziewczęta różnią się pod względem wykorzystywania form dręczenia rówieśników. Dziewczęta preferują przemoc psychiczną; chłopcy fizyczną. Ważne jest także uwzględnienie różnych form przemocy rówieśniczej, wraz z najnowszą – cyber przemocą.

⁴⁰ Kumpulainen K., Rasanen E.: *Children involved in Bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence. An epidemiological sample*, Child Abuse & Neglect 2000; 24 (12): 1567–1577.

⁴¹ Wang J., Jannotti R.J., Luk J.W.: *Patterns of adolescent Bullying behaviours: Physical, verbal, exclusion, rumor and cyber*, Journal of School Psychology 2012; 50: 521–534.

⁴² Olweus D.: *Bullying at school and later criminality: Findings from Tyree Swedish community samples of males*. Criminal Behaviour and Mental Health 2011; 21: 151–156.

⁴³ Olweus D., Limber S.P.: *Bullying in School: Evaluation and Dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program*. American Journal of Orthopsychiatry 2010; 80(1): 124–134.

Wskaźniki przemocy rówieśniczej w badaniach HBSC

W kwestionariuszu badań HBSC uwzględniono następujące wskaźniki dotyczące przemocy rówieśniczej:

1. **Uczestnictwo w bójkach** (w kwestionariuszu od 2002 r.). Uczniom zadano pytanie: *Ile razy w ostatnich 12 miesiącach uczestniczyłeś w bójce?* Kategorie odpowiedzi: *nie uczestniczyłem w bójce, 1 raz, 2 razy, 3 razy, 4 lub więcej razy*. Jako **częste uczestnictwo** w tej formie przemocy, uznano udział w bójce 3 lub więcej razy w ostatnich 12 miesiącach.
2. **Uczestnictwo w dręczeniu** (w kwestionariuszu od 1994 r.). Pytania poprzedzone są wstępem zawierającym definicję dręczenia: *Dwa następnne pytania dotyczą dręczenia (przemocy, krzywdzenia) przez innych ludzi. Dręczenie polega na tym, że inny uczeń lub grupa uczniów mówi lub czyni innej osobie bardzo przykre, dokuczliwe rzeczy, gdy to powtarza się często i trudno się przed tym obronić. Uważamy, że nie jest dręczeniem sytuacja, w której dwóch uczniów, o podobnej sile, kłóci się lub bije się, a także, gdy robi sobie dowcipy w przyjaciel-ski sposób*. Kwestionariusz HBSC zawiera pytania dotyczące:
 - **Bycia ofiarą dręczenia** – *Jak często ty sam byłeś dręczony w szkole w ostatnich kilku miesiącach?* Kategorie odpowiedzi: *nie byłem dręczony w szkole w ostatnich kilku miesiącach, zdarzyło się to jeden lub dwa razy; 2 lub 3 razy w miesiącu; przeciętnie 1 raz w tygodniu; kilka razy w tygodniu*.
 - **Bycie sprawcą dręczenia** – *Jak często ty uczestniczyłeś w dręczeniu innego ucznia lub uczniów w szkole w ostatnich kilku miesiącach?* Kategorie odpowiedzi: *nie uczestniczyłem w dręczeniu innego ucznia lub innych uczniów w szkole w ostatnich kilku miesiącach, zdarzyło się to jeden lub dwa razy, 2 lub 3 razy w miesiącu; przeciętnie 1 raz w tygodniu; kilka razy w tygodniu*.

Jako **częste uczestnictwo** w tej formie przemocy rówieśniczej, uznano bycie ofiarą lub sprawcą dręczenia 2 lub 3 razy w miesiącu lub częściej.

Wyniki dotyczące uczestnictwa w dręczeniu należy interpretować ostrożnie z powodu następujących zmian wprowadzonych w kwestionariuszu:

- Okres czasu wymieniony w pytaniu dotyczącym bycia ofiarą i sprawcą dręczenia zmieniał się: w 1998 r. – *w pierwszym półroczu bieżącego roku szkolnego*, w 2002 r. i 2006 r. – *w ostatnich kilku miesiącach*, w 2010 r. – *w ostatnich dwóch miesiącach*. W celu ujednoczenia opisu wyników przyjęto okres czasu – *w ostatnich kilku miesiącach*.
- W badaniu przeprowadzonym w 2002 r. wzbogacono blok pytań związanych z dręceniem o dwa pytania dotyczące sposobów bycia dręczonym lub dręczenia innych uczniów. Prawdopodobnie wpłynęło to na wyniki dotyczące częstości uczestnictwa w dręczeniu.

9.1. Uczestnictwo w bójkach

Wyniki prezentujące zmiany tego wskaźnika przedstawiono w tabeli 44 i 45 oraz na ryc. 24.

W 2010 r.:

- odsetek młodzieży często uczestniczącej w bójkach (3 lub więcej razy w ostatnich 12 miesiącach) zmniejszył się z wiekiem i wynosił odpowiednio: 16,7% u 11-latków, 12,3% u 13-latków i 9,4% u 15-latków;
- we wszystkich grupach wieku występowały wyraźne różnice w częstym uczestnictwie w bójkach zależne od płci, na niekorzyść chłopców, wśród których znacznie większy był odsetek nastolatków często uczestniczących w bójkach.

W latach 2002–2010 stwierdzono:

- niewielkie zmniejszenie się odsetka młodzieży często uczestniczącej w bójkach; w każdej kategorii wieku był to spadek o ok. 4 punktów procentowych. Dynamika spadku jest więc podobna w każdej badanej grupie wieku;
- systematyczny spadek odsetka chłopców uczestniczących często w bójkach we wszystkich grupach wieku;

- u dziewcząt spadek częstości uczestnictwa w bójkach zanotowano dla 13- i 15-latek; wśród dziewcząt 11-letnich odsetek częstego uczestnictwa w bójkach utrzymywał się w okresie ostatnich 10 lat na podobnym poziomie.

9.2. Bycie ofiarą przemocy

Częstość bycia ofiarą dręczenia w latach 1994–2010 przedstawiono w tabeli 46 i 47 oraz na ryc. 25.

W 2010 r.:

- odsetek młodzieży, która była ofiarą przemocy (2 lub 3 razy w miesiącu lub częściej) zmniejszał się z wiekiem i wynosił odpowiednio: 13,7% u 11-latków; 10,8% u 13-latków i 7,1% u 15-latków;
- we wszystkich grupach wieku widoczne są różnice dotyczące częstości bycia ofiarą przemocy w zależności od płci – chłopcy częściej niż dziewczęta byli ofiarami przemocy. Różnice, w zależności od płci, zacierają się z wiekiem – u 11-latków wynoszą 7 punktów procentowych, u 15-latków 2 punkty procentowe;
- tendencja zmniejszania się odsetka młodzieży, która była ofiarą dręczenia 2 lub 3 razy w miesiącu lub częściej w ostatnich kilku miesiącach, była bardziej dynamiczna w grupie chłopców.

W latach 1994–2010 stwierdzono:

- zmniejszenie się odsetka młodzieży, która w ostatnich kilku miesiącach była ofiarą dręczenia częściej niż 2 lub 3 razy w miesiącu. Zmiany są najbardziej widoczne w grupie 11-latków (w 1994 r. – 21,2%; w 2010 r. – 13,7%). W tej grupie wieku spadek był najintensywniejszy na przełomie lat 1998–2002. W pozostałych grupach wieku spadek był nieznaczny – ok. 2 punktów procentowych;
- zmniejszenie się odsetka młodzieży będącej ofiarami przemocy zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt, we wszystkich grupach wieku. Podobnie jak powyżej spadek ten jest najbardziej widoczny w grupie

uczniów 11-letnich, gdzie u chłopców zanotowano spadek o 11 punktów procentowych, a u dziewcząt o 7 punktów procentowych.

9.3. Bycie sprawcą przemocy

Częstość bycia sprawcą dręczenia w latach 1994–2010 przedstawiono w tabeli 48 i 49 oraz na ryc. 26.

W 2010 r.:

- odsetek młodzieży, która była często sprawcą przemocy (2 lub 3 razy w miesiącu lub częściej) utrzymywał się na podobnym poziomie (ok. 10–11%) we wszystkich trzech grupach wieku;
- wśród chłopców odsetek sprawców przemocy nieznacznie zwiększał się z wiekiem z 15,2% u 11-latków do 17,6% u 15-latków; w populacji dziewcząt odsetek sprawczyń przemocy był największy wśród 13-latek i wynosił 8,2%, w pozostałych dwóch grupach wieku odsetek ten wynosił ok. 6%;
- chłopcy częściej niż dziewczęta byli sprawcami przemocy; różnice są najbardziej widoczne w grupie 11- i 15-latków.

W latach 1994–2010 stwierdzono:

- zmniejszenie się odsetka młodzieży będącej sprawcami przemocy w dwóch grupach wieku – u 11- i 13-latków; biorąc pod uwagę pierwszy (1994 r.) i ostatni punkt pomiaru (2010 r.) od 2002 r. u 11-latków i od 2006 r. u 13-latków nastąpił nieznaczny wzrost odsetka młodzieży będącej sprawcami przemocy;
- nieznacznie zwiększył się odsetek młodzieży 15-letniej będącej sprawcami przemocy; wzrost był najbardziej widoczny w 2002 r., w którym oprócz standardowych pytań zastosowano także dodatkowe pytanie dotyczące sposobów dręczenia;
- chłopcy częściej niż dziewczęta byli sprawcami przemocy równocześnie. Najbardziej widoczne różnice między płciami dotyczą 11- i 15-latków i wynoszą ok. 10 punktów procentowych; w grupie 13-latków różnica na niekorzyść chłopców wynosi 6 punktów,

- w grupie chłopców 11- i 13-letnich widoczne było zmniejszenie się odsetka sprawców przemocy od 1994 r. do 2010 r., ale od 2002 r. nieznaczny był wzrost tego odsetka (szczególnie u 11-latków). W populacji 15-letnich chłopców odsetek sprawców przemocy był mniejszy w dwóch pierwszych edycjach badań (12%) ze znacznym wzrostem w 2002 r. (24,2%);
- wśród 11- i 13-letnich dziewcząt od 2002 r. wystąpił niewielki ale systematyczny wzrost odsetka sprawczyń przemocy rówieśniczej.

Podsumowanie

W ocenie przemocy rówieśniczej, w badaniach HBSC wykorzystano trzy wskaźniki:

1. Częstość uczestnictwa w bójkach w ostatnich 12 miesiącach; za częste uznano uczestnictwo w bójkach 3 lub więcej razy.
2. Bycie ofiarą dręczenia w szkole w ostatnich kilku miesiącach; za częste uznano bycie ofiarą dręczenia 2 lub 3 razy w miesiącu lub częściej.
3. Bycie sprawcą dręczenia innego ucznia lub uczniów w szkole w ostatnich kilku miesiącach. Podobnie jak wyżej, za częste uczestnictwo w tej formie dręczenia uznano 2 lub 3 razy w miesiącu lub częściej.

Wyniki badań HBSC wskazują, że:

- Uczestnictwo w przemocy rówieśniczej:
 - zależy od płci i dotyczy częściej chłopców niż dziewcząt we wszystkich analizowanych formach przemocy;
 - zależy od wieku i wraz z nim zmniejsza się odsetek młodzieży uczestniczącej w bójkach i będącej ofiarami dręczenia; odsetek młodzieży będącej sprawcami dręczenia utrzymuje się na podobnym poziomie.
- W latach 2002–2010 utrzymywała się stała tendencja do niewielkiego zmniejszania się odsetka młodzieży często uczestniczącej w bójkach.

- W latach 1994–2010:
 - zmniejszył się odsetek młodzieży będącej częstymi ofiarami dręczenia. W największym stopniu dotyczyło to 11-latków. Działania profilaktyczne skierowane do starszych uczniów powinny uwzględniać potrzeby rozwojowe i uwarunkowania wynikające z rozpoczęcia nauki w gimnazjum;
 - w populacji uczniów 11- i 13-letnich zmniejszył się odsetek młodzieży będącej częstymi sprawcami przemocy; wśród 15-latków odsetek ten nieznacznie zwiększył się;
 - systematycznie, od 2002 r., wzrastał odsetek dziewcząt 11- i 13-letnich, które były sprawcami dręczenia innych uczniów. Wdrażając programy profilaktyczne należy dostosować oddziaływania bezpośrednio do tej grupy.

Tabela 44. Uczestnictwo w bójkach w ostatnich 12 miesiącach według wieku (% badanych)

	2002	2006	2010	
11-12 lat	nie uczestniczyli w bójce	60,1	53,7	56,1
	1 raz	13,8	20,2	17,9
	2 razy	6,0	9,1	9,2
	3 razy	6,3	4,9	4,7
	4 lub więcej razy	14,0	12,1	12,0
13-14 lat	nie uczestniczyli w bójce	57,7	58,1	65,5
	1 raz	16,2	19,9	15,2
	2 razy	9,5	8,2	7,0
	3 razy	4,6	5,0	4,1
	4 lub więcej razy	12,0	8,7	8,2
15-16 lat	nie uczestniczyli w bójce	65,8	65,5	70,0
	1 raz	12,9	17,2	14,0
	2 razy	7,0	7,1	6,5
	3 razy	3,5	3,9	3,0
	4 lub więcej razy	10,7	6,3	6,4

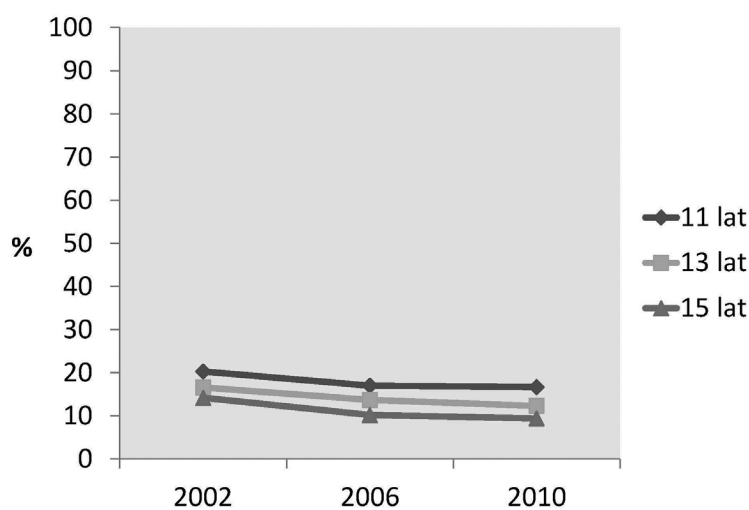
**Ryc. 24. Odsetek młodzieży, które uczestniczyła w bójkach 3 razy lub więcej w ostatnich 12 miesiącach według wieku**

Tabela 45. Uczestnictwo w bójkach w ostatnich 12 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
	nie uczestniczyli w bójce	36,8	32,7	34,2
11–12 lat	1 raz	19,5	25,5	24,5
	2 razy	9,4	13,8	13,8
	3 razy	10,7	8,1	8,5
	4 lub więcej razy	23,6	19,8	19,0
	nie uczestniczyli w bójce	37,6	38,4	46,4
13–14 lat	1 raz	22,0	25,9	21,4
	2 razy	14,4	12,6	11,3
	3 razy	7,7	9,0	6,3
	4 lub więcej razy	18,3	14,1	14,7
	nie uczestniczyli w bójce	47,5	46,4	51,9
15–16 lat	1 raz	18,9	24,9	20,9
	2 razy	10,8	11,5	10,3
	3 razy	5,3	7,0	5,4
	4 lub więcej razy	17,5	10,3	11,5
DZIEWCZĘTA				
	nie uczestniczyły w bójce	84,4	73,6	78,1
11–12 lat	1 raz	7,7	15,2	11,3
	2 razy	2,4	4,5	4,5
	3 razy	1,6	1,9	1,0
	4 lub więcej razy	3,9	4,8	5,1
	nie uczestniczyły w bójce	79,0	76,6	83,5
13–14 lat	1 raz	10,1	14,3	9,2
	2 razy	4,4	4,1	3,0
	3 razy	1,3	1,3	2,1
	4 lub więcej razy	5,3	3,6	2,1
	nie uczestniczyły w bójce	82,9	83,0	87,4
15–16 lat	1 raz	7,3	10,2	7,4
	2 razy	3,5	3,1	2,9
	3 razy	1,9	1,0	0,8
	4 lub więcej razy	4,4	2,7	1,5

Tabela 46. Częstość bycia ofiarą dręczenia w szkole, w ostatnich kilku miesiącach według wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 lat	nie byli dręczeni w szkole w ostatnich kilku miesiącach	59,7	63,7	67,3	69,7	67,9
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy	10,1	17,0	20,4	18,5	18,5
	2 lub 3 razy w miesiącu	15,5	12,1	4,7	4,1	4,9
	około 1 raz w tygodniu	2,2	2,9	2,1	2,5	3,4
	kilka razy w tygodniu	3,5	4,4	5,5	5,1	5,4
13–14 lat	nie byli dręczeni w szkole w ostatnich kilku miesiącach	71,1	70,7	67,5	68,5	72,4
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy	15,5	14,4	20,9	20,7	16,8
	2 lub 3 razy w miesiącu	9,5	10,1	4,8	4,1	4,8
	około 1 raz w tygodniu	1,7	2,3	2,1	2,3	2,3
	kilka razy w tygodniu	2,3	2,5	4,6	4,3	3,7
15–16 lat	nie byli dręczeni w szkole w ostatnich kilku miesiącach	73,2	77,4	74,2	80,6	80,1
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy	17,3	15,0	18,8	12,8	12,9
	2 lub 3 razy w miesiącu	7,4	5,1	2,9	3,1	3,4
	około 1 raz w tygodniu	1,0	1,3	1,1	1,8	1,6
	kilka razy w tygodniu	1,1	1,1	2,9	1,8	2,1

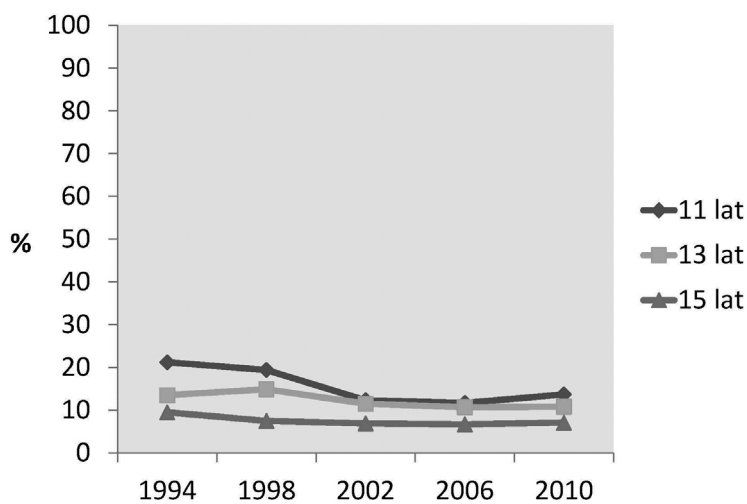
**Ryc. 25. Odsetek młodzieży, która była ofiarą dręczenia w szkole 2 lub 3 razy w miesiącu lub częściej w ciągu ostatnich kilku miesięcy według wieku**

Tabela 47. Częstość bycia ofiarą dręczenia w szkole, w ostatnich kilku miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	nie byli dręczeni w szkole w ostatnich kilku miesiącach	51,2	59,5	63,2	63,5	64,2
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy	22,1	19,2	20,9	22,3	18,9
	2 lub 3 razy w miesiącu	19,7	12,9	6,2	5,1	5,6
	około 1 raz w tygodniu	2,6	3,8	2,7	2,9	4,7
	kilka razy w tygodniu	4,4	4,6	7,0	6,3	6,6
13–14 lat	nie byli dręczeni w szkole w ostatnich kilku miesiącach	64,7	64,6	62,9	62,9	65,0
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy	18,9	18,3	22,8	23,9	21,0
	2 lub 3 razy w miesiącu	11,3	11,8	6,0	4,6	6,0
	około 1 raz w tygodniu	1,9	2,8	2,7	2,9	3,1
	kilka razy w tygodniu	3,2	2,6	5,7	5,7	4,8
15–16 lat	nie byli dręczeni w szkole w ostatnich kilku miesiącach	64,0	70,7	74,6	76,8	76,4
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy	24,9	20,8	18,1	15,1	15,5
	2 lub 3 razy w miesiącu	8,1	5,6	3,5	4,0	4,4
	około 1 raz w tygodniu	1,2	1,6	0,8	2,0	1,7
	kilka razy w tygodniu	1,7	1,2	3,0	2,0	2,1
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	nie były dręczone w szkole w ostatnich kilku miesiącach	67,5	67,4	71,5	75,6	71,6
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy	16,3	15,0	19,9	15,0	18,1
	2 lub 3 razy w miesiącu	11,6	11,3	3,3	3,2	4,2
	około 1 raz w tygodniu	1,8	2,1	1,5	2,1	2,1
	kilka razy w tygodniu	2,8	4,2	3,9	4,0	4,2
13–14 lat	nie były dręczone w szkole w ostatnich kilku miesiącach	76,9	76,1	72,6	73,8	79,3
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy	12,4	11,0	18,9	17,8	12,9
	2 lub 3 razy w miesiącu	7,7	8,7	3,5	3,6	3,6
	około 1 raz w tygodniu	1,4	1,8	1,6	1,8	1,5
	kilka razy w tygodniu	1,5	2,5	3,4	3,1	2,7
15–16 lat	nie były dręczone w szkole w ostatnich kilku miesiącach	83,3	85,5	73,9	84,2	83,7
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy	8,9	8,1	19,4	10,6	10,4
	2 lub 3 razy w miesiącu	6,6	4,4	2,4	2,2	2,4
	około 1 raz w tygodniu	0,8	1,1	1,5	1,5	1,4
	kilka razy w tygodniu	0,4	0,9	2,9	1,5	2,0

Tabela 48. Częstość bycia sprawcą dręczenia innych uczniów w szkole, w ostatnich kilku miesiącach według wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010
11–12 lat	nie uczestniczyli w dręczeniu innych uczniów w szkole w ostatnich kilku miesiącach				
	64,4	71,3	71,9	71,6	66,6
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy				
	20,4	16,7	19,5	19,0	23,0
	2 lub 3 razy w miesiącu				
	11,6	9,6	3,5	4,1	4,6
	około 1 raz w tygodniu				
	1,8	1,3	2,1	2,4	2,1
	kilka razy w tygodniu				
	1,8	1,1	3,0	3,0	3,7
13–14 lat	nie uczestniczyli w dręczeniu innych uczniów w szkole w ostatnich kilku miesiącach				
	61,8	65,1	63,2	67,7	67,8
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy				
	22,5	21,3	24,7	22,5	20,8
	2 lub 3 razy w miesiącu				
	10,6	10,0	5,5	4,5	4,6
	około 1 raz w tygodniu				
	1,5	1,5	2,0	2,6	2,9
	kilka razy w tygodniu				
	3,7	2,0	4,5	2,7	3,8
15–16 lat	nie uczestniczyli w dręczeniu innych uczniów w szkole w ostatnich kilku miesiącach				
	76,6	78,8	54,4	65,1	64,7
	zdarzyło się to jeden lub dwa razy				
	14,3	12,3	30,4	23,2	24,2
	2 lub 3 razy w miesiącu				
	7,5	6,4	6,1	6,0	5,1
	około 1 raz w tygodniu				
	0,8	1,2	3,1	2,8	2,7
	kilka razy w tygodniu				
	0,8	1,3	6,0	2,8	3,3

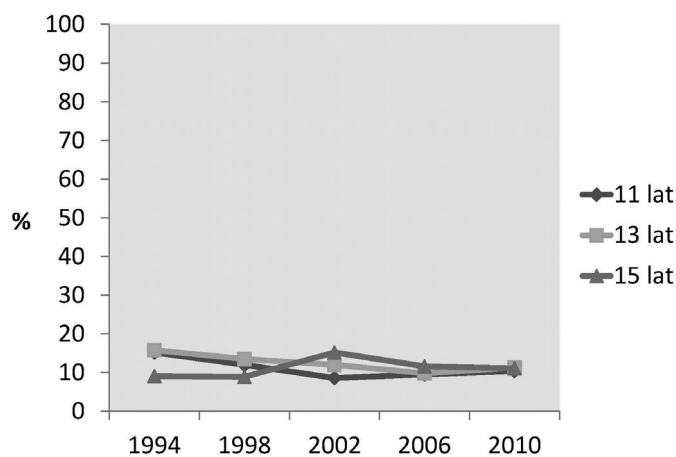
**Ryc. 26. Odsetek młodzieży, które była sprawcą dręczenia innych uczniów w szkole 2 lub 3 razy w miesiącu lub częściej w ostatnich kilku miesiącach według wieku**

Tabela 49. Częstość bycia sprawcą dręczenia innych uczniów w szkole, w ostatnich kilku miesiącach według płci i wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY					
nie uczestniczyli w dręczeniu innych uczniów w szkole					
11–12 lat	50,1	62,1	62,5	60,2	57,5
w ostatnich kilku miesiącach					
	26,4	21,8	23,8	25,1	27,3
zdarzyło się to jeden lub dwa razy					
	17,2	12,3	5,8	6,6	7,1
2 lub 3 razy w miesiącu					
	2,8	2,4	3,2	4,2	3,1
około 1 raz w tygodniu					
	3,4	1,4	4,7	3,9	5,0
kilka razy w tygodniu					
nie uczestniczyli w dręczeniu innych uczniów w szkole					
13–14 lat	46,0	51,5	55,3	57,1	58,3
w ostatnich kilku miesiącach					
	29,1	29,0	26,8	29,2	27,0
zdarzyło się to jeden lub dwa razy					
	15,2	13,8	7,5	6,1	5,8
2 lub 3 razy w miesiącu					
	2,5	2,7	3,2	3,6	4,1
około 1 raz w tygodniu					
	7,2	3,0	7,1	3,9	4,8
kilka razy w tygodniu					
nie uczestniczyli w dręczeniu innych uczniów w szkole					
15–16 lat	68,2	72,3	45,1	52,2	53,1
w ostatnich kilku miesiącach					
	19,2	15,8	30,7	29,5	29,3
zdarzyło się to jeden lub dwa razy					
	10,2	8,4	9,4	8,6	7,7
2 lub 3 razy w miesiącu					
	1,2	1,8	4,9	4,9	4,2
około 1 raz w tygodniu					
	1,1	1,7	9,9	4,9	5,7
kilka razy w tygodniu					
DZIEWCZĘTA					
nie uczestniczyły w dręczeniu innych uczniów w szkole					
11–12 lat	77,6	79,6	81,7	82,4	75,6
w ostatnich kilku miesiącach					
	14,8	12,1	15,0	13,2	18,8
zdarzyło się to jeden lub dwa razy					
	6,4	7,2	1,1	1,6	2,1
2 lub 3 razy w miesiącu					
	0,8	0,4	1,0	0,6	1,0
około 1 raz w tygodniu					
	0,4	0,7	1,2	2,1	2,5
kilka razy w tygodniu					
nie uczestniczyły w dręczeniu innych uczniów w szkole					
13–14 lat	76,3	77,1	71,5	77,7	76,9
w ostatnich kilku miesiącach					
	16,3	14,6	22,5	16,1	14,9
zdarzyło się to jeden lub dwa razy					
	6,4	6,7	3,4	3,1	3,6
2 lub 3 razy w miesiącu					
	0,5	0,5	0,8	1,6	1,8
około 1 raz w tygodniu					
	0,5	1,2	1,9	1,5	2,8
kilka razy w tygodniu					
nie uczestniczyły w dręczeniu innych uczniów w szkole					
15–16 lat	85,8	86,5	63,0	76,9	75,8
w ostatnich kilku miesiącach					
	8,8	8,1	30,0	17,5	19,3
zdarzyło się to jeden lub dwa razy					
	4,5	4,0	3,2	3,6	2,7
2 lub 3 razy w miesiącu					
	0,4	0,5	1,4	1,0	1,1
około 1 raz w tygodniu					
	0,5	0,8	2,5	1,0	1,0
kilka razy w tygodniu					

II. Wybrane wskaźniki zdrowia

Z punktu widzenia zdrowia okres dojrzewania płciowego stanowi szczególny etap w życiu człowieka. Charakteryzuje go niska umieralność i zachorowalność, a równocześnie występowanie różnorodnych stanów emocjonalnych, objawów i dolegliwości subiektywnych, które są problemem dla młodych ludzi, a także ich rodziców i nauczycieli. W okresie tym ujawniają się specyficzne zaburzenia zdrowia psychicznego, dochodzi do inicjacji wielu zachowań ryzykownych, które u części młodzieży mogą ulec utrwaleniu i powodować różnorodne bieżące i odległe szkody zdrowotne i społeczne¹.

W okresie przejścia z dzieciństwa do dorosłości młodzież musi radzić sobie z wieloma zadaniami rozwojowymi i wyzwaniem codziennego życia. Przejście to znacznie komplikują gwałtowne zmiany społeczne, ekonomiczne i kulturowe we współczesnym świecie, które stwarzają nowe zagrożenia dla rozwoju i zdrowia młodych ludzi². Dobre zdrowie fizyczne i emocjonalne dorastającej młodzieży ułatwia jej wypełnianie zadań rozwojowych, edukację, funkcjonowanie w nowej roli oraz radzenie sobie z trudnościami³.

¹ Ostaszewski K.: *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2003.

² Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health: *Programming for adolescent health and development*, WHO Technical Report Series 886, Geneva 1999.

³ Torsheim T, Valimaa R., Danielson M: *Health and well-being*, [w:] Currie C. i wsp. (eds.): *Young people's health in the context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study, International Report from the 3001/2002 Survey*, WHO, Copenhagen 2004, s. 55–62.

W badaniach nad stanem zdrowia, w ostatnich dekadach, szczególnie znaczenie przypisuje się subiektywnym wskaźnikom zdrowia⁴. Są one szczególnie przydatne u młodzieży, gdyż powszechnie stosowane wskaźniki obiektywne, negatywne takie jak umieralność, zachorowalność, niepełnosprawność dotyczą tylko niewielkiej części tej populacji. Nie dostarczają informacji o większości młodych ludzi, którzy nie mają klinicznych (obiektywnych) objawów chorób, ale w rzeczywistości ich stan zdrowia jest zróżnicowany i wymaga systematycznego monitorowania, szczególnie w wymiarze zdrowia psychicznego⁵. Subiektywne wskaźniki zdrowia pozwalają na opisanie zdrowia i samopoczucia z perspektywy samej młodzieży, identyfikację grup ryzyka występowania różnych problemów zdrowotnych i społecznych i na tej podstawie planowania programów profilaktycznych i interwencyjnych.

W badaniach HBSC uwzględniono pytania dotyczące wybranych aspektów zdrowia młodzieży. Można wyróżnić następujące ich grupy:

- Samopoczucie i jakość życia młodzieży: w tym samoocena zdrowia, częstość występowania różnych dolegliwości i stanów emocjonalnych, ogólne zadowolenie z życia;
- Występowanie chorób przewlekłych i niepełnosprawności, przyjmowania leków i ograniczeń w zajęciach szkolnych z tego powodu;
- Doznawania urazów, wymagających pomocy medycznej;
- Występowania nadwagi i otyłości, samooceny prawidłowości masy ciała oraz odchudzania się.

Do polskiego kwestionariusza HBSC włączano niektóre dodatkowe pytania o inne aspekty zdrowia fizycznego młodzieży z pakietów do wyboru lub pytania własne. Dotyczyły one: jakości życia związanej ze zdro-

⁴ WHO, Regional Office for Europe: *Health Interview Survey. Towards international harmonization of methods and instruments*, WHO Regional Publications European Series No 58, Copenhagen 1996.

⁵ Bowling A.: *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Buckingham 1991.

wiem (*KIDSCREEN-10*), ograniczeń w codziennej aktywności spowodowane problemami zdrowotnymi lub emocjonalnymi (*CHIP – Child Health and Illness Profile*), poziomu stresu psychologicznego (*GHQ – General Health Questionnaire*) poczucia koherencji (*SOC – 11 – Sense of Coherence*). Pytania dotyczące tych aspektów zdrowia znajdowały się w pojedynczych seriach badań i nie ma możliwości śledzenia zmian w tym zakresie

W niniejszym opracowaniu wykorzystano tylko te dane, które uzyskano na podstawie pytań obowiązkowych, które w kolejnych seriach badań były podobnie sformułowane i miały takie same kategorie odpowiedzi w co najmniej trzech seriach badań HBSC. Dotyczyły one zadowolenia z życia, występowania dolegliwości somatycznych i psychicznych, występowania nadwagi i otyłości, częstości odchudzania się oraz doznawania urazów.



1. Zadowolenie z życia

Izabela Tabak

Zadowolenie z życia to subiektywna ocena jakości własnego życia. Ma ona zarówno wymiar poznawczy, jak i emocjonalny. Zależy od wielu czynników, na które składają się tzw. zasoby (cechy demograficzne, osobowościowe, utrzymywanie bliskich relacji z innymi ludźmi) oraz zdarzenia życiowe⁶. W okresie dzieciństwa i adolescencji zadowolenie z życia jest szczególnie związane z jakością relacji z rodzicami i rówieśnikami.

Zadowolenie z życia jest jednocześnie predyktorem i skutkiem prawidłowego rozwoju młodych ludzi⁷. Wyniki badań wskazują, że wysoki poziom zadowolenia z życia wiąże się z dobrym przystosowaniem i optymalnym rozwojem psychicznym młodzieży. Niski poziom zadowolenia z życia pociąga za sobą wiele negatywnych konsekwencji i problemów psychologicznych, społecznych i behawioralnych. U osób niezadowolonych z życia często występuje niskie poczucie własnej wartości, trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych, izolacja społeczna, depresja⁸, a także podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia i życia⁹.

⁶ Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: *Osobowościowe wyznaczniki satysfakcji z życia*, [w:] I. Heszen, J. Życińska: *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, Academica, Warszawa 2008.

⁷ Nansook P.: *The role of subjective well-being in positive youth development*, *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2004; 591: 25–39.

⁸ Izgic E., Akyüz G., Dogan O., Kugu N.: *Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image*. *Can J Psych* 2004; 49: 630–634.

⁹ Neumark-Sztainer D., Story M., French S.A., Resnick M.D.: *Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents*. *Health Edu Res*, 1997; 12(1): 37–52.

Okres adolescencji, któremu towarzyszy wiele zmian fizycznych i psychicznych, jest czasem, w którym często dochodzi do zmniejszenia zadowolenia z życia. Młodzi ludzie stają się coraz bardziej krytyczni wobec siebie i otoczenia, czują się zagubieni i niepewni, pojawia się wiele konfliktów i lęków społecznych. U części nastolatków również postrzeganie zmian zachodzących w ciele pociąga za sobą spadek zadowolenia ze swojego wyglądu, mogący przyczynić się do obniżenia zadowolenia z życia i poczucia własnej wartości¹⁰.

Wyniki badań wskazują, że większość ludzi, bez względu na wiek, jest zadowolona ze swojego życia. Wśród nastolatków również ponad 80% pozytywnie ocenia swoje życie. Jednak, jak wynika z porównań międzynarodowych, odsetki polskiej młodzieży zadowolonej z życia należą do najmniejszych w Europie¹¹.

Wskaźnik zadowolenia z życia w badaniach HBSC

Pytanie dotyczące ogólnego zadowolenia z życia o znajduje się w kwestionariuszu HBSC od 2002 r. Zadowolenie to badano za pomocą tzw. skali Cantrila, wizualnego narzędzia, powszechnie stosowanego do pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem¹². Skala ta składa się z rysunku drabiny z 11 punktami (od 0 do 10) do wyboru i następującego tekstu: *Obok jest rysunek drabiny. Na górze drabiny jest cyfra 10 – umownie oznaczająca życie, które wydaje ci się najlepsze. Na dole dra-*

¹⁰ Woynarowska B., Mazur J., Kołoło H., Małkowska A.: *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej*. Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2005.

¹¹ Currie C. et al. (eds.): *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.

¹² Cantril H.: *Pattern of human concerns*, Rutgers University Press, New Brunswick 1965.

biny jest cyfra 0 – oznaczająca życie, które wydaje ci się najgorsze. Pomyśl, jakie jest teraz twoje życie i w którym miejscu drabiny ty stanąłbyś. Wstaw X w jedną kratkę w drabinie obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu”.

W badaniu przyjęto, że osoby, które wybrały poziom: **0–5 są niezadowolone z życia; 6–8 pkt. są przeciętnie zadowolone; 9–10 pkt. są bardzo zadowolone ze swojego życia.**

Ogólne zadowolenie z życia

Wyniki prezentujące ogólne zadowolenie z życia młodzieży przedstawiono w tab. 1 i 2 oraz na ryc. 1.

W 2010 r.:

- odsetki młodzieży bardzo zadowolonej z życia znacznie różniły się w poszczególnych grupach wieku, wahając się od ponad 40% u 11-latków do niespełna 20% u 15-latków;
- odsetki młodzieży niezadowolonej z życia zwiększały się z wiekiem badanej młodzieży;
- odsetki dziewcząt niezadowolonych z życia były większe niż chłopców, a różnica ta zwiększała się wraz z wiekiem młodzieży.

W latach 2002–2010 utrzymywały się różnice w poziomie zadowolenia z życia zależne od wieku i płci:

- systematycznie zmniejszał się odsetek młodzieży 11- i 13-letniej bardzo zadowolonej z życia, a zwiększał odsetek 11- i 13-latków niezadowolonych z życia;
- odsetki młodzieży 15-letniej bardzo zadowolonej z życia nieznacznie wzrosły w 2006 r. w stosunku do 2002 r., a następnie ponownie zmniejszyły się w 2010 r.;
- zmniejszenie się odsetka 11- i 13-latków bardzo zadowolonych z życia było wyraźniejsze u dziewcząt niż u chłopców.

Podsumowanie

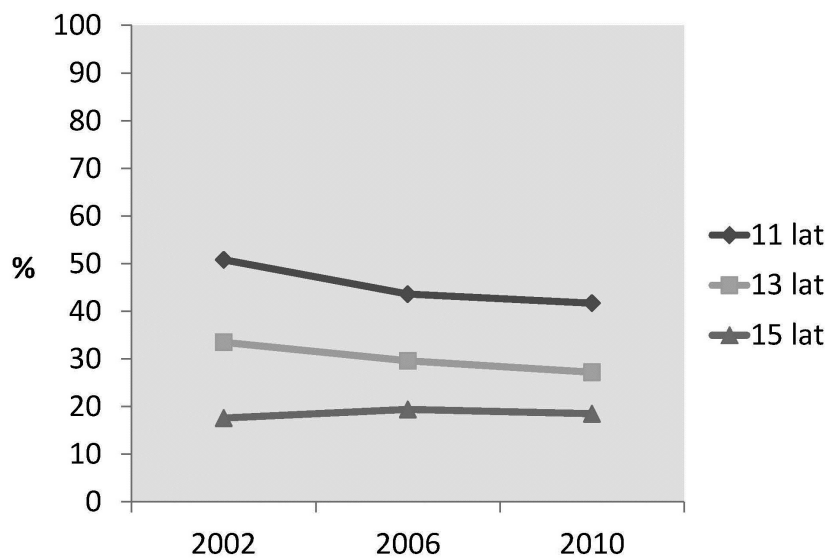
Wyniki badań HBSC wskazują, że

- Obecnie w Polsce:
 - prawie co drugi 11-latek, co czwarty 13-latek i co piąty 15-latek jest bardzo zadowolony ze swojego życia, a około połowa nastolatków jest ogólnie średnio zadowolona z życia. Lokuje to Polskę na jednym z ostatnich miejsc pod tym względem w Europie (wśród 13- i 15-latków mniejsze odsetki zadowolonych z życia nastolatków zanotowano tylko w Turcji i Rumunii)¹³;
 - dziewczęta częściej niż chłopcy są niezadowolone z życia i poczucie takie narasta z wiekiem – co szósta 11-latka i aż co trzecia 15-latka negatywnie ocenia swoje życie. Jest to grupa wymagająca szczególnej uwagi za względu na zagrożenie depresją i podejmowaniem zachowań ryzykownych dla zdrowia i życia.
- W latach 2002–2010:
 - systematycznie zwiększał się odsetek młodzieży 11- i 13-letniej niezadowolonej z życia. Odsetki 15-latków niezadowolonych z życia utrzymywały się na w miarę niezmiennym, choć bardzo wysokim poziomie. Istnieje wyraźna potrzeba zidentyfikowania czynników (ekonomicznych, społecznych), które mogły przyczynić się do obserwowanych zjawisk;
 - negatywny trend dotyczący zadowolenia z życia 11- i 13-latków był wyraźniejszy wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

¹³ Ottova V., Ramos Valverde P., Mjazar J., et al.: *Positive health: life satisfaction*, [w:] C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan et al. (eds.): *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. International report from the 2009/2010 survey*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 2012, s. 71–74.

Tabela 1. Poziom zadowolenia z życia młodzieży według wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
11-12 lat	niezadowoleni (0-5 pkt)	13,7	14,2	14,7
	średnio zadowoleni (6-8 pkt)	35,5	42,2	43,6
	bardzo zadowoleni (9-10 pkt)	50,8	43,6	41,7
13-14 lat	niezadowoleni (0-5 pkt)	18,3	18,8	21,5
	średnio zadowoleni (6-8 pkt)	48,2	51,6	51,3
	bardzo zadowoleni (9-10 pkt)	33,5	29,6	27,2
15-16 lat	niezadowoleni (0-5 pkt)	27,8	21,1	25,3
	średnio zadowoleni (6-8 pkt)	54,6	59,5	56,1
	bardzo zadowoleni (9-10 pkt)	17,6	19,4	18,5

**Ryc. 1. Odsetek młodzieży bardzo zadowolonej z życia (9-10 pkt w skali Cantrila) według wieku**

**Tabela 2. Poziom zadowolenia z życia młodzieży według płci i wieku
(% badanych)**

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	niezadowoleni (0–5 pkt)	13,8	14,4	13,9
	średnio zadowoleni (6–8 pkt)	38,6	43,5	45,0
	bardzo zadowoleni (9–10 pkt)	47,7	42,0	41,1
13–14 lat	niezadowoleni (0–5 pkt)	15,5	16,2	20,4
	średnio zadowoleni (6–8 pkt)	49,4	53,0	50,4
	bardzo zadowoleni (9–10 pkt)	35,1	30,8	29,2
15–16 lat	niezadowoleni (0–5 pkt)	23,7	17,9	19,1
	średnio zadowoleni (6–8 pkt)	57,5	60,6	60,1
	bardzo zadowoleni (9–10 pkt)	18,7	21,5	20,7
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	niezadowolone (0–5 pkt)	13,6	13,9	15,6
	średnio zadowolone (6–8 pkt)	32,4	41,0	42,1
	bardzo zadowolone (9–10 pkt)	54,0	45,1	42,4
13–14 lat	niezadowolone (0–5 pkt)	21,3	21,3	22,6
	średnio zadowolone (6–8 pkt)	46,7	50,2	52,1
	bardzo zadowolone (9–10 pkt)	31,9	28,4	25,3
15–16 lat	niezadowolone (0–5 pkt)	31,4	24,0	31,2
	średnio zadowolone (6–8 pkt)	51,9	58,5	52,4
	bardzo zadowolone (9–10 pkt)	16,6	17,5	16,4

2. Subiektywne dolegliwości somatyczne i psychiczne

Joanna Mazur

Typowym problemem zdrowotnym okresu dojrzewania jest znaczne nasilenie dolegliwości, których nie można wyjaśnić obecnością chorób i zaburzeń organicznych. Przez wiele lat nazywano je dolegliwościami psychosomatycznymi, wskazując na kierunek zależności – od czynników psychicznych do objawów somatycznych. Obecnie nadaje się im bardziej neutralną, bo nie wskazującą na etiologię, nazwę **dolegliwości subiektywnych lub nieswoistych dolegliwości subiektywnych**. Czynnikiem stymulującym ich wystąpienie może być stan permanentnego stresu, spowodowanego m.in. konfliktami w rodzinie, problemami szkolnymi, brakiem akceptacji ze strony rówieśników. Jako ograniczenie prowadzonych na świecie badań dotyczących tych dolegliwości wymienia się nadmierną koncentrację na izolowanych objawach¹⁴. Nieswoiste dolegliwości subiektywne przeważnie tworzą wewnętrznie spójne zespoły. Na podstawie poznania ich wspólnych uwarunkowań można planować skuteczniejsze działania interwencyjne.

Zmiany nasilenia dolegliwości subiektywnych u polskiej młodzieży analizowane były już w poprzednich opracowaniach wykorzystujących wyniki kolejnych serii badań HBSC¹⁵, a negatywne tendencje lat

¹⁴ Walker LS, Beck JE, Garber J, Lambert W. *Children's Somatization Inventory: psychometric properties of the revised form (CSI-24)*, Journal of Pediatric Psychology, 2009; 34(4): 430–40

¹⁵ 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.

90. XX wieku wiązano z transformacją ustrojową, coraz trudniejszymi warunkami dorastania we współczesnym świecie. Autorzy fińscy S. Karvonen i wsp.¹⁶ podali wiele potencjalnych czynników, które przyczyniły się do obserwowanego w wielu krajach narastania problemu dolegliwości subiektywnych u nastolatków. Należą do nich: niekorzystne zmiany w funkcjonowaniu rodziny, coraz bardziej złożony proces przechodzenia z adolescencji do dorosłości, rosnące wymagania stawiane uczniom przez system edukacyjny, pogarszający się dostęp do usług medycznych i ich niedostosowanie do potrzeb młodzieży.

Wyniki większości badań wskazują na częstsze występowanie subiektywnych dolegliwości u dziewcząt. Jako przyczynę podaje się typową dla płci żeńskiej skłonność do somatyzacji oraz wzorce kulturowe, które pozwalają dziewczętom w większym stopniu niż chłopcom ujawniać swoje odczucia¹⁷. Te same stresujące sytuacje, które powodują nasilone dolegliwości somatyczne u dziewcząt, mogą wyzwać zachowania agresywne u chłopców, bądź sprzyjać nadużywaniu przez nich substancji psychoaktywnych. Odmienne potrzeby chłopców i dziewcząt powinny być uwzględniane w programach interwencyjnych, chłopcom wręcz powinno się zalecać uzewnętrznianie stanów emocjonalnych.¹⁸ Młodzież obojga płci powinna posiadać umiejętność odczytywania sygnałów płynących z własnego ciała, jak również zdolności konstruktywnego radzenia sobie ze stresem. Utrzymujące się wysokie wskaźniki nasilenia dolegliwości subiektywnych młodzieży to nie tylko barometr ogólnej

¹⁶ Karvonen S., Vikat A., Rimpela M.: *The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland*, Journal of Adolescence 2005; 28; 1–16.

¹⁷ McLean, A., Sweeting, H., & Hunt K.: *'Rules for boys' 'guidelines' for girls. Gender differences in symptom reporting during childhood and adolescence*, Social Science & Medicine 2010; 70(4): 597–604.

¹⁸ Haugland S., et al.: *Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality*, European Journal of Public Health, 2001; 11(1): 4–10.

sytuacji w kraju. Mogą one świadczyć o ograniczonej zdolności do wypełniania zadań rozwojowych przez młodzież, braku lub ograniczonej skuteczności szkolnych programów wspierania zdrowia psychicznego. Problem dolegliwości subiektywnych traktuje się więc nie tylko w kategoriach obciążenia jednostki i rodziny, ale też jako wyzwanie dla systemu opieki medycznej i edukacji.

Skala dolegliwości HBSC

Pytanie dotyczące występowania dolegliwości subiektywnych uwzględnione było w kwestionariuszu badań HBSC od początku ich prowadzenia w Polsce. Na podstawie tego pytania tworzy się skalę, nazywaną często jako HBSC-SCL, od angielskiego określenia *symptom checklist*. Młodzież pytana jest: *Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwałaś: ból głowy, ból brzucha, ból pleców, przygnębienie, rozdrażnienie lub zł humor, zdenerwowanie, trudności w zasypianiu i zawroty głowy?* Kategorie odpowiedzi: *prawie codziennie; częściej niż 1 raz w tygodniu; prawie w każdym tygodniu; prawie w każdym miesiącu; rzadko lub nigdy.*

Skala HBSC-SCL stanowi skrót rozszerzonej skali 15 symptomów, stosowanej nadal w badaniach norweskich. Alternatywna skrócona wersja może zawierać 11 pozycji. J. Hetland i wsp. wskazują na dwuczynnikową strukturę skali HBSC-SCL¹⁹. Dokonując skrótu pierwotnej 15-elementowej skali, wybrano po cztery objawy mające najsilniejsze ładunki czynnikowe na jej głównych składowych:

- **dolegliwości bólowe** (bóle głowy, brzucha, pleców) oraz zawroty głowy mają wyraźniejszy charakter somatyczny;

¹⁹ Hetland J., Torsheim T., Aarø L.E.: *Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age*, Scandinavian Journal of Public Health, 2002; 30(3): 223–30.

- **negatywne stany emocjonalne** (przygnębiecie, rozdrażnienie lub zły humor, zdenerwowanie i trudności w zasypianiu) tworzą grupę symptomów o podłożu psychicznym. Częstość występowania stanów przygnębiecia jest szczególnie istotnym wskaźnikiem, ponieważ może wskazywać na skłonność nastolatka do stanów depresyjnych.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że na liście symptomów nie uwzględniono poczucia zmęczenia (w tym np. zmęczenie rano, brak energii). W świetle innych badań, również prowadzonych w Polsce²⁰, są to też ważne symptomy, bardzo często zgłaszane przez młodzież, które jednak nie tworzą spójnego zespołu z ww. symptomami.

Omawiając tendencje zmian nasilenia dolegliwości subiektywnych u młodzieży szkolnej w Polsce zastosowano dwuczynnikowy podział proponowany przez badaczy norweskich, chociaż dane polskie nie podważają jednoczynnikowej struktury HBSC-SCL.

W opracowaniach sieci badawczej HBSC przeważnie, za **częste** uznaje się odczuwanie analizowanych dolegliwości prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu. Budowany jest też **wskaźnik występowania mnogich**, powtarzających się dolegliwości, który odnosi się do osób **często** odczuwających co najmniej dwa z ośmiu powyższych symptomów.

W niniejszym opracowaniu wykorzystano dane z lat 1994–2010. W pierwszej polskiej serii badań HBSC z 1990 r. zastosowane były tylko cztery, nieporównywalne z późniejszymi kategorie odpowiedzi, a zamiast przygnębiecia w kwestionariuszu występowało uczucie osłabienia. Niewielkiej modyfikacji podlegał tekst pytania, zamieszczony przed

²⁰ Jodkowska M.: *Samoocena zdrowia i wyglądu*, [w:] Oblacińska A., Woynarowska B. (red.): *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2005, s. 17–22.

skalą SCL. W latach 1994–1998 pytano o objawy i dolegliwości, w latach 2002–2006 już tylko o dolegliwości. W ostatniej serii badań zastosowano najbardziej wierną angielskiemu oryginałowi otwartą formułę: „*Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwałeś...?*”. Te niewielkie różnice nie powinny wpłynąć na badane tendencje zmian.

Za ważny czynnik zakłócający przedstawione trendy można uznać zmieniający się odsetek młodzieży z chorobami przewlekłymi. Niestety blok pytań na ten temat pojawił się w kwestionariuszu HBSC w dwóch ostatnich seriach badań. Wykazano, że młodzież z chorobami przewlekłymi częściej niż zdrowi rówieśnicy odczuwa większość analizowanych symptomów²¹. Można też przypuszczać, że na trendy występowania omawianych dolegliwości mogły mieć wpływ zmiany stylu życia.

2.1. Dolegliwości somatyczne

Wyniki dotyczące występowania poszczególnych dolegliwości somatycznych przedstawiono w tabelach 3–10. Na rycinach 2–5 przedstawiono trendy częstego ich odczuwania – prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu.

W 2010 r.:

- bóle głowy były najczęściej występującą dolegliwością somatyczną; wskaźnik częstego ich występowanie zwiększał się z wiekiem (18,9% u 11-latków; 19,7% u 13-latków; 22,5% u 15-latków);
- bóle brzucha były drugą co do częstości występowania dolegliwością u 11-latków, ale już ostatnią u 15-latków; jest to jedyny symptom, którego częstość zmniejszała się z wiekiem (15,7% u 11-latków; 12,8% u 13-latków; 11,7% u 15-latków);

²¹ Woynarowska B., Tabak I.: *Uczniowie z chorobami przewlekłymi w szkole*, Remedium 2009; 12: 22–23.

- nasilone bóle pleców stwierdzono u około 12% nastolatków; częstość ich występowania systematycznie zwiększała się z wiekiem (9,4% u 11-latków; 11,7% u 13-latków; 13,6% u 15-latków);
- największy, związany z wiekiem, wzrost częstości występowania stwierdzono w przypadku zawrotów głowy (7,3% u 11-latków; 9,8% u 13-latków; 14,2% u 15-latków); u młodzieży najstarszej był to drugi co do częstości występowania symptom, zaklasyfikowany w HBSC-SCL do dolegliwości somatycznych;
- dolegliwości somatyczne częściej występowały u dziewcząt niż u chłopców, co najlepiej widoczne jest w przypadku bólów głowy i brzucha;
- różnice zależne od płci nasilały się z wiekiem dla wszystkich symptomów – w najmniejszym stopniu w odniesieniu do bólów pleców, a w największym dla bólów głowy; różnica między odsetkiem dziewcząt i chłopców odczuwających często bóle głowy wynosiła odpowiednio: 4,8% u 11-latków; 6,9% u 13-latków i aż 19,0% u 15-latków.

W latach 1994–2010 przeważały **niekorzystne zmiany**:

- we wszystkich grupach wieku nasiliły się bóle brzucha i bóle pleców;
- tendencja wzrostowa dotyczyła obu płci.
- wzrost częstości występowania bólów głowy i zawrotów głowy dotyczył tylko młodzieży 13- i 15- letniej;

2.2. Dolegliwości psychiczne

Wyniki dotyczące występowania poszczególnych dolegliwości o silnym podłożu psychicznym przedstawiono w tabelach 11–18, na rycinach 6–9 trendy częstego ich odczuwania według wieku.

W 2010 r.:

- zdenerwowanie było najczęściej występującą dolegliwością u badanej młodzieży; wskaźnik częstego jej występowanie systematycznie zwiększał się z wiekiem (28,8% u 11-latków; 33,1% u 13-latków 35,8%; u 15-latków);

- rozdrażnienie lub zły humor było we wszystkich grupach wieku drugą co do częstości występowania dolegliwością psychiczną; częstość występowania tego symptomu zmieniała się z wiekiem, ale był to wzrost umiarkowany (24,3% u 11-latków; 25,1% u 13-latków; 28,1% u 15-latków);
- częste epizody przygnębienia również nasilały się z wiekiem (13,1% u 11-latków; 16,5% u 13-latków; 18,2% u 15-latków);
- częste trudności w zasypianiu zgłaszało około 16% ankietowanych, nie stwierdzono różnic zależnych od wieku (16,8% u 11-latków; 16,3% u 13-latków; 16,2% u 15-latków); już co dziesiąty 11-latek, miał codziennie tego typu problemy;
- dolegliwości psychiczne, podobnie jak dolegliwości somatyczne, częściej występowały u dziewcząt niż u chłopców; różnice zależne od płci nasilały się z wiekiem dla wszystkich symptomów – w najmniejszym stopniu w odniesieniu do trudności w zasypianiu, a w największym dla zdenerwowania; różnica między odsetkiem dziewcząt i chłopców odczuwających często zdenerwowanie wynosiła: 5,5% u 11-latków; 6,8% u 13-latków i 13,2% u 15-latków.

W latach 1994–2010 kierunki zmian były zróżnicowane. **Odsetek młodzieży** u której występowały **częste stany**:

- przygnębienia zwiększał się we wszystkich grupach wieku do 2002 r., po czym zaczął się obniżać;
- rozdrażnienia lub złego humoru zwiększał się we wszystkich grupach wieku do 1998 r., po czym uległ stabilizacji;
- zdenerwowania również zwiększał się do 1998 r., po czym zaczął się obniżać; u 11-latków tendencja spadkowa uległa jednak zahamowaniu w 2010 r.;
- trudności z zasypianiem wykazywał okresowe wahania, a największe wskaźniki zanotowano w 1998 r. i 2010 r.; tendencje zmian w poszczególnych grupach wieku były odmienne, szczególnie może niepokoić tendencja wzrostowa u 13-latków.

2.3. Zespół mnogich dolegliwości

Analizując odsetek młodzieży często odczuwającej mnogie dolegliwości, można mieć obraz ogólnego obciążenia populacji nieswoistymi subiektywnymi dolegliwościami. Wyniki przedstawiono w tabelach 19–20 oraz na rycinie 10.

W 2010 r.:

- co najmniej jeden z analizowanych ośmiu objawów wystąpił u co drugiego nastolatka (51,4% u 11-latków; 49,2% u 13-latków; 54,4% u 15-latków);
- odsetek młodzieży obciążonej często występującymi mnogimi dolegliwościami wynosił w badanej próbie 36%, nieznacznie zwiększając się w najstarszej grupie wieku (33,9% u 11-latków, 34,8% u 13-latków, 39,1% u 15-latków); odsetek ten był wyraźnie większy u dziewcząt niż u chłopców, a różnice zależne od płci pogłębiały się u 15-latków.

W latach 1994–2010 zanotowano następujące zmiany:

- częstość występowania zespołu mnogich dolegliwości subiektywnych gwałtownie zwiększyła się w latach 1994–1998, po czym uległa stabilizacji;
- podobny kierunek zmian zaobserwowano u chłopców i dziewcząt oraz we wszystkich trzech grupach wieku;
- niepokojącym zjawiskiem jest obserwowana od 2002 r. wyraźna tendencja wzrostowa odsetka dziewcząt w wieku 13 lat, które sygnalizowały cztery lub więcej dolegliwości.

Podsumowanie

Skala nieswoistych dolegliwości subiektywnych (SCL) jest w kwestionariuszu HBSC od wielu lat najbardziej rozbudowanym narzędziem oceny stanu zdrowia młodzieży szkolnej. W rozdziale opisano genezę tego narzędzia badawczego. Analizowanych jest osiem symptomów,

z których część ma silniejsze podłoże psychiczne, a część stanowią dolegliwości somatyczne. W ocenie ich nasilenia brano pod uwagę wskaźnik częstego występowania izolowanych objawów (prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu) oraz zespołu często występujących mnogich dolegliwości.

Wyniki badań HBSC wskazują, że:

- U połowy nastolatków występowała co najmniej jednej często powtarzająca się dolegliwość, a ponad jedna trzecia miała zespół dwóch lub więcej dolegliwości.
- Dolegliwości psychiczne występują częściej niż objawy somatyczne, które też mogą mieć charakter nerwicowy. Najczęściej w tym wieku notowane jest zdenerwowanie oraz rozdrażnienie lub zły humor. Najczęściej podawaną przez młodzież dolegliwością somatyczną są bóle głowy, które zajmują trzecie miejsce w rankingu ośmiu analizowanych objawów.
- Nasilenie większości dolegliwości zwiększa się z wiekiem, z wyjątkiem bólów brzucha, które częściej występują w młodszych grupach wieku. Jeżeli weźmiemy za podstawę wskaźnik częstego występowania, to największy, związany z wiekiem, wzrost dotyczy zawrotów głowy (prawie o 7% między 11 a 15 rokiem życia w 2010 r.).
- Dziewczeta znacznie częściej niż chłopcy odczuwają różnorodne dolegliwości. Z wiekiem zwiększają się również różnice zależne od płci. Jeżeli znów weźmiemy za podstawę wskaźnik częstego występowania, to wśród młodzieży 15-letniej różnice zależne od płci wynoszą dla bólów głowy nawet 20%.

Analizując trendy występowania dolegliwości subiektywnych u polskiej młodzieży w latach 1994–2012 stwierdzono odmienne tendencje do objawów somatycznych i psychicznych.

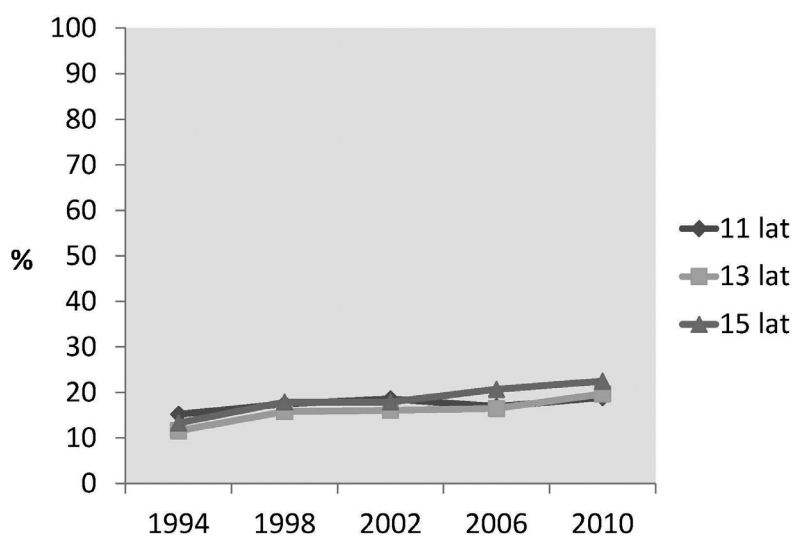
- Częstość występowania dolegliwości psychicznych zwiększała się w latach 90., po czym nastąpiła stabilizacja analizowanych wskaźników, a dla niektórych wręcz tendencja spadkowa. Bardzo

pozytywnym zjawiskiem jest coraz rzadsze występowanie stanu przygnębienia, będącego najsilniejszym objawem depresyjnym.

- W ostatnich latach zaczęła się zwiększać częstość występowania dolegliwości somatycznych, szczególnie bólów głowy. W dalszych badaniach należałoby sprawdzić, w jakim stopniu może to wynikać z rosnącego obciążenia populacji szkolnej chorobami przewlekłymi, a w jakim ze zmian stylu życia.
- Problemu dolegliwości subiektywnych nie można ignorować, traktując to jako normę rozwojową. Należy zintensyfikować działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego młodzieży, które powinny obejmować programy ukierunkowane na rodzinę i środowisko szkolne.

Tabela 3. Częstość występowania bólów głowy w ostatnich 6 miesiącach według wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010	
11-12 lat	prawie codziennie	5,5	6,7	7,1	6,2	6,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	9,7	10,8	11,5	10,7	12,2
	prawie w każdym tygodniu	6,6	8,4	6,5	7,7	7,9
	prawie w każdym miesiącu	20,2	17,6	13,9	15,5	16,2
	rzadko lub nigdy	58,0	56,5	61,0	59,9	57,0
13-14 lat	prawie codziennie	3,4	6,1	5,4	5,6	7,3
	częściej niż 1 raz w tygodniu	8,2	9,7	10,7	10,9	12,4
	prawie w każdym tygodniu	8,5	8,7	8,1	10,8	10,4
	prawie w każdym miesiącu	20,4	23,9	18,0	20,3	20,5
	rzadko lub nigdy	59,5	51,6	57,8	52,4	49,4
15-16 lat	prawie codziennie	4,9	6,2	7,4	6,4	8,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	8,4	11,7	10,5	14,3	13,8
	prawie w każdym tygodniu	9,5	11,4	10,2	11,0	12,1
	prawie w każdym miesiącu	20,8	21,8	21,0	23,0	23,5
	rzadko lub nigdy	56,4	48,9	50,9	45,3	41,9



Ryc. 2. Odsetek młodzieży odczuwającej bóle głowy prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku

Tabela 4. Częstość występowania bólów głowy w ostatnich 6 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	prawie codziennie	3,9	4,3	5,4	4,8	5,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	5,7	9,0	10,1	8,1	11,0
	prawie w każdym tygodniu	4,3	6,8	5,7	6,6	7,1
	prawie w każdym miesiącu	20,8	18,6	14,0	16,1	17,2
	rzadko lub nigdy	65,3	61,3	64,8	64,4	59,2
13–14 lat	prawie codziennie	1,0	3,1	3,0	4,0	4,9
	częściej niż 1 raz w tygodniu	5,8	6,1	9,3	7,6	11,2
	prawie w każdym tygodniu	7,0	8,7	5,7	8,4	8,4
	prawie w każdym miesiącu	19,5	22,6	16,2	20,6	20,0
	rzadko lub nigdy	66,7	59,5	65,8	59,4	55,5
15–16 lat	prawie codziennie	2,1	2,7	3,9	2,8	4,2
	częściej niż 1 raz w tygodniu	5,7	8,5	8,3	11,1	8,6
	prawie w każdym tygodniu	5,9	9,5	6,0	8,7	10,0
	prawie w każdym miesiącu	18,1	21,8	18,7	21,2	23,4
	rzadko lub nigdy	68,2	57,5	63,1	56,2	53,8
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	prawie codziennie	7,0	8,8	8,9	7,6	8,0
	częściej niż 1 raz w tygodniu	13,4	12,4	13,0	13,1	13,3
	prawie w każdym tygodniu	8,7	9,8	7,2	8,7	8,6
	prawie w każdym miesiącu	19,7	16,6	13,8	14,9	15,2
	rzadko lub nigdy	51,2	52,4	57,1	55,7	54,9
13–14 lat	prawie codziennie	5,6	8,8	8,0	7,2	9,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	10,3	12,9	12,2	14,0	13,5
	prawie w każdym tygodniu	10,0	8,7	10,5	13,1	12,4
	prawie w każdym miesiącu	21,3	25,1	19,8	20,1	20,9
	rzadko lub nigdy	52,8	44,5	49,5	45,6	43,7
15–16 lat	prawie codziennie	7,8	10,3	10,5	9,6	12,9
	częściej niż 1 raz w tygodniu	11,3	15,6	12,6	17,2	18,9
	prawie w każdym tygodniu	13,5	13,7	14,1	13,1	14,1
	prawie w każdym miesiącu	23,9	21,8	23,0	24,6	23,6
	rzadko lub nigdy	43,5	38,6	39,8	35,5	30,5

Tabela 5. Częstość występowania bólów brzucha w ostatnich 6 miesiącach według wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010	
11-12 lat	prawie codziennie	3,9	6,0	4,6	5,6	5,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	6,7	8,3	9,4	6,7	10,2
	prawie w każdym tygodniu	7,2	7,5	6,2	7,2	7,5
	prawie w każdym miesiącu	22,0	21,6	17,8	21,3	22
	rzadko lub nigdy	60,2	56,6	62	59,2	54,8
13-14 lat	prawie codziennie	1,7	2,8	2,9	4,4	4,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,7	6,8	7,4	6,9	8,1
	prawie w każdym tygodniu	6,3	7,9	5,2	7,5	7,5
	prawie w każdym miesiącu	30,9	33,1	25,3	30,3	30,9
	rzadko lub nigdy	56,4	49,4	59,2	50,9	48,8
15-16 lat	prawie codziennie	1,4	2,8	2,3	2,7	3,6
	częściej niż 1 raz w tygodniu	3,2	5,4	5,7	6,4	8,1
	prawie w każdym tygodniu	4,9	6,6	5,1	6,8	8,8
	prawie w każdym miesiącu	31,4	32,4	32,7	36,4	37,7
	rzadko lub nigdy	59,1	52,8	54,2	47,7	41,8

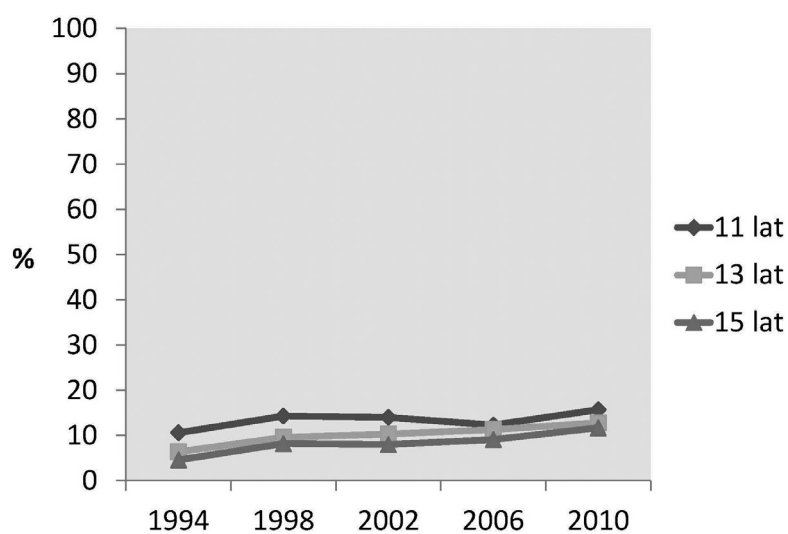
**Ryc. 3. Odsetek młodzieży odczuwającej bóle brzucha prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku**

Tabela 6. Częstość występowania bólów brzucha w ostatnich 6 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010	
CHŁOPCY						
11–12 lat	prawie codziennie	2,1	3,0	3,1	3,3	4,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,9	5,1	7,6	4,8	6,3
	prawie w każdym tygodniu	4,6	5,5	5,4	6,4	6,3
	prawie w każdym miesiącu	20,3	21,2	17,6	18,3	20,3
	rzadko lub nigdy	68,1	65,2	66,3	67,2	62,6
13–14 lat	prawie codziennie	1,0	1,3	2,2	1,4	4,0
	częściej niż 1 raz w tygodniu	1,8	3,5	5,5	4,6	6,7
	prawie w każdym tygodniu	4,2	5,7	3,5	6,5	5,7
	prawie w każdym miesiącu	21,9	23,7	14,8	21,5	22,0
	rzadko lub nigdy	71,1	65,8	74,0	66,0	61,6
15–16 lat	prawie codziennie	0,4	1,5	1,8	0,7	2,6
	częściej niż 1 raz w tygodniu	1,8	4,2	3,6	3,8	4,2
	prawie w każdym tygodniu	3,7	5,4	3,8	4,5	6,5
	prawie w każdym miesiącu	14,6	18,6	16,4	20,4	24,9
	rzadko lub nigdy	79,5	70,3	74,4	70,6	61,8
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	prawie codziennie	5,6	8,7	6,1	7,7	6,4
	częściej niż 1 raz w tygodniu	8,3	11,1	11,3	8,6	14,0
	prawie w każdym tygodniu	9,5	9,2	6,9	7,9	8,6
	prawie w każdym miesiącu	23,6	22,0	18,0	24,1	23,6
	rzadko lub nigdy	53,0	49,0	57,7	51,7	47,4
13–14 lat	prawie codziennie	2,3	4,1	3,6	7,2	5,2
	częściej niż 1 raz w tygodniu	7,3	9,8	9,3	9,1	9,4
	prawie w każdym tygodniu	8,2	9,9	6,9	8,4	9,3
	prawie w każdym miesiącu	39,1	41,3	36,3	38,5	39,4
	rzadko lub nigdy	43,1	34,9	43,9	36,8	36,7
15–16 lat	prawie codziennie	2,5	4,4	2,8	4,5	4,4
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,7	6,8	7,6	8,9	11,8
	prawie w każdym tygodniu	6,2	7,9	6,2	9,0	11,1
	prawie w każdym miesiącu	49,7	48,9	47,6	51,0	49,9
	rzadko lub nigdy	36,9	32,0	35,8	26,6	22,7

Tabela 7. Częstość występowania bólów pleców w ostatnich 6 miesiącach według wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 lat	prawie codziennie	1,3	3,8	4,1	4,7	5,0
	częściej niż 1 raz w tygodniu	2,4	3,5	4,9	3,7	4,4
	prawie w każdym tygodniu	2,6	3,6	3,2	5,0	6,1
	prawie w każdym miesiącu	6,4	10,0	8,2	10,8	12,2
	rzadko lub nigdy	87,3	79,1	79,6	75,8	72,3
13–14 lat	prawie codziennie	1,7	3,3	3,6	5,1	5,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	2,4	4,4	5,1	4,4	6,0
	prawie w każdym tygodniu	3,3	5,3	5,9	5,7	7,4
	prawie w każdym miesiącu	10,0	14,2	11,3	12,9	14,9
	rzadko lub nigdy	82,6	72,8	74,1	71,9	66,0
15–16 lat	prawie codziennie	1,6	3,6	4,9	4,2	6,3
	częściej niż 1 raz w tygodniu	2,5	5,2	5,5	5,8	7,3
	prawie w każdym tygodniu	5,2	6,6	6,8	7,9	10,0
	prawie w każdym miesiącu	11,6	15,8	16,5	16,9	23,2
	rzadko lub nigdy	79,1	68,8	66,3	65,2	53,2

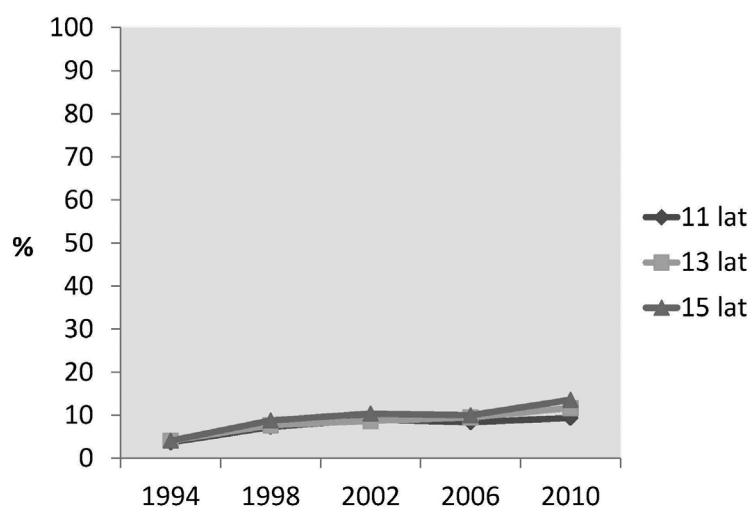
**Ryc. 4. Odsetek młodzieży odczuwającej bóle pleców prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku**

Tabela 8. Częstość występowania bólów pleców w ostatnich 6 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	prawie codziennie	0,4	2,9	3,6	4,0	3,2
	częściej niż 1 raz w tygodniu	1,0	2,6	4,9	3,1	3,7
	prawie w każdym tygodniu	2,0	3,6	3,3	5,3	5,7
	prawie w każdym miesiącu	6,4	11,9	9,1	11,7	12,5
	rzadko lub nigdy	90,2	79,0	79,1	75,9	74,9
13–14 lat	prawie codziennie	1,8	2,8	2,7	3,9	5,4
	częściej niż 1 raz w tygodniu	2,2	4,3	5,1	3,6	5,1
	prawie w każdym tygodniu	2,9	4,6	4,9	5,9	7,1
	prawie w każdym miesiącu	10,2	14,4	13,4	12,9	14,6
	rzadko lub nigdy	82,9	73,9	73,9	73,7	67,8
15–16 lat	prawie codziennie	0,9	3,0	3,8	3,9	5,0
	częściej niż 1 raz w tygodniu	1,8	4,5	4,5	4,9	6,8
	prawie w każdym tygodniu	4,8	6,4	7,4	6,4	9,9
	prawie w każdym miesiącu	12,4	15,4	17,0	18,2	22,3
	rzadko lub nigdy	80,1	70,7	67,3	66,6	56,0
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	prawie codziennie	2,1	4,7	4,7	5,3	6,9
	częściej niż 1 raz w tygodniu	3,6	4,3	4,9	4,4	5,0
	prawie w każdym tygodniu	3,2	3,6	3,2	4,7	6,6
	prawie w każdym miesiącu	6,4	8,3	7,2	9,9	11,9
	rzadko lub nigdy	84,7	79,1	80,0	75,7	69,6
13–14 lat	prawie codziennie	1,7	3,8	4,5	6,2	6,0
	częściej niż 1 raz w tygodniu	2,6	4,5	5,2	5,2	6,9
	prawie w każdym tygodniu	3,7	6,0	7,1	5,5	7,7
	prawie w każdym miesiącu	9,9	14,0	9,0	13,0	15,2
	rzadko lub nigdy	82,1	71,7	74,2	70,1	64,2
15–16 lat	prawie codziennie	2,4	4,3	5,9	4,5	7,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	3,2	6,1	6,4	6,6	7,8
	prawie w każdym tygodniu	5,6	6,7	6,3	9,3	10,0
	prawie w każdym miesiącu	11,0	16,3	16,0	15,7	24,1
	rzadko lub nigdy	77,8	66,6	65,4	63,9	50,6

Tabela 9. Częstość występowania zawrotów głowy w ostatnich 6 miesiącach według wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 lat	prawie codziennie	2,2	3,4	3,7	3,0	3,0
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,0	4,5	4,2	4,2	4,3
	prawie w każdym tygodniu	2,8	4,2	2,9	3,6	4,0
	prawie w każdym miesiącu	10,1	8,5	6,9	8,9	9,4
	rzadko lub nigdy	80,8	79,4	82,3	80,3	79,4
13–14 lat	prawie codziennie	2,6	3,7	3,7	3,5	5,1
	częściej niż 1 raz w tygodniu	3,6	4,5	3,8	5,0	4,7
	prawie w każdym tygodniu	3,6	4,5	3,8	3,8	5,0
	prawie w każdym miesiącu	11,0	11,8	9,1	10,7	12,6
	rzadko lub nigdy	79,2	75,5	79,5	77,1	72,6
15–16 lat	prawie codziennie	3,0	4,0	5,3	3,8	7,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	5,9	5,3	5,3	6,0	6,5
	prawie w każdym tygodniu	5,8	6,0	4,0	6,6	8,3
	prawie w każdym miesiącu	10,2	12,8	11,1	12,2	13,2
	rzadko lub nigdy	75,2	71,9	74,3	71,3	64,3

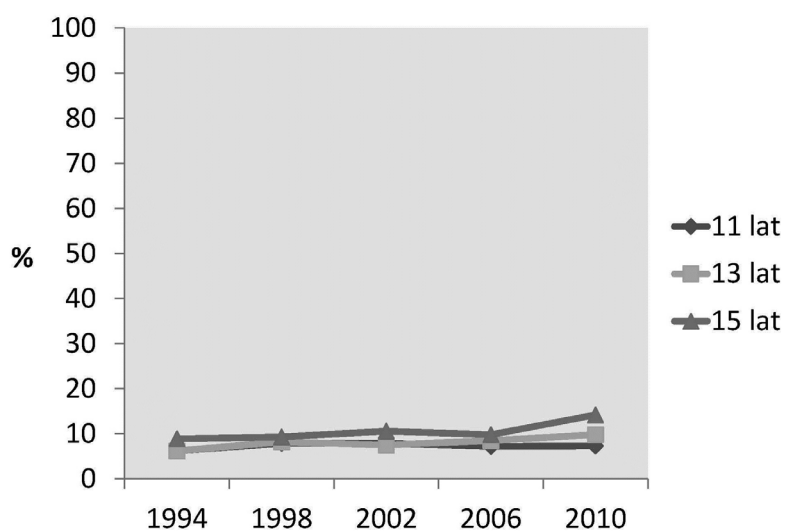
**Ryc. 5. Odsetek młodzieży odczuwającej zawroty głowy prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku**

Tabela 10. Częstość występowania zawrotów głowy w ostatnich 6 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	prawie codziennie	1,7	2,9	2,5	1,7	2,8
	częściej niż 1 raz w tygodniu	2,6	3,0	4,0	3,5	3,0
	prawie w każdym tygodniu	1,7	2,9	2,6	3,1	3,3
	prawie w każdym miesiącu	8,4	7,8	7,3	8,1	9,5
	rzadko lub nigdy	85,6	83,4	83,6	83,6	81,4
13–14 lat	prawie codziennie	1,7	1,5	2,8	2,9	3,8
	częściej niż 1 raz w tygodniu	2,5	3,4	2,9	4,0	4,4
	prawie w każdym tygodniu	1,8	3,5	3,2	3,9	4,2
	prawie w każdym miesiącu	10,4	11,5	8,0	8,9	10,4
	rzadko lub nigdy	83,6	80,1	83,1	80,3	77,2
15–16 lat	prawie codziennie	2,0	2,4	3,5	2,1	4,2
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,7	4,4	3,9	3,8	4,8
	prawie w każdym tygodniu	4,7	5,3	2,7	6,1	6,9
	prawie w każdym miesiącu	10,2	10,9	9,3	10,4	11,0
	rzadko lub nigdy	78,4	77,0	80,6	77,6	73,1
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	prawie codziennie	2,5	3,9	5,1	4,3	3,3
	częściej niż 1 raz w tygodniu	5,4	5,8	4,4	4,9	5,5
	prawie w każdym tygodniu	3,9	5,3	3,2	4,2	4,6
	prawie w każdym miesiącu	11,8	9,2	6,5	9,6	9,2
	rzadko lub nigdy	76,4	75,8	80,8	77,0	77,4
13–14 lat	prawie codziennie	3,5	5,6	4,7	4,0	6,4
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,6	5,5	4,7	5,9	5,0
	prawie w każdym tygodniu	5,3	5,4	4,4	3,7	5,7
	prawie w każdym miesiącu	11,6	12,1	10,4	12,4	14,7
	rzadko lub nigdy	75,0	71,4	75,8	74,0	68,2
15–16 lat	prawie codziennie	4,0	5,9	6,9	5,3	10,9
	częściej niż 1 raz w tygodniu	7,1	6,5	6,5	8,0	8,3
	prawie w każdym tygodniu	7,0	6,7	5,2	7,1	9,7
	prawie w każdym miesiącu	10,2	15,0	12,9	13,8	15,4
	rzadko lub nigdy	71,7	65,9	68,5	65,8	55,7

Tabela 11. Częstość występowania przygnębienia w ostatnich 6 miesiącach według wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 lat	prawie codziennie	2,3	5,1	6,9	6,2	5,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	3,5	5,9	8,7	7,0	7,4
	prawie w każdym tygodniu	4,5	7,0	7,2	10,2	10,1
	prawie w każdym miesiącu	16,1	14,8	19,2	18,3	17,3
	rzadko lub nigdy	73,6	67,2	58	58,3	59,5
13–14 lat	prawie codziennie	3,2	6,4	7,7	8,2	8,9
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,4	7,0	10,1	8,1	7,6
	prawie w każdym tygodniu	7,2	9,3	11,3	11,0	8,4
	prawie w każdym miesiącu	17,7	19,9	22,7	24,5	19,2
	rzadko lub nigdy	67,5	57,4	48,2	48,2	55,9
15–16 lat	prawie codziennie	4,0	7,4	10,1	8,4	7,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	5,3	8,2	12,0	11,5	10,7
	prawie w każdym tygodniu	10,4	11,5	13,3	14,2	11,8
	prawie w każdym miesiącu	22,1	22,1	26,7	26,9	27,2
	rzadko lub nigdy	58,2	50,8	37,9	39,0	42,8

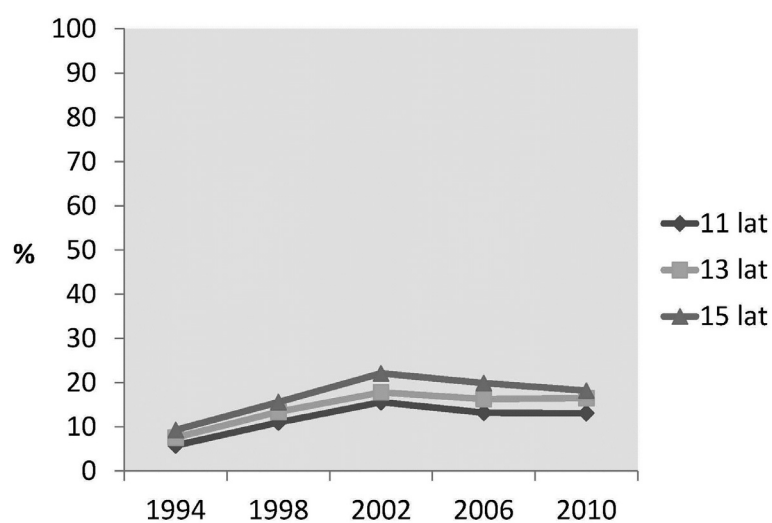
**Ryc. 6. Odsetek młodzieży odczuwającej przygnębienie prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu**

Tabela 12. Częstość występowania przygnębienia w ostatnich 6 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	prawie codziennie	1,6	3,8	5,8	5,2	4,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	2,7	5,0	7,8	7,2	5,6
	prawie w każdym tygodniu	3,6	5,7	6,3	8,8	10,2
	prawie w każdym miesiącu	17,9	16,1	21,5	17,6	15,0
	rzadko lub nigdy	74,2	69,4	58,6	61,2	64,5
13–14 lat	prawie codziennie	2,1	4,2	5,2	5,8	6,9
	częściej niż 1 raz w tygodniu	2,2	4,5	8,2	6,9	6,4
	prawie w każdym tygodniu	5,2	8,1	7,7	8,1	7,1
	prawie w każdym miesiącu	16,8	19,3	23,0	24,2	18,2
	rzadko lub nigdy	73,7	63,9	55,9	55,0	61,4
15–16 lat	prawie codziennie	2,9	4,6	6,4	4,7	4,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	3,0	5,6	8,7	8,2	8,5
	prawie w każdym tygodniu	5,6	7,5	10,1	11,6	10,0
	prawie w każdym miesiącu	21,0	22,9	28,0	26,4	24,4
	rzadko lub nigdy	67,5	59,4	46,8	49,1	52,4
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	prawie codziennie	2,9	6,2	8,1	7,1	6,8
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,2	6,7	9,6	6,8	9,2
	prawie w każdym tygodniu	5,4	8,2	8,1	11,5	10,0
	prawie w każdym miesiącu	14,5	13,5	16,9	18,9	19,4
	rzadko lub nigdy	73,0	65,4	57,3	55,7	54,6
13–14 lat	prawie codziennie	4,1	8,4	10,2	10,4	10,8
	częściej niż 1 raz w tygodniu	6,4	9,2	12,1	9,2	8,8
	prawie w każdym tygodniu	9,1	10,4	15,0	13,7	9,5
	prawie w każdym miesiącu	18,4	20,5	22,4	24,8	20,1
	rzadko lub nigdy	62,0	51,5	40,3	41,9	50,8
15–16 lat	prawie codziennie	5,1	10,8	13,5	11,8	10,3
	częściej niż 1 raz w tygodniu	7,8	11,3	15,0	14,6	12,7
	prawie w każdym tygodniu	15,7	16,3	16,3	16,6	13,6
	prawie w każdym miesiącu	23,3	21,2	25,4	27,3	29,7
	rzadko lub nigdy	48,1	40,4	29,8	29,7	33,7

Tabela 13. Częstość występowania rozdrażnienia lub złego humoru w ostatnich 6 miesiącach według wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
11–12 lat	prawie codziennie	7,3	10,5	9,9	9,8	10,3
	częściej niż 1 raz w tygodniu	13,0	12,2	14,6	13,8	14,0
	prawie w każdym tygodniu	15,8	15,6	15,8	15,8	14,0
	prawie w każdym miesiącu	29,5	27,7	24,9	24,8	27,4
	rzadko lub nigdy	34,4	34,0	34,8	35,8	34,3
13–14 lat	prawie codziennie	7,5	8,7	10,9	10,8	10,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	13,2	17,4	14,5	14,2	14,4
	prawie w każdym tygodniu	20,4	21,4	20,5	18,7	17,3
	prawie w każdym miesiącu	32,6	29,1	26,6	31,5	27,7
	rzadko lub nigdy	26,3	23,4	27,5	24,8	29,9
15–16 lat	prawie codziennie	6,0	9,3	10,1	8,6	10,1
	częściej niż 1 raz w tygodniu	14,1	17,4	18,3	19,0	18,0
	prawie w każdym tygodniu	22,6	22,2	21,3	21,2	20,8
	prawie w każdym miesiącu	32,7	28,9	29,7	33,4	31,6
	rzadko lub nigdy	24,6	22,2	20,6	17,8	19,5

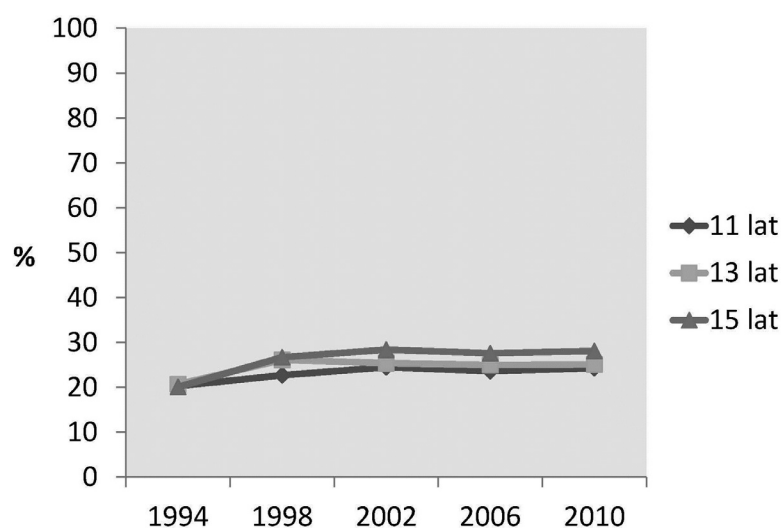
**Ryc. 7. Odsetek młodzieży odczuwającej rozdrażnienie lub zły humor prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku**

Tabela 14. Częstość występowania rozdrażnienia lub złego humoru w ostatnich 6 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	prawie codziennie	6,6	9,4	10,0	9,6	9,1
	częściej niż 1 raz w tygodniu	9,6	11,7	14,1	14,3	12,8
	prawie w każdym tygodniu	16,0	13,5	15,2	15,4	14,9
	prawie w każdym miesiącu	29,6	30,1	23,7	25,4	25,7
	rzadko lub nigdy	38,2	35,3	37,0	35,3	37,5
13–14 lat	prawie codziennie	6,8	6,7	9,5	8,1	9,8
	częściej niż 1 raz w tygodniu	11,9	14,3	11,4	11,7	12,6
	prawie w każdym tygodniu	18,6	22,1	19,7	17,9	17,7
	prawie w każdym miesiącu	34,2	30,7	26,8	34,6	25,2
	rzadko lub nigdy	28,5	26,2	32,6	27,7	34,7
15–16 lat	prawie codziennie	4,9	7,0	8,2	6,1	8,1
	częściej niż 1 raz w tygodniu	10,2	14,7	15,0	15,6	13,7
	prawie w każdym tygodniu	20,9	21,0	21,2	20,4	20,2
	prawie w każdym miesiącu	33,4	31,6	29,8	34,8	32,1
	rzadko lub nigdy	30,6	25,7	25,8	23,1	25,9
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	prawie codziennie	7,9	11,5	9,7	10,1	11,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	16,2	12,6	15,1	13,4	15,2
	prawie w każdym tygodniu	15,6	17,5	16,5	16,1	13,1
	prawie w każdym miesiącu	29,4	25,6	26,2	24,2	29,1
	rzadko lub nigdy	30,9	32,8	32,5	36,2	31,1
13–14 lat	prawie codziennie	8,2	10,5	12,4	13,3	11,6
	częściej niż 1 raz w tygodniu	14,4	20,0	17,8	16,6	16,1
	prawie w każdym tygodniu	22,1	20,9	21,4	19,5	17,0
	prawie w każdym miesiącu	31,2	27,6	26,4	28,6	30,0
	rzadko lub nigdy	24,1	21,0	22,0	22,0	25,3
15–16 lat	prawie codziennie	7,2	12,1	11,8	10,9	12,1
	częściej niż 1 raz w tygodniu	18,4	20,7	21,4	22,1	22,1
	prawie w każdym tygodniu	24,5	23,7	21,3	21,9	21,3
	prawie w każdym miesiącu	32,0	25,7	29,7	32,2	31,1
	rzadko lub nigdy	17,9	17,8	15,8	12,9	13,4

Tabela 15. Częstość występowania zdenerwowania w ostatnich 6 miesiącach według wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 lat	prawie codziennie	13,3	16,2	15,2	14,1	14,1
	częściej niż 1 raz w tygodniu	13,8	14,9	15,2	13,6	14,7
	prawie w każdym tygodniu	18,5	16,8	16,0	16,1	15,1
	prawie w każdym miesiącu	27,0	24,0	21,2	23,6	24,4
	rzadko lub nigdy	27,4	28,1	32,4	32,6	31,7
13–14 lat	prawie codziennie	15,5	19,7	17,0	15,8	15,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	17,8	18,3	16,7	18,9	17,4
	prawie w każdym tygodniu	23,5	21,4	20,3	19,6	17,9
	prawie w każdym miesiącu	23,8	21,8	23,1	25,3	26,4
	rzadko lub nigdy	19,4	18,8	22,9	20,4	22,6
15–16 lat	prawie codziennie	17,1	22,0	19,9	14,3	14,8
	częściej niż 1 raz w tygodniu	17,9	20,0	21,0	22,4	21,0
	prawie w każdym tygodniu	24,7	21,7	21,7	24,4	26,2
	prawie w każdym miesiącu	24,1	22,7	21,7	24,9	22,8
	rzadko lub nigdy	16,2	13,6	15,7	14,0	15,2

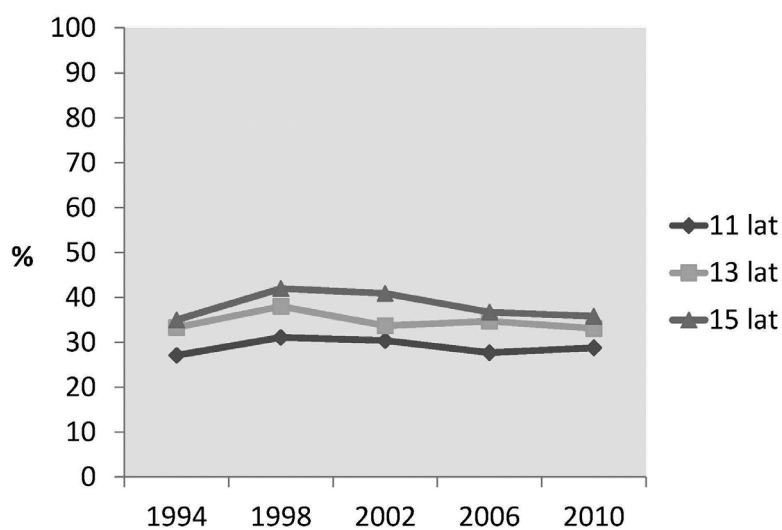
**Ryc. 8. Odsetek młodzieży odczuwającej zdenerwowanie prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku**

Tabela 16. Częstość występowania zdenerwowania w ostatnich 6 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	prawie codziennie	10,8	14,6	13,1	12,3	12,1
	częściej niż 1 raz w tygodniu	11,6	13,4	15,9	13,7	14,0
	prawie w każdym tygodniu	18,5	16,7	17,2	17,7	16,7
	prawie w każdym miesiącu	30,3	26,7	21,9	22,8	22,6
	rzadko lub nigdy	28,8	28,6	31,9	33,5	34,6
13–14 lat	prawie codziennie	12,8	15,4	15,0	13,3	14,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	14,6	16,2	15,6	16,5	14,9
	prawie w każdym tygodniu	23,7	22,9	18,2	18,5	18,0
	prawie w każdym miesiącu	26,1	23,2	24,2	29,0	26,6
	rzadko lub nigdy	22,8	22,3	27,0	22,7	25,8
15–16 lat	prawie codziennie	10,8	14,9	15,6	11,3	10,1
	częściej niż 1 raz w tygodniu	13,1	18,8	17,8	18,5	18,9
	prawie w każdym tygodniu	27,4	23,8	21,6	24,5	25,3
	prawie w każdym miesiącu	28,2	26,8	26,0	26,9	26,1
	rzadko lub nigdy	20,5	15,7	19,0	18,8	19,6
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	prawie codziennie	15,7	17,7	17,4	15,9	16,2
	częściej niż 1 raz w tygodniu	15,7	16,3	14,5	13,5	15,4
	prawie w każdym tygodniu	18,4	16,9	14,7	14,5	13,6
	prawie w każdym miesiącu	24,0	21,6	20,4	24,3	26,2
	rzadko lub nigdy	26,2	27,5	33,0	31,8	28,6
13–14 lat	prawie codziennie	17,9	23,5	19,1	18,1	16,7
	częściej niż 1 raz w tygodniu	20,6	20,2	17,9	21,1	19,7
	prawie w każdym tygodniu	23,3	20,1	22,4	20,6	17,9
	prawie w każdym miesiącu	21,6	20,6	21,9	21,8	26,1
	rzadko lub nigdy	16,6	15,6	18,7	18,4	19,6
15–16 lat	prawie codziennie	24,0	30,6	23,8	17,2	19,3
	częściej niż 1 raz w tygodniu	23,1	21,4	24,0	25,9	22,9
	prawie w każdym tygodniu	21,6	19,1	21,7	24,3	27,1
	prawie w każdym miesiącu	19,6	17,8	17,8	23,1	19,6
	rzadko lub nigdy	11,7	11,1	12,7	9,5	11,1

Tabela 17. Częstość występowania trudności w zasypianiu w ostatnich 6 miesiącach według wieku (% badanych)

	1994	1998	2002	2006	2010	
11–12 lat	prawie codziennie	8,4	10,2	8,2	8,4	10,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	6,7	6,5	6,8	5,2	6,3
	prawie w każdym tygodniu	5,5	5,9	5,1	5,5	4,9
	prawie w każdym miesiącu	10,9	10,6	8,9	10,2	12,8
	rzadko lub nigdy	68,5	66,8	71,0	70,7	65,5
13–14 lat	prawie codziennie	6,0	7,7	6,9	7,2	9,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	5,0	7,2	6,8	6,9	6,8
	prawie w każdym tygodniu	6,8	6,7	5,9	6,7	7,1
	prawie w każdym miesiącu	10,7	10,4	10,4	10,7	11,0
	rzadko lub nigdy	71,5	68,0	70,0	68,5	65,6
15–16 lat	prawie codziennie	5,5	8,0	8,0	7,0	8,3
	częściej niż 1 raz w tygodniu	6,6	8,8	7,2	7,3	7,9
	prawie w każdym tygodniu	6,9	6,9	7,1	7,6	11,1
	prawie w każdym miesiącu	10,9	14,0	12,7	15,3	15,2
	rzadko lub nigdy	70,1	62,3	65,0	62,8	57,5

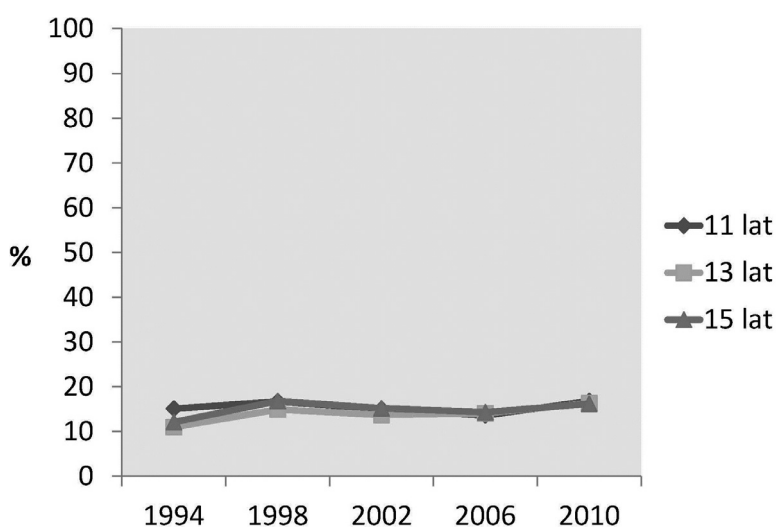
**Ryc. 9. Odsetek młodzieży mającej trudności w zasypianiu prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku**

Tabela 18. Częstość występowania trudności w zasypianiu w ostatnich 6 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	prawie codziennie	7,8	9,7	6,7	8,9	10,4
	częściej niż 1 raz w tygodniu	5,6	4,6	5,9	4,7	5,7
	prawie w każdym tygodniu	6,2	5,9	6,4	4,9	4,2
	prawie w każdym miesiącu	11,1	10,1	8,8	10,1	12,2
	rzadko lub nigdy	69,3	69,7	72,2	71,4	67,5
13–14 lat	prawie codziennie	4,1	7,4	4,5	6,4	8,4
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,5	6,5	5,1	6,8	6,0
	prawie w każdym tygodniu	6,7	5,0	6,0	6,3	7,2
	prawie w każdym miesiącu	11,2	10,8	10,9	11,0	10,8
	rzadko lub nigdy	73,5	70,3	73,5	69,5	67,6
15–16 lat	prawie codziennie	3,7	6,8	6,1	5,3	7,0
	częściej niż 1 raz w tygodniu	4,9	6,9	5,6	6,1	5,7
	prawie w każdym tygodniu	6,0	6,0	5,9	7,9	9,9
	prawie w każdym miesiącu	11,5	14,2	13,2	15,0	14,8
	rzadko lub nigdy	73,9	66,1	69,2	65,7	62,6
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	prawie codziennie	9,0	10,6	9,9	8,0	10,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	7,8	8,2	7,8	5,8	7,0
	prawie w każdym tygodniu	4,8	5,9	3,8	6,1	5,5
	prawie w każdym miesiącu	10,7	11,0	9,1	10,4	13,3
	rzadko lub nigdy	67,7	64,3	69,4	69,7	63,7
13–14 lat	prawie codziennie	7,8	7,9	9,4	8,0	10,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	5,5	7,9	8,6	7,1	7,6
	prawie w każdym tygodniu	6,8	8,2	5,8	7,2	7,0
	prawie w każdym miesiącu	10,3	10,0	9,8	10,5	11,2
	rzadko lub nigdy	69,6	66,0	66,4	67,2	63,7
15–16 lat	prawie codziennie	7,5	9,4	9,8	8,5	9,5
	częściej niż 1 raz w tygodniu	8,3	11,2	8,6	8,5	10,0
	prawie w każdym tygodniu	7,9	7,9	8,2	7,3	12,3
	prawie w każdym miesiącu	10,1	13,7	12,3	15,6	15,5
	rzadko lub nigdy	66,2	57,8	61,1	60,1	52,7

Tabela 19. Występowanie mnogich dolegliwości w ostatnich 6 miesiącach według wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
11-12 lat	nie ma żadnej	54,0	49,0	47,9	53,0	48,6
	jedna	17,9	17,9	17,4	13,7	17,4
	dwie	13,0	12,9	13,5	13,7	12,8
	trzy	7,7	8,4	8,7	8,2	8,5
	cztery lub więcej	7,3	11,7	12,5	11,4	12,6
13-14 lat	nie ma żadnej	51,7	46,2	49,1	49,6	50,8
	jedna	21,4	17,9	16,1	15,1	14,3
	dwie	13,5	14,8	12,1	12,0	10,5
	trzy	7,2	9,2	9,9	10,0	9,0
	cztery lub więcej	6,2	11,9	12,9	13,3	15,3
15-16 lat	nie ma żadnej	51,9	44,7	42,5	44,6	45,6
	jedna	20,1	17,1	18,5	17,4	15,3
	dwie	12,9	14,2	12,9	12,6	11,9
	trzy	7,1	10,1	10,3	10,5	10,2
	cztery lub więcej	8,1	13,9	15,7	14,8	17,0

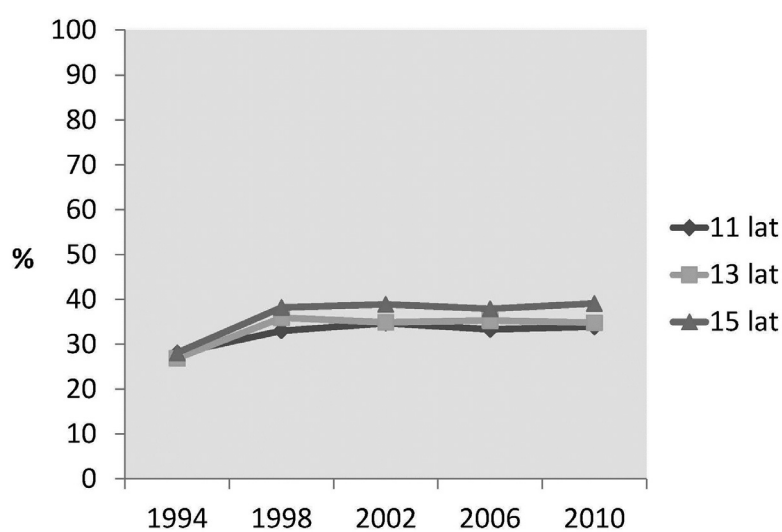
**Ryc. 10. Odsetek młodzieży odczuwającej co najmniej dwie dolegliwości subiektywne prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu według wieku**

Tabela 20. Występowanie mnogich dolegliwości w ostatnich 6 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
11–12 lat	nie ma żadnej	62,3	54,8	52,0	57,3	52,2
	jedna	16,1	17,4	16,5	12,0	18,3
	dwie	11,6	12,6	13,0	13,5	12,7
	trzy	5,5	7,3	8,0	8,2	7,4
	cztery lub więcej	4,5	7,9	10,5	9,0	9,4
13–14 lat	nie ma żadnej	58,7	54,6	55,8	56,2	56,7
	jedna	20,2	18,1	15,9	15,7	13,3
	dwie	13,1	12,8	10,8	11,0	8,8
	trzy	4,7	6,8	8,2	7,9	9,0
	cztery lub więcej	3,3	7,7	9,3	9,2	12,2
15–16 lat	nie ma żadnej	63,5	54,1	52,3	52,7	56,8
	jedna	18,5	16,0	17,5	18,1	13,9
	dwie	9,6	12,8	11,9	12,5	10,8
	trzy	3,7	8,2	7,3	8,3	8,0
	cztery lub więcej	4,7	8,9	11,0	8,4	10,5
DZIEWCZĘTA						
11–12 lat	nie ma żadnej	46,4	43,9	43,5	49,0	44,9
	jedna	19,5	18,3	18,4	15,2	16,5
	dwie	14,4	13,2	14,1	14,0	13,0
	trzy	9,8	9,4	9,4	8,2	9,7
	cztery lub więcej	9,9	15,2	14,6	13,6	15,9
13–14 lat	nie ma żadnej	45,1	38,8	41,8	43,5	45,2
	jedna	22,5	17,7	16,4	14,5	15,2
	dwie	14,0	16,6	13,5	13,0	12,2
	trzy	9,5	11,3	11,6	12,0	9,1
	cztery lub więcej	8,9	15,6	16,7	17,0	18,3
15–16 lat	nie ma żadnej	39,1	33,4	33,5	37,2	34,7
	jedna	21,8	18,4	19,4	16,9	16,6
	dwie	16,4	15,8	13,9	12,7	13,1
	trzy	10,9	12,5	13,1	12,6	12,3
	cztery lub więcej	11,8	19,9	20,1	20,6	23,3

3. Nadwaga i otyłość oraz samoocena masy ciała

Izabela Tabak

Prawidłowa masa ciała jest warunkiem zdrowia i rozwoju każdego organizmu. Jest ona również oznaką siły, urody, zamożności, czy dbałości o siebie²². Oceny prawidłowości masy ciała dokonuje się porównując wynik jej pomiaru z ustalonymi „normami” – wskaźnikami referencyjnymi (np. za pomocą siatek centylowych) lub wyliczając wskaźniki wagowo-wzrostowe. Masę ciała oceniamy również odnosząc się do wzorców kulturowych, opinii innych osób, wzorów kreowanych przez media, czy porównań z rówieśnikami.

W ostatnich latach zainteresowanie masą ciała wyraźnie wzrosło w związku z narastającą na całym świecie epidemią nadwagi i otyłości. W Europie co czwarte dziecko ma nadwagę lub otyłość; w Polsce w reprezentatywnej próbie dzieci i młodzieży w wieku 6–19 lat stwierdzono ją u 16,4%²³. W 2010 r. odsetki polskich nastolatków z nadmiarem masy ciała należały do największych w Europie²⁴.

Otyłość jest zaburzeniem, na którego wystąpienie wpływa współistnienie czynników genetycznych i środowiskowych²⁵. Wśród jej środowiskowych determinantów najczęściej wymienia się styl życia – nieprawidłowe

²² Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A.: *Jedzenie*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2005.

²³ Grajda A., Kułaga Z., Gurzkowska B. i in.: *Regional differences in prevalence of overweight, obesity and underweight among Polish children and adolescents*, *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2011; 15(3): 258–265.

²⁴ Currie C., et al. (eds.): *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.

²⁵ Żekanowski C.: *W poszukiwaniu genetycznych przyczyn otyłości*, *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2001, 5(1), 6–15.

zachowania żywieniowe (skład, ilość, regularność posiłków), niski poziom aktywności fizycznej i siedzący tryb życia. Tego typu czynniki można kontrolować i modyfikować, a co za tym idzie, zmniejszać ryzyko otyłości.

Otyłość pociąga za sobą wiele skutków somatycznych i psychospołecznych²⁶. Skutki somatyczne wynikają zarówno z zaburzeń metabolicznych, nadmiernego otłuszczenia organizmu, jak też z obciążenia układu ruchu nadmierną masą ciała. Wśród osób otyłych od dzieciństwa, prawdopodobieństwo wystąpienia późnych powikłań typowych dla otyłości dorosłych, takich jak choroby układu krążenia, utrwalone nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, czy niektóre postaci nowotworów (piersi, jelita grubego, nerek), jest szczególnie duże. Niektóre negatywne konsekwencje – nadciśnienie tętnicze, zaburzenia narządu ruchu, czy nawet zespół metaboliczny, obserwowane są jednak już w okresie rozwojowym. U dzieci i młodzieży bardzo częstą konsekwencją nadwagi i otyłości są też zaburzenia psychospołeczne, w tym brak wiary we własne siły i możliwości, przyjęcie postawy pasywnej, obniżenie zadowolenia z życia, niskie poczucie własnej wartości, brak akceptacji ze strony rówieśników, poczucie osamotnienia, konflikty czy agresywne zachowania. Jednak, jak wskazują badania, związek obiektywnej masy ciała (mierzonej za pomocą wskaźnika BMI – *Body Mass Index*) z poczuciem własnej wartości i zadowoleniem z życia nastolatków jest jedynie pośredni, a mediatorem jest subiektywna ocena masy ciała²⁷.

Masa ciała człowieka zależna jest od płci, wieku, wysokości ciała oraz składu ciała (np. proporcji tkanki tłuszczowej i tzw. beztłuszczowej masy ciała). Obecnie, w ocenie prawidłowości masy ciała, powszechnie stosuje się wskaźnik względnej masy ciała BMI, który wykazuje wysoką korelację z ilo-

²⁶ Oblacińska A., Weker H. (red.): *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości*, Help-Med., Kraków 2008.

²⁷ Tabak I., Mazur J., Oblacińska A., Jodkowska M.: *Masa ciała, poczucie własnej wartości i zadowolenie z życia młodzieży 13–15-letniej*. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2007; 3(11): 281–290.

ścią tkanki tłuszczowej w organizmie²⁸. Wskaźnik ten to stosunek masy ciała (w kilogramach) do kwadratu wysokości ciała (wyrażonej w metrach). Dla osób dorosłych jako górną granicę prawidłowej masy ciała przyjęto wartość BMI < 25. Wartości większe lub równe 25 oznaczają nadmiar masy ciała, a większe lub równe 30 to otyłość. W przypadku dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia odpowiednikami tych wartości, uwzględniającymi płeć i wiek badanych są wartości wyznaczone przez Międzynarodowy standard *IOTF* (*International Obesity Task Force*), nazwany także standardem Cole'a, określający tzw. punkty odcięcia (*cut off points*)²⁹. Jest to jedna z najczęściej stosowanych w porównaniach międzynarodowych metod oceny prawidłowej masy ciała dzieci i młodzieży³⁰ i została także wykorzystana w badaniach HBSC.

Wskaźniki oceny prawidłowości masy ciała w badaniach HBSC

W badaniach HBSC zastosowano dwa wskaźniki oceny prawidłowości masy ciała – obiektywny i subiektywny:

1. **Wskaźnik obiektywny – wskaźnik BMI.** Wskaźnik BMI jest analizowany w badaniach HBSC od 1997/98 r. Początkowo pytania o wzrost i masę ciała traktowano jako dodatkowe, a od 2001/02 r. jako obowiązkowe. W kwestionariuszu zamieszczono dwa pytania dla obliczenia wskaźnika masy ciała BMI: *Ile ważysz bez ubrania ... kg?* i *Jaki jest twój wzrost bez obuwia...cm?* W celu wyeliminowania braków danych i zobiektywizowania podawanych przez młodzież wartości, w tygodniu poprzedzającym planowane badania ankietowe zorganizowano w wylosowanych

²⁸ Czekałski S., Krzyżanowska-Świniarska B., Lewiński A. i wsp.: *Narodowy Program Zapobiegania i Leczenia Otyłości*. Endokrynologia Polska 2001; 3(supl 1), 90–91.

²⁹ Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H.: *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*, BMJ 2000; 320: 1240–43.

³⁰ Zasadę takiej oceny zastosowano w badaniach HBSC. W Polsce obecnie w zaleca się u dzieci i młodzieży wykorzystanie w tym celu siatek centylowych BMI dla danej płci. Za prawidłową masę ciała przyjmuje się wartości BMI między 5 a 85 centylem.

klasach mierzenie i ważenie uczniów przez pielęgniarkę szkolną. Obliczono wskaźniki BMI, a następnie biorąc pod uwagę płeć i średni wiek w każdej grupie wieku (11,5; 13,5 i 15,5 lat) określono za pomocą standardu *IOTF* występowanie nadmiaru masy ciała (nadwagi i otyłości). Wartości BMI graniczne dla nadwagi i otyłości podano w tabeli 21.

Tabela 21. Zastosowane wartości graniczne BMI (*cut off points*) nadwagi i otyłości odpowiednie dla płci i wieku według *International Obesity Task Force (IOTF)*

	CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
	nadwaga	otyłość	nadwaga	otyłość
11–12 lat	20,89	25,58	21,20	26,05
13–14 lat	22,27	27,25	22,98	28,20
15–16 lat	23,60	28,60	24,17	29,29

W niniejszym rozdziale, w analizie tendencji zmian wskaźnika BMI, wzięto pod uwagę trzy grupy młodzieży: **1) bez nadmiaru masy ciała; 2) nadwaga; 3) otyłość**. W grupie młodzieży bez nadmiaru masy ciała znalazła się młodzież, której BMI odpowiada wartościom uznanym za prawidłowe, a także młodzież z niedoborem masy ciała. We wcześniejszych analizach danych HBSC, wykorzystując wartości BMI zalecane przez WHO³¹ stwierdzono, że odsetek młodzieży z niedoborem masy ciała wynosił: 6,6% u 11-latków; 6,8% u 13-latków; 5,9% u 15-latków³². W 2009 r. odsetek młodzieży z niedoborem masy ciała w reprezentatywnej próbie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w Polsce wynosi ok. 12%³³.

2. Wskaźnik subiektywnej oceny masy ciała. Młodzież zapytano: *Gdy myślisz o swojej masie ciała, to sądzisz, że jesteś: zdecydowa-*

³¹ <http://www.who.int/growthref/en/>

³² Mazur J., Małkowska-Szcutnik A.: *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, s. 89.

³³ Gurskowska B., Grajda A., Kułaga Z., Napieralska E., Litwin M.: *Distribution of Body Mass Index categories among Polish children and adolescents*, *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2011; 15(3): 250–257.

nie za szczupły; trochę za szczupły; w sam raz; trochę za gruby; zdecydowanie za gruby. Pytanie to uwzględniano w kwestionariuszu HBSC od 1993/94 r. jako obowiązkowe, ale od 2001/02 r. zmieniono kategorie odpowiedzi, odrzucając wariant *nie myślę o tym*.

W opracowaniu niniejszym sprawdzono także **zgodność samooceny masy ciała z wskaźnikiem BMI**

3.1. Częstość nadwagi i otyłości mierzonej wskaźnikiem BMI

Częstość występowania nadwagi i otyłości mierzonej za pomocą wskaźnika BMI przedstawiono w tab. 22 i 23 oraz na ryc. 11.

W 2010 r.:

- odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością był dosyć duży (14–22%), ale zmniejszał się z wiekiem;
- największe różnice związane z wiekiem dotyczyły nadwagi, której częstość zmniejszała się z wiekiem od 18,6% u 11-latków do 11,5% u 15-latków;
- odsetki młodzieży z nadwagą i otyłością były większe u chłopców niż u dziewcząt i różnice te występowały we wszystkich grupach wieku.

W latach 2002–2010 utrzymywały się różnice w częstości nadwagi i otyłości zależne od wieku i płci. Widoczne jest **niekorzystne zjawisko:**

- systematyczne zwiększanie się odsetka młodzieży z nadmiarem masy ciała. Dotyczyło to zarówno nadwagi, jak i otyłości we wszystkich grupach wieku, a dynamika tego wzrostu była największa u 11-latków;
- wzrost częstości otyłości był znacznie wyraźniejszy u chłopców niż u dziewcząt.

3.2. Subiektywna ocena masy ciała

Wyniki prezentujące postrzeganie przez młodzież własnej masy ciała przedstawiono w tabeli 24 i 25 oraz na ryc. 12.

W 2010 r.:

- mniej niż połowa młodzieży oceniała swoją masę ciała jako prawidłową (*w sam raz*) (39%–48%). We wszystkich grupach wieku więcej młodzieży określało swoją masę ciała jako zbyt dużą (*zdecydowanie lub trochę za gruby*: 37%–41%) niż jako zbyt małą (*zdecydowanie lub trochę za szczupły*). W całej próbie badanej młodzieży częstość oceniania własnej masy ciała jako zbyt małej zwiększała się z wiekiem, a związane z wiekiem różnice w częstości postrzegania swojej masy ciała jako zbyt dużej były nieznaczne;
- chłopcy 13- i 15-letni częściej niż dziewczęta oceniali swoją masę ciała jako zbyt małą i różnice te zwiększały się z wiekiem;
- dziewczęta częściej niż chłopcy oceniały swoją masę ciała jako zbyt dużą i różnice te również zwiększały się wraz z wiekiem;
- samoocena masy ciała jako zbyt dużej u dziewcząt z wiekiem pojawia się coraz częściej, a u chłopców coraz rzadziej.

W latach 2002–2010 utrzymywały się różnice w samoocenie masy ciała zależne od wieku i płci. Stwierdzono, że:

- wśród 11- i 13-latków systematycznie zwiększał się odsetek młodzieży oceniającej swoją masę ciała jako nadmierną (ryc. 2), w grupie 15-latków nastąpiło nieznaczne zmniejszenie częstości takich ocen;
- wzrost odsetka 11- i 13-latków uważających, że są za grubi dotyczył zarówno dziewcząt, jak i chłopców, i był wyraźniejszy w grupie 11-latków (tab. 4).

3.3. Zgodność samooceny masy ciała z wskaźnikiem BMI

Poza analizą tendencji zmian masy ciała zależnych od płci i wieku młodzieży oraz roku badania, postanowiono również sprawdzić zgodność obiektywnej i subiektywnej oceny masy ciała. Wyniki tych analiz zaprezentowano w tab. 26 i na ryc. 13.

W 2010 r.:

- ponad 80% chłopców bez nadmiaru masy ciała i ponad 70% chłopców z nadwagą i otyłością oceniało swoją masę ciała zgodnie z obiektywnymi kryteriami;
- zdecydowana większość dziewcząt z nadmiarem masy ciała (88%) uważała, że jest zbyt gruba, ale również ponad 40% dziewcząt bez nadmiaru masy ciała twierdziło, że są za grube;
- zgodność obiektywnej i subiektywnej oceny masy ciała mierzona współczynnikiem Kappa była znacznie większa u chłopców niż u dziewcząt.

W latach 2002–2010:

- zwiększyła się zgodność między obiektywną i subiektywną oceną masy ciała młodzieży;
- zwiększyły się odsetki młodzieży z nadmiarem masy ciała (zarówno dziewcząt, jak i chłopców) oceniających swoją masę jako nadmierną;
- wzrost świadomości nadmiaru masy ciała wystąpił we wszystkich grupach wieku, choć trend ten w grupie 11- i 13-latków utrzymywał się od 2002 r., a w grupie 15-latków dopiero od 2006 r.

Podsumowanie

W ocenie masy ciała młodzieży, w badaniach HBSC wykorzystano dwa wskaźniki:

1. Wskaźnik obiektywny – BMI, odzwierciedlający względną masę ciała w stosunku do wysokości ciała, wraz z wskaźnikami referencyjnymi („normami”) IOTF, wyznaczającymi wartości graniczne nadwagi i otyłości odpowiednie dla płci i wieku.
2. Wskaźnik subiektywny – samoocenę masy ciała (jestem za gruby, za szczupły lub w sam raz).

Dodatkowo, w analizach prowadzonych na potrzeby tego raportu, zastosowano wskaźnik statystyczny – zgodności obiektywnej i subiektywnej oceny masy ciała Kappa Cohena.

Wyniki badań HBSC wskazują, że:

- Odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała (nadwagą i otyłością) w Polsce jest duży:
 - niemal co czwarty 11-latek, co piąty 13-latek i co siódmy 15-latek ma nadmiar masy ciała. Oznacza to, że Polska należy obecnie do krajów o największym w Europie rozpowszechnieniu nadwagi i otyłości wśród młodzieży w okresie wczesnej adolescencji;
 - mniej niż połowa młodzieży ocenia swoją masę ciała jako prawidłową, co 2–3 nastolatki uważa, że jest za gruby, a co czwarty, że za szczupły.
 - świadomość nadmiernej masy ciała ma 70% chłopców i prawie 90% dziewcząt z nadwagą i otyłością, lecz jednocześnie niemal co druga dziewczyna bez nadmiaru masy ciała, uważa, że jest za gruba. Jest to grupa wymagająca szczególnej uwagi za względu na zagrożenie nieuzasadnionym odchudzaniem się i zaburzeniami odżywiania.
- W latach 2002–2010:
 - systematycznie zwiększał się odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała, a dynamika tego wzrostu była największa u 11-latków. Wskazuje to na potrzebę szybkiego podjęcia działań profilaktycznych mających na celu ograniczenie narastającej epidemii otyłości, szczególnie u dzieci dopiero wchodzących w okres adolescencji;
 - wśród 11- i 13-latków systematycznie zwiększał się odsetek młodzieży oceniającej swoją masę ciała jako nadmierną;
 - zwiększyła się zgodność między obiektywną i subiektywną oceną masy ciała młodzieży, szczególnie wśród młodzieży z nadmiarem masy ciała. Oznacza to, że młodzież coraz bardziej obiektywnie ocenia swoją masę ciała, dostrzega nieprawidłowości w rozwoju fizycznym, co zwiększa szansę na skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych.

Tabela 22. Masa ciała młodzieży określona na podstawie wskaźnika BMI według wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
11-12 lat	bez nadmiaru masy ciała	89,9	85,3	78,0
	nadwaga	8,9	12,4	18,6
	otyłość	1,2	2,3	3,4
13-14 lat	bez nadmiaru masy ciała	91,7	88,2	82,4
	nadwaga	7,4	10,2	14,1
	otyłość	1,0	1,6	3,4
15-16 lat	bez nadmiaru masy ciała	93,0	90,4	85,7
	nadwaga	6,0	8,5	11,5
	otyłość	1,0	1,1	2,7

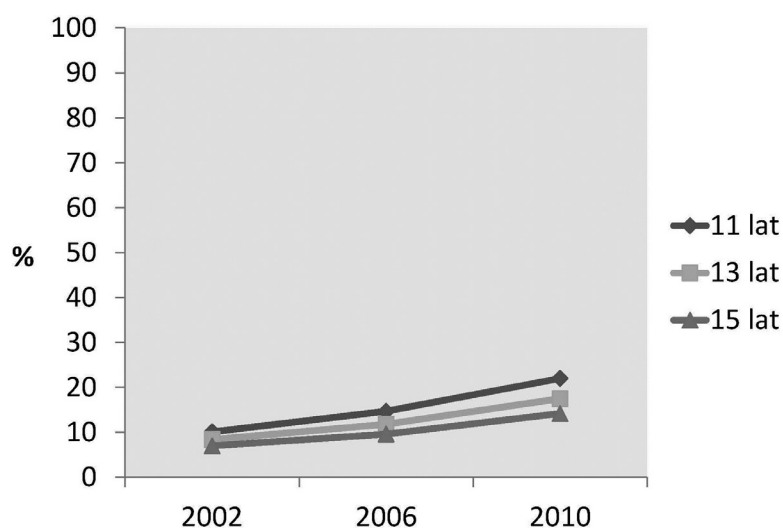
**Ryc. 11. Odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała (nadwagą i otyłością) według wieku**

Tabela 23. Masa ciała młodzieży na podstawie wskaźnika BMI według płci i wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	bez nadmiaru masy ciała	87,0	82,2	74,6
	nadwaga	11,5	14,8	20,6
	otyłość	1,5	3,0	4,8
13–14 lat	bez nadmiaru masy ciała	88,2	84,6	78,7
	nadwaga	10,4	13,1	17,2
	otyłość	1,4	2,3	4,1
15–16 lat	bez nadmiaru masy ciała	91,5	86,8	82,1
	nadwaga	7,7	11,3	14,2
	otyłość	0,8	1,9	3,6
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	bez nadmiaru masy ciała	92,9	88,4	81,5
	nadwaga	6,1	10,1	16,5
	otyłość	1,0	1,6	2,0
13–14 lat	bez nadmiaru masy ciała	95,3	91,6	86,0
	nadwaga	4,1	7,5	11,2
	otyłość	0,5	1,0	2,7
15–16 lat	bez nadmiaru masy ciała	94,4	93,7	89,3
	nadwaga	4,4	6,0	8,9
	otyłość	1,1	0,3	1,8

Tabela 24. Samoocena masy ciała młodzieży według wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
11-12 lat	zdecydowanie za szczupły	5,3	5,4	4,2
	trochę za szczupły	13,2	14,3	10,2
	w sam raz	51,1	46,6	48,0
	trochę za gruby	25,2	26,5	30,9
	zdecydowanie za gruby	5,2	7,1	6,7
13-14 lat	zdecydowanie za szczupły	4,9	6,0	5,1
	trochę za szczupły	15,2	15,0	13,4
	w sam raz	44,4	39,2	40,1
	trochę za gruby	29,7	31,2	34,3
	zdecydowanie za gruby	5,7	8,7	7,1
15-16 lat	zdecydowanie za szczupły	4,7	4,7	5,4
	trochę za szczupły	19,2	21,0	17,8
	w sam raz	37,3	37,2	39,1
	trochę za gruby	32,4	31,4	32,0
	zdecydowanie za gruby	6,4	5,7	5,8

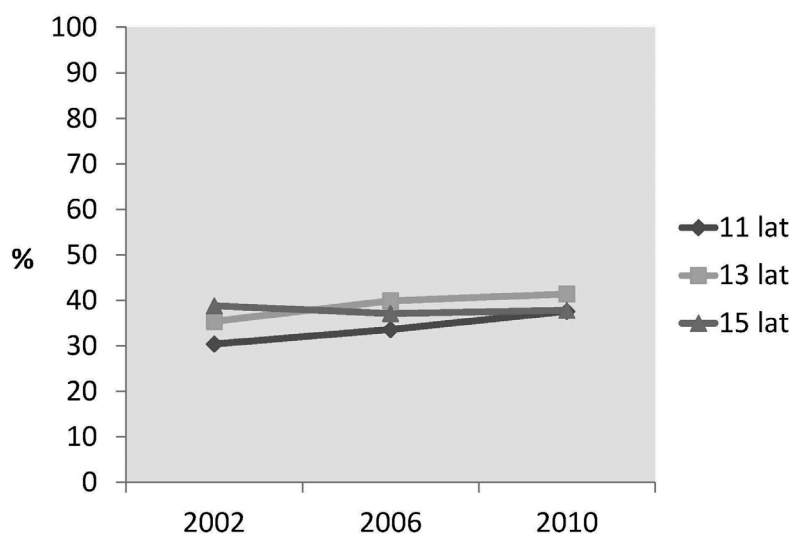
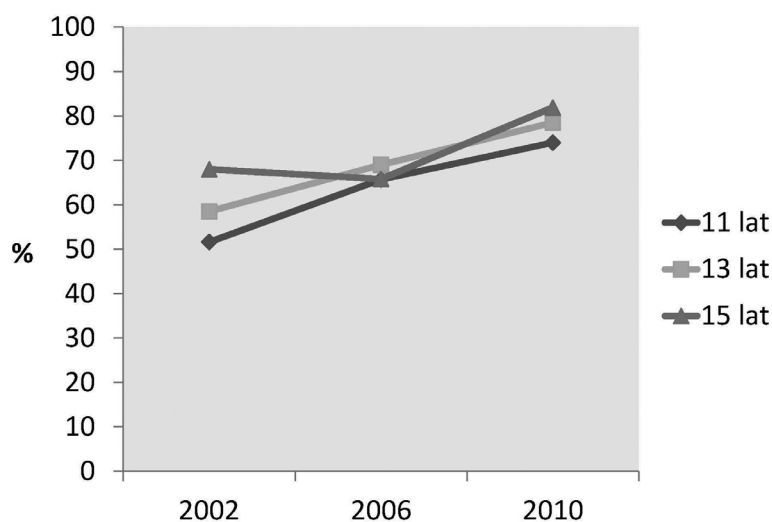
**Ryc. 12. Odsetek młodzieży oceniającej swoją masę ciała jako zbyt dużą według wieku**

Tabela 25. Samoocena masy ciała młodzieży według wieku i płci (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	zdecydowanie za szczupły	5,3	6,4	3,7
	trochę za szczupły	14,8	14,1	10,0
	w sam raz	52,9	52,4	53,3
	trochę za gruby	22,2	21,7	28,4
	zdecydowanie za gruby	4,7	5,5	4,6
13–14 lat	zdecydowanie za szczupły	5,4	7,3	5,1
	trochę za szczupły	18,9	19,8	17,0
	w sam raz	52,1	46,0	47,5
	trochę za gruby	19,9	22,7	26,3
	zdecydowanie za gruby	3,8	4,3	4,2
15–16 lat	zdecydowanie za szczupły	7,0	7,6	7,6
	trochę za szczupły	28,0	29,2	24,7
	w sam raz	45,5	44,0	43,9
	trochę za gruby	17,5	16,5	20,2
	zdecydowanie za gruby	2,0	2,7	3,7
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	zdecydowanie za szczupła	5,2	4,6	4,8
	trochę za szczupła	11,5	14,6	10,4
	w sam raz	49,3	41,1	42,6
	trochę za gruba	28,3	31,1	33,4
	zdecydowanie za gruba	5,7	8,6	8,7
13–14 lat	zdecydowanie za szczupła	4,5	4,7	5,1
	trochę za szczupła	11,3	10,5	10,0
	w sam raz	36,4	32,8	33,2
	trochę za gruba	40,1	39,2	41,9
	zdecydowanie za gruba	7,7	12,8	9,9
15–16 lat	zdecydowanie za szczupła	2,6	2,0	3,3
	trochę za szczupła	11,0	13,4	11,2
	w sam raz	29,7	31,0	34,5
	trochę za gruba	46,1	45,1	43,3
	zdecydowanie za gruba	10,5	8,5	7,7

Tabela 26. Zgodność samooceny masy ciała z rzeczywistą masą ciała młodzieży określonej na podstawie wskaźnika BMI) według płci (% badanych i współczynnik Kappa Cohena)

BMI	samoocena masy ciała	2002	2006	2010
CHŁOPCY				
Bez nadmiaru masy ciała	za szczupły lub w sam raz	82,1	84,1	82,8
	za gruby	17,9	15,9	17,2
Nadmiar masy ciała	za szczupły lub w sam raz	51,7	39,7	29,2
	za gruby	48,3	60,3	70,8
Kappa		0,269	0,393	0,478
DZIEWCZĘTA				
Bez nadmiaru masy ciała	za szczupła lub w sam raz	56,3	54,2	58,3
	za gruba	43,7	45,8	41,7
Nadmiar masy ciała	za szczupła lub w sam raz	35,2	23,9	12,1
	za gruba	64,8	76,1	87,9
Kappa		0,100	0,122	0,231



Ryc. 13. Odsetek młodzieży szkolnej z nadmiarem masy ciała oceniającej swoją masę ciała jako zbyt dużą według wieku



4. Odchudzanie się

Barbara Woynarowska, Jakub Gajewski

Okres dojrzewania płciowego, trwający ok. 3–5 lat, przypadający na czas nauki w ostatnich klasach szkoły podstawowej i w gimnazjum, charakteryzuje się dynamicznymi zmianami w rozmiarach, budowie i proporcjach ciała. Towarzyszą im inne zmiany w wyglądzie młodych ludzi (np. trądzik, zmiany naczynioruchowe skóry) oraz labilność emocjonalna, z przewagą emocji negatywnych.

Intensywne zmiany towarzyszące przechodzeniu od dzieciństwa do dorosłości są dla nastolatków zupełnie nowym doświadczeniem i przeżyciem, czasem także źródłem niepokoju, nawet gdy byli do nich wcześniej przygotowani. Zmiany te mają wpływ na tworzenie się obrazu własnej osoby i tożsamości. Obraz własnego ciała jest psychologiczną konstrukcją i częścią poczucia własnej wartości³⁴.

Dorastająca młodzież, szczególnie dziewczęta, przywiązują dużą wagę do własnego wyglądu. Wyniki badań HBSC wskazują, że w Polsce, wśród 15-latków tylko 22% chłopców i 14% dziewcząt uważało, że wyglądają bardzo dobrze, a odpowiednio 5% i 10% podało, że nie wyglądają dobrze lub wyglądają źle. Niezadowolenie nastolatków z własnego wyglądu nasila się z wiekiem³⁵. Podobne wyniki dotyczą dorastającej młodzieży w innych krajach³⁶.

³⁴ Nemeth A.: *Body image*, [w:] C. Currie et al: *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey*, WHO Regional Office for Europe, Copengagen 2012, s. 93–96.

³⁵ Mazur J., Małkowska-Szkutnik A.: *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

³⁶ Nemeth A. op. cit.

Szczególny problem i powód do niezadowolenia dla młodych ludzi stanowi ich masa ciała. U dziewcząt, w końcowej fazie dojrzewania płciowego (po szczycie skoku pokwitaniowego), zwiększają się przyrosty tkanki tłuszczowej. Odpowiednia ilość tej tkanki jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju układu rozrodczego. Chłopcy wyraźnie szczupleją (sylwetka „wyrostka”). Niepokoi to nastolatki, gdyż jak wykazano we wcześniejszym rozdziale (s. XX) odsetek uważających, że są za grubi (trochę lub zdecydowanie) były znacznie większe (u 11-latków 37,6%; 13-latków 41,4%; 15-latków 37,8%) niż odsetki osób z nadwagą i otyłością określoną za pomocą BMI (odpowiednio: 22,0%; 17,5%; 14,2%). Wykazano, że niezadowolenie z masy ciała u dziewcząt zwiększa ryzyko palenia tytoniu i wczesnej inicjacji seksualnej³⁷.

Na kształtowanie się u dojrzewającej młodzieży obrazu własnego ciała, w tym także na postrzeganie i ocenę masy ciała wpływa wiele czynników. We współczesnym świecie szczególny wpływ mają:

- „Ideal” ciała (sylwetki, urody) kobiety i mężczyzny, lansowany od wielu lat w krajach rozwiniętych, przez środki masowego przekazu³⁸. Dla kobiety jest to sylwetka szczupła i symbolizują ją wychudzone „top” modelki, dla mężczyzny „ideałem” jest silne, umięśnione ciało. Oba te wzorce odbiegają od tego, jak wygląda „przeciętny” dojrzewający nastolatek.
- Epidemia otyłości, która rozpoczęła się w krajach rozwiniętych w końcu XX wieku, nasila się w XXI wieku i dotyczy dzieci oraz ludzi dorosłych. Informacje na ten temat są powszechne w środkach masowego przekazu. Proponuje się różnorodne diety i preparaty wspomagające odchudzanie się. Odchudza się wiele osób w najbliższym otoczeniu

³⁷ Kaufman A.R., Augustson E.M.: *Predictors of regular cigarette smoking among adolescents females: does body image matter*, *Nicotine & Tobacco Research* 2008; 10(8): 1301–1309; Kvaem I.L. et al: *Body evaluation and coital onset: a population-based longitudinal study*, *Body Image* 2011; 8(2): 110–118.

³⁸ Melosik Z. (red.): *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Wydawnictwo EDYTOR, Toruń-Poznań 1999.

młodych ludzi. W szkołach realizowanych jest wiele programów edukacyjnych ukierunkowanych na zapobieganie nadwadze i otyłości³⁹.

Odchudzanie się jest formą zachowania zdrowotnego. W opracowaniu niniejszym omówiono go nie w części pierwszej dotyczącej zachowań zdrowotnych. Uznano bowiem, że łatwiej będzie analizować te dane w powiązaniu z danymi o występowaniu nadwagi i otyłości, które omówiono w poprzednim rozdziale. Podejmowanie przez młodzież działań dla zmniejszenia masy ciała może być:

- **Pożądane** (zachowanie prozdrowotne) jeśli dotyczy osób z nadmiarem masy ciała. Ważne jest jednak, aby zastosować odpowiednie, naukowo sprawdzone metody odchudzania się. Praktyka wskazuje, że młode dziewczęta często stosują diety eliminacyjne (ubogie w produkty niezbędne dla prawidłowego rozwoju i zdrowia), opuszczają niektóre posiłki, najczęściej śniadania, co jak wykazały wyniki wielu badań zwiększa ryzyko nadwagi;
- **Niepożądane** (zachowanie ryzykowne dla zdrowia) jeżeli odchudzanie jest nieuzasadnione tzn., gdy podejmuje go młodzież bez nadmiaru masy ciała. Wpływa to niekorzystnie na rozwój, może być przyczyną niedokrwistości i innych niedoborów pokarmowych, a w niektórych przypadkach, zwłaszcza u dziewcząt, może prowadzić do zaburzeń miesiączkowania i zaburzeń psychicznych – jadłowstrętu psychicznego (*anorexia nervosa*) lub bulimii (*bulimia nervosa*). Wyniki wcześniejszych badań wykazały, że grupą szczególnie zagrożoną skutkami nieuzasadnionego odchudzania są dziewczęta 15-letnie, zaawansowane w dojrzewaniu płciowym, zamieszkujące w miastach i pochodzące z zamożnych rodzin⁴⁰.

³⁹ Na przykład programy edukacyjne: „Trzymaj formę” (www.trzymajforme.pl), „Ruch i zdrowe żywienie w szkole” (www.ore.edu.pl).

⁴⁰ Kołło H., Woynarowska B.: *Nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt w okresie dojrzewania a sytuacja ekonomiczno-społeczna ich rodzin*, *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2004; 8(3, cz. 1): 611–622.

Wskaźnik odchudzania się w badaniach HBSC

Pytanie o odchudzanie się po raz pierwszy umieszczono w kwestionariuszu HBSC w 1994 r. Miało ono tylko 3 kategorie odpowiedzi, dlatego do analizy w niniejszej pracy wzięto pod uwagę dane z trzech ostatnich serii badań, w których kafeterię rozszerzono do 4 odpowiedzi. Młodzież pytano: „Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego żeby schudnąć”? Kategorie odpowiedzi: *nie, bo ważę tyle ile trzeba; nie, ale powinienem trochę schudnąć; nie, bo powinienem przytyć; tak.*

Analizowano częstość odchudzania się w trzech grupach młodzieży:

1. W całej badanej grupie młodzieży.
2. W grupie młodzieży bez nadmiaru masy ciała.
3. W grupie młodzieży z nadmiarem masy ciała (z nadwagą i otyłością łącznie).

Nadmiar masy ciała określono na podstawie wartości wskaźnika BMI. Zasady wyliczania i interpretacji tego wskaźnika omówiono w poprzednim rozdziale (s. XX). W analizie wyników wzięto pod uwagę młodzież, która **odchudzała się** (wybrała kategorię odpowiedzi: *tak*) oraz która uważała, że **powinna schudnąć** (wybrała kategorię odpowiedzi: *nie, ale powinienem trochę schudnąć*),

4.1. Częstość odchudzania się w całej grupie młodzieży

Dane dotyczące częstości odchudzania się w całej grupie badanej młodzieży (bez uwzględnienia wskaźnika BMI) podano w tabeli 27 i 28 oraz na ryc. 13.

W 2010 r.:

- **odchudzało się** ok. 17% ogółu badanej młodzieży; różnice między grupami wieku były nieduże, największy odsetek odchudzających się był u 11-latków;
- odsetek odchudzających się chłopców i dziewcząt u 11-latków był podobny (z niewielką przewagą chłopców); w obu starszych grupach

wieku częściej odchudzały się dziewczęta niż chłopcy (u 15-latków 2-krotnie częściej);

- uważało, że **powinno trochę schudnąć** 20–25% nastolatków; częściej uważały tak dziewczęta, szczególnie w dwóch najstarszych grupach wieku i różnice zależne od płci pogłębiały się z wiekiem; wśród 15-latków potrzebę schudnięcia wyraziło 13,8% chłopców i 32,6% dziewcząt.

W latach 2002–2010:

- zwiększył się odsetek **odchudzających się** we wszystkich grupach wieku, w tym w największym stopniu u 11-latków (z 11,9% w 2002 r. do 18,2% w 2010 r.);
- zwiększenie się odsetka odchudzających się dotyczyło wszystkich grup chłopców (było największe u 11-latków) oraz dziewcząt 11-letnich; u dziewcząt 13- i 15-letnich odsetek ten systematycznie zmniejszał się;
- zaznaczyła się tendencja do zwiększania się odsetka młodzieży mającej potrzebę **schudnięcia**; dotyczyło to dwóch młodszych grup chłopców i starszych dziewcząt.

4.2. Częstość odchudzania się w grupie młodzieży bez nadmiaru masy ciała

W tabeli 29 i 30 oraz na ryc. 14 przedstawiono dane o odchudzaniu się młodzieży bez nadmiaru masy ciała. W grupie tej znalazły się także nastolatki z niedoborem masy ciała (ok. 8% ogółu badanych – patrz s. XX). Odchudzanie się w tej grupie młodzieży jest **nieuzasadnione** i należy traktować je jako **zachowanie ryzykowne**.

W 2010 r., w tej grupie młodzieży:

- **odchudzał się** więcej niż co dziesiąty nastolatek; odsetek młodzieży podejmującej takie działania zwiększał się stopniowo z wiekiem (od 10,4% u 11-latków do 13,3% u 15-latków);

- we wszystkich grupach wieku odsetek odchudzających się dziewcząt był większy niż u chłopców; różnice zależne od płci zwiększały się z wiekiem (u 13-latków odchudzało się 2-krotnie, u 15-latków prawie 4-krotnie więcej dziewcząt);
- uważało, **powinni trochę schudnąć** ok. 15% 11-latków i ok. 20% 13- i 15-latków; potrzebę taką miało znacznie więcej dziewcząt odsetek ten zwiększał się z wiekiem (od 18,4% u 11-latek do 30,6% u 15-latek); u chłopców odnotowano tendencję odwrotną (11,2% u 11- i 13-latków do 6,7% u 15-latków).

W latach 2002–2010:

- zwiększył się odsetek **odchudzających się** 11-latków, a równocześnie zmniejszył się ten odsetek w obu starszych grupach wieku;
- niewielki wzrost częstości odchudzania dotyczył chłopców 11- i 13-letnich; u dziewcząt 13- i 15-letnich była tendencja odwrotna – zmniejszenie się częstości odchudzania, w latach 2006–2010;
- odsetki młodzieży uważającej, że **powinni schudnąć** utrzymywały się na podobnym poziomie.

4.3. Częstość odchudzania się w grupie młodzieży z nadmiarem masy ciała

Dane dotyczące odchudzania się młodzieży z nadwagą i otyłością przedstawiono w tabeli 32 i 33 oraz na ryc. 15. Jest to grupa młodzieży, u której odchudzanie jest uzasadnione nadmiarem masy ciała.

W 2010 r.: wśród nastolatków z nadwagą i otyłością:

- **odchudzało się:** 46,8% 11-latków; 32,9% 13-latków; 38,6 15-latków;
- we wszystkich grupach wieku odsetek odchudzających się dziewcząt był większy niż chłopców; różnice były największe u 15-latków (50% vs 31,6%);
- duży odsetek młodzieży – 35% najmłodszej i ponad 45% z dwóch grup starszych podało, że **powinni trochę schudnąć**; we wszystkich

grupach wieku częściej uważały tak dziewczęta niż chłopcy, największe różnice były u 13-latków (53,6% vs 42,4%).

W latach 2002–2010:

- we wszystkich grupach wieku częstość **odchudzania** się systematycznie się zwiększała; dynamika tego wzrostu była największa w latach 2006–2010, szczególnie zaznaczona u grupie 11- i 15-latków;
- wzrost odsetka odchudzających się dotyczył obu płci, ale był szczególnie duży u 11-latków: w 2010 r., w porównaniu do 2002 r., odsetek ten zwiększył się w tej grupie wieku o 19,3% u chłopców i o 28,1% u dziewcząt;
- we wszystkich grupach wieku zwiększał się odsetek uważających, że **powinni trochę schudnąć**, dotyczyło to obu płci i wszystkich grup wieku, poza 15-latkami (jak wspomniano wyżej cechował je największy wzrost odsetka odchudzających się).

Podsumowanie

W całej badanej grupie młodzieży oraz w grupach: bez nadmiaru masy ciała i z nadwagą i otyłością (wydzielonych na podstawie wartości wskaźnika BMI) analizowano zmiany:

- częstości odchudzania się (*stosowania diety lub robienia czegoś innego dla schudnięcia*),
- częstości przekonania młodzieży nie odchudzającej się, że *powinna trochę schudnąć* (można przypuszczać, że w przyszłości część z niej podejmie odchudzanie się).

Wyniki analizy wykazały, że

- Odchudzanie się jest częstym zachowaniem wśród młodzieży w okresie dojrzewania płciowego. W 2010 r. odchudzało się:
 - w całej badanej grupie ok. 17% nastolatków,
 - w grupie bez nadmiaru masy ciała (odchudzanie nieuzasadnione ponad 10% młodzieży,

- w grupie z nadwagą i otyłością (odchudzanie uzasadnione), w zależności od wieku od 33% do 47% młodzieży.
- Duża część nastolatków nie odchudzających się uważała, że powinni trochę schudnąć. Odpowiedzi takiej udzieliło 35%–50% młodzieży z nadwagą i otyłością, ale także 15%–25% osób bez nadmiaru masy ciała.
- Dziewczeta częściej niż chłopcy odchudzały się, a jeśli tego nie robiły częściej też uważały, że powinny trochę schudnąć. Różnice zależne od płci zwiększały się z wiekiem.
- W latach 2002–2010 zaistniały następujące zmiany:
 - w grupie z nadwagą i otyłością, u obu płci i we wszystkich grupach wieku, zwiększyły się odsetki odchudzających się; dynamika tego wzrostu była większa w latach 2006–2010. Może być to reakcja na nasilenie w ostatnich latach działań w zakresie profilaktyki otyłości, podejmowanych także w szkołach;
 - w grupie bez nadmiaru masy ciała częstość odchudzania się oraz przekonanie o potrzebie odchudzania się utrzymywały się na tym samym poziomie.

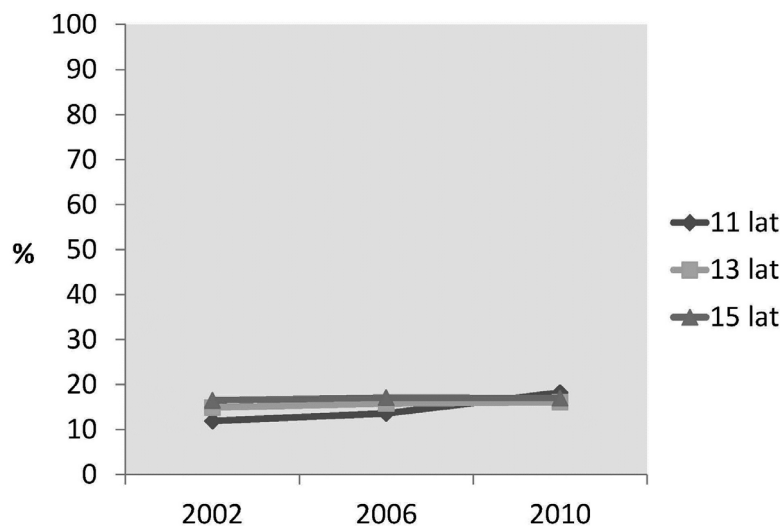
Wyniki te wskazują, że młodzieży w okresie dojrzewania płciowego niezbędne jest:

- Przekazywanie wiedzy o zmianach masy ciała w okresie dojrzewania płciowego oraz skutkach nieuzasadnionego odchudzania się. Dotyczy to nastolatków przed lub na początku okresu pokwitania (większy jest w tym okresie odsetek, zwłaszcza chłopców 11-letnich z nadmiarem masy ciała i odchudzających się) oraz dziewcząt w końcowej fazie dojrzewania płciowego (we wszystkich trzech analizowanych grupach najczęściej odchudzały się 15-latki).
- Kształtowanie umiejętności kontrolowania masy ciała (tzn. ważenia się, wyliczania wskaźnika BMI, interpretacji jego wyników) oraz właściwej, krytycznej interpretacji informacji przekazywanych przez mass media.

- Udzielanie profesjonalnej pomocy młodzieży, która podjęła decyzję o odchudzaniu się, aby uniknąć negatywnych skutków nieprawidłowych diet i metod podejmowanych w celu schudnięcia.

Tabela 27. Częstość odchudzania się młodzieży w całej badanej grupie według wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
11-12 lat	nie, bo ważą tyle, ile trzeba	59,4	54,0	49,8
	nie, ale powinni trochę schudnąć	18,0	19,7	20,3
	nie, bo powinni przytyć	10,8	12,8	11,7
	tak	11,9	13,6	18,2
13-14 lat	nie, bo ważą tyle, ile trzeba	51,5	45,8	44,8
	nie, ale powinni trochę schudnąć	21,8	23,8	25,0
	nie, bo powinni przytyć	11,8	14,6	14,1
	tak	14,9	15,8	16,1
15-16 lat	nie, bo ważą tyle, ile trzeba	45,6	42,7	41,6
	nie, ale powinni trochę schudnąć	22,8	22,3	23,4
	nie, bo powinni przytyć	15,2	17,9	18,0
	tak	16,5	17,1	17,0



Ryc. 14. Odsetek młodzieży, która odchudzała się w całej grupie według wieku

Tabela 28. Częstość odchudzania się młodzieży w całej badanej grupie według płci i wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	62,2	57,4	53,1
	nie, ale powinni trochę schudnąć	15,5	17,3	17,8
	nie, bo powinni przytyć	10,8	13,6	10,3
	tak	11,5	11,7	18,7
13–14 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	62,9	55,8	54,1
	nie, ale powinni trochę schudnąć	15,0	17,5	17,9
	nie, bo powinni przytyć	13,7	17,5	15,7
	tak	8,3	9,1	12,4
15–16 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	58,9	54,9	49,9
	nie, ale powinni trochę schudnąć	14,1	13,5	13,8
	nie, bo powinni przytyć	20,4	25,0	25,7
	tak	6,7	6,6	10,7
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	56,4	50,7	46,4
	nie, ale powinny trochę schudnąć	20,5	22,0	22,8
	nie, bo powinny przytyć	10,9	12,0	13,0
	tak	12,2	15,3	17,8
13–14 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	39,6	36,5	35,9
	nie, ale powinny trochę schudnąć	28,8	29,6	31,9
	nie, bo powinny przytyć	9,8	11,8	12,6
	tak	21,7	22,1	19,6
15–16 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	33,3	31,6	33,6
	nie, ale powinny trochę schudnąć	30,8	30,4	32,6
	nie, bo powinny przytyć	10,3	11,4	10,7
	tak	25,5	26,6	23,1

Tabela 29. Częstość odchudzania się młodzieży bez nadmiaru masy ciała według wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
11-12 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	63,4	59,9	59,4
	nie, ale powinni trochę schudnąć	15,4	15,4	14,9
	nie, bo powinni przytyć	12,1	14,8	15,3
	tak	9,1	9,9	10,4
13-14 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	54,5	49,8	50,8
	nie, ale powinni trochę schudnąć	19,1	20,4	20,4
	nie, bo powinni przytyć	13,0	16,3	16,9
	tak	13,4	13,5	11,8
15-16 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	47,9	45,4	46,0
	nie, ale powinni trochę schudnąć	20,4	19,6	19,3
	nie, bo powinni przytyć	16,3	19,4	21,4
	tak	15,3	15,6	13,3

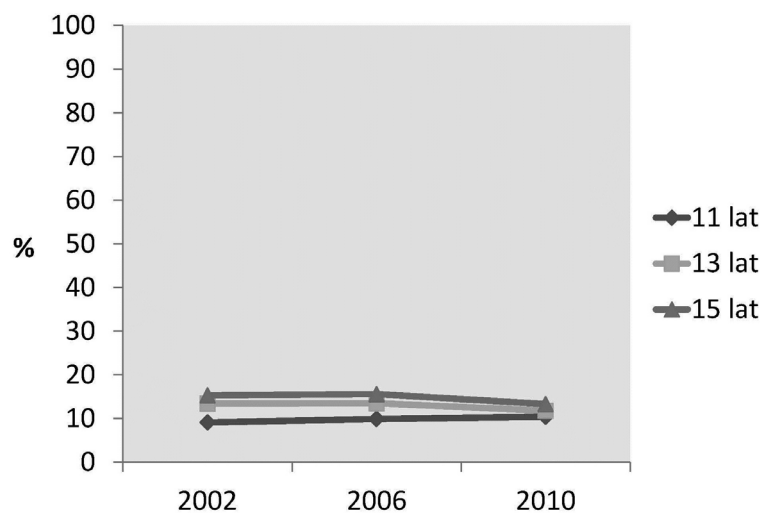
**Ryc. 15. Odsetek młodzieży bez nadmiaru masy ciała, która odchudzała się według wieku**

Tabela 30. Częstość odchudzania się młodzieży bez nadmiaru masy ciała według płci i wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	nie, bo ważą tyle, ile trzeba	67,7	65,8	65,0
	nie, ale powinni trochę schudnąć	12,3	11,0	11,2
	nie, bo powinni przytyć	12,4	16,2	13,8
	tak	7,6	6,9	9,9
13–14 lat	nie, bo ważą tyle, ile trzeba	67,2	61,5	62,3
	nie, ale powinni trochę schudnąć	11,2	12,2	11,2
	nie, bo powinni przytyć	15,7	20,2	19,3
	tak	5,9	6,0	7,2
15–16 lat	nie, bo ważą tyle, ile trzeba	61,5	59,0	55,7
	nie, ale powinni trochę schudnąć	11,0	8,4	6,7
	nie, bo powinni przytyć	22,1	28,0	31,6
	tak	5,4	4,6	5,9
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	nie, bo ważą tyle, ile trzeba	59,1	54,7	54,1
	nie, ale powinny trochę schudnąć	18,4	19,4	18,4
	nie, bo powinny przytyć	11,8	13,5	16,6
	tak	10,6	12,5	10,9
13–14 lat	nie, bo ważą tyle, ile trzeba	42,2	39,6	40,7
	nie, ale powinny trochę schudnąć	26,7	27,5	28,6
	nie, bo powinny przytyć	10,3	12,9	14,9
	tak	20,8	20,0	15,9
15–16 lat	nie, bo ważą tyle, ile trzeba	35,7	33,9	37,4
	nie, ale powinny trochę schudnąć	28,9	29,1	30,6
	nie, bo powinny przytyć	11,2	12,2	12,2
	tak	24,2	24,8	19,9

Tabela 31. Częstość odchudzania się młodzieży z nadwagą i otyłością według wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
11-12 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	41,9	27,7	17,2
	nie, ale powinni trochę schudnąć	29,2	38,6	35,0
	nie, bo powinni przytyć	5,2	3,9	1,0
	tak	23,8	29,8	46,8
13-14 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	32,6	21,1	17,7
	nie, ale powinni trochę schudnąć	38,9	44,9	46,9
	nie, bo powinni przytyć	4,5	3,5	2,5
	tak	24,0	30,4	32,9
15-16 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	25,7	23,3	15,8
	nie, ale powinni trochę schudnąć	42,8	42,2	45,1
	nie, bo powinni przytyć	5,0	6,5	0,5
	tak	26,6	28,0	38,6

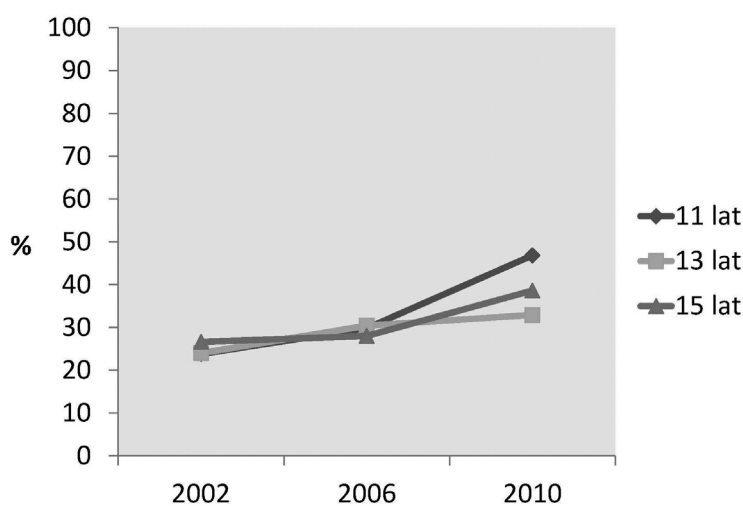
**Rycina 16. Odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością, która odchudzała się według wieku**

Tabela 32. Częstość odchudzania się młodzieży z nadwagą i otyłością według płci i wieku (% badanych)

		2002	2006	2010
CHŁOPCY				
11–12 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	41,4	26,3	21,2
	nie, ale powinni trochę schudnąć	27,7	40,6	31,5
	nie, bo powinni przytyć	4,5	3,8	1,6
	tak	26,4	29,4	45,7
13–14 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	41,8	28,5	24,2
	nie, ale powinni trochę schudnąć	34,1	43,1	42,4
	nie, bo powinni przytyć	3,8	4,4	3,0
	tak	20,3	24,1	30,3
15–16 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	39,2	33,1	23,3
	nie, ale powinni trochę schudnąć	37,5	40,7	44,4
	nie, bo powinni przytyć	7,5	8,7	0,8
	tak	15,8	17,4	31,6
DZIEWCZĘTA				
11–12 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	42,5	29,6	11,5
	nie, ale powinny trochę schudnąć	31,1	36,0	40,0
	nie, bo powinny przytyć	6,0	4,0	0,0
	tak	20,4	30,4	48,5
13–14 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	17,0	10,0	8,0
	nie, ale powinny trochę schudnąć	47,2	47,8	53,6
	nie, bo powinny przytyć	5,7	2,2	1,8
	tak	30,2	40,0	36,6
15–16 lat	nie, bo ważą tyle ile trzeba	9,8	6,8	3,7
	nie, ale powinny trochę schudnąć	49,0	44,7	46,3
	nie, bo powinny przytyć	2,0	2,9	0,0
	tak	39,2	45,6	50,0

5. Urazy wymagające pomocy medycznej

Marta Malinowska-Cieślik

Uraz to fizyczna szkoda, która powstaje, gdy organizm ludzki jest nagle lub ostro narażony na poziom energii przekraczający granicę jego fizjologicznej tolerancji lub jest wynikiem braku jednego z podstawowych czynników życiowych, np. tlenu lub ciepła (utonięcia, uduszenia, zamrożnięcia). Energia ta może być mechaniczna, termiczna, elektryczna, chemiczna, radiacyjna. Czas pomiędzy ekspozycją na tę energię, a wystąpieniem urazu jest krótki.

Urazy zwykle dzieli się na: **niezamierzone** (np. wypadki drogowe, utonięcia, upadki, oparzenia i przypadkowe zatrucia) i **zamierzone** (zalicza się do nich przemoc, w tym samobójstwa i samouszkodzenia)⁴¹. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 urazy są klasyfikowane według:

- **skutków**: „Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych” (kody: S00-T98);
- **przyczyn**: „Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu” (kody: V01-Y84); zalicza się do nich: wypadek komunikacyjny, utonięcie, upadek, oparzenie, uduszenie, zadławienie oraz zatrucie.

Urazy dzieci i młodzieży w wieku szkolnym są **poważnym problemem zdrowia publicznego** w Europie i w Polsce. Są one dominującą przyczyną zgonów oraz niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat. Liczba zgonów dzieci z powodu przyczyn zewnętrznych przewyższa liczbę zgonów z powodu wszystkich pozostałych przyczyn. Szacuje się,

⁴¹ Baker S.Pet al.: *The injury fact book*, 2nd ed, Lexington Book, . Lexington, MA 1992.

że zgony z powodu urazów stanowią około 36% wszystkich zgonów wśród dzieci do 14 lat; w wieku 15–19 lat udział tych zgonów wzrasta 2-krotnie.

Zgony dzieci i młodzieży z powodu urazów stanowią jedynie wierzchołek tzw. „góry lodowej urazów”. Szacuje się, że na każdy zgon z powodu urazu przypada 30 hospitalizacji (urazy stanowią w Polsce trzecią przyczynę hospitalizacji dzieci) i aż 300–400 urazów leczonych ambulatoryjnie i na oddziałach ratunkowych. Urazy często wiążą się z kosztownym leczeniem i rehabilitacją, długo lub krótkotrwałym ograniczeniem w codziennym funkcjonowaniu (w tym społecznym), zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi poszkodowanych w wyniku wypadków dzieci i ich rodzin. Powoduje to istotne obniżenie jakości ich życia oraz stanowi duże obciążenie społeczne i ekonomiczne dla społeczeństwa. Na przykład w wybranych krajach europejskich oszacowano, że rocznie urazy spowodowane wypadkami drogowymi wśród młodzieży kosztują 2% produktu krajowego brutto (PKB) tych krajów.

Zbieranie danych o urazach jest trudne. Z perspektywy zdrowia publicznego i dla potrzeb nadzoru i prewencji potrzebne są informacje na temat czynników przed, w trakcie i po zdarzeniu wypadkowym charakteryzujące osobę poszkodowaną, jej zachowanie, energię i obiekt, który spowodował uraz oraz szeroko rozumiane środowisko fizyczne i społeczno-ekonomiczne, w tym jakość systemu ratownictwa, leczenia i rehabilitacji⁴².

Wskaźniki urazów w badaniach HBSC

Badania HBSC są jedynym w Polsce badaniem, w którym od 1994 r. zbiera się dane dotyczące urazów wymagających pomocy lekarza lub pielęgniarki u młodzieży w okresie adolescencji. Wyniki tych badań pozwalają na śledzenie trendów w występowaniu takich urazów wśród nastolatków.

⁴² Haddon W.: *Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy*, Public Health Reports, 1980; 95: 411–421.

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

W niniejszym opracowaniu wykorzystano tylko odpowiedzi na jedno pytanie dotyczące **częstości doznawania urazów w ostatnich 12 miesiącach**. Powtarzało się ono w niezmienionej formie we wszystkich seriach badań: *Ile razy w ostatnich 12 miesiącach doznałeś urazu, z powodu którego musiałeś być leczony przez lekarza lub pielęgniarkę?* Kategorie odpowiedzi: *nie doznałem urazu w ostatnich 12 miesiącach; 1 raz; 2 razy; 3 razy; 4 razy lub więcej*. W analizie uwzględniono urazy, których młodzież doznała **co najmniej 1 raz** oraz **urazy powtarzające się** (2 lub więcej) w ostatnich 12 miesiącach

Kwestionariusz HBSC zawierał jeszcze inne obowiązkowe i dodatkowe pytania dotyczące urazów. Wykorzystanie ich dla śledzenia trendów nie jest jednak możliwe, ze względu na zmianę kategorii odpowiedzi (np. w pytaniu o miejsce urazu) lub uwzględnianie poszczególnych pytań tylko w niektórych seriach badań. Analiza wyników odpowiedzi na inne pytania była przedmiotem wielu publikacji (patrz Aneks).

Częstość doznawania przez młodzież urazów w ostatnich 12 miesiącach

Wyniki prezentujące zmiany tego wskaźnika przedstawiono w tabeli 33 i 34 oraz na rycinie 16.

W 2010 r.:

- **Urazy, których doznała młodzież co najmniej 1 raz** w ostatnich 12 miesiącach:

- występowały u prawie 1/3 badanej młodzieży (32,8% 11-latków; 32,3% 13-latków i 35,9% 15-latków);
- we wszystkich grupach wieku były duże różnice w występowaniu urazów zależne od płci na niekorzyść chłopców; wśród chłopców urazu co najmniej 1 raz w ostatnich 12 miesiącach doznało 35,1% 11-latków; 39,7% 13-latków oraz 38,4% u 15-latków.
- **Urazy powtarzające się** (2 lub więcej urazów) w ostatnich 12 miesiącach:
 - doznało ich 11,2% ankietowanych 11-latków, 9,8% 13-latków i 12,4% 15-latków;
 - odsetki tych urazów były mniejsze u dziewcząt niż u chłopców;
 - wśród dziewcząt są pewne różnice w występowaniu takich urazów zależne od wieku: 9,6% u 11-latek; 8% u 13-latek i 11,4% u 15-latek; u chłopców występowały one we wszystkich grupach wieku z podobną częstością u ok. 12–13% badanych.

W latach 1994–2010 nastąpiły **niekorzystne zmiany** w zakresie częstości występowania urazów:

- **Urazy doznane co najmniej 1 raz** w ostatnich 12 miesiącach:
 - we wszystkich grupach wieku istniał trend wzrostowy odsetka młodzieży, która doznała w ostatnich 12 miesiącach co najmniej 1 raz urazu; porównując odsetki w 1994 r. i 2010 r. jest to prawie 2-krotny wzrost;
 - dynamika zwiększania się częstości urazów jest wyraźnie większa u 15-latków niż w pozostałych grupach wieku; w tej grupie duży wzrost częstości występowania przynajmniej 1 urazu dotyczył dziewcząt i chłopców;
- **Urazy powtarzające się** (2 lub więcej urazów) w ostatnich 12 miesiącach:
 - odsetek młodzieży, która doznała 2 lub więcej urazów systematycznie zwiększał się we wszystkich grupach wieku. W 2010 r. odsetek ten wzrósł prawie 5-krotnie w porównaniu z 1994 r., najbardziej dynamicznie w grupie 15-latków;

- odsetek tych urazów był większy u chłopców niż u dziewcząt we wszystkich seriach badań, choć różnice między odsetkami zmieniały się w poszczególnych latach;
- największy wzrost częstości urazów odnotowano w grupie 15-latków, w 2010 r. w porównaniu do 1994 r. jest to wzrost 6-krotny u chłopców i 7-krotny u dziewcząt.

Podsumowanie

Wyniki badań HBSC, realizowanych w Polsce co cztery lata w latach 1994–2010, dotyczące częstości występowania urazów, które wymagały pomocy medycznej wskazują, że:

- Urazy są bardzo częstym problemem zdrowotnym wśród młodzieży szkolnej. W 2010 r. pomocy medycznej z powodu urazu wymagali w okresie ostatnich 12 miesięcy:
 - prawie co drugi chłopiec i odsetek ich nieznacznie wzrastał z wiekiem, a co siódmy 15-latek wymagał takiej pomocy przynajmniej 2 razy w roku;
 - prawie co trzecia dziewczynka była leczona z powodu urazu i odsetek ten również zwiększał się z wiekiem, a co dziewiąta 15-latka wymagała takiej pomocy przynajmniej 2 razy w roku.
- W latach 1994–2010:
 - utrzymywała się tendencja wzrostowa występowania urazów we wszystkich grupach wieku. Nie było różnic w dynamice częstości urazów w zależności od płci.
 - w 2006 r. nastąpiło niewielkie zmniejszenie się odsetka młodzieży, która doznała co najmniej 1 urazu, szczególnie w grupie chłopców w wieku 15 lat i dziewcząt w wieku 11 lat. Jednak w 2010 r. odsetek urazów wymagających pomocy medycznej osiągnął najwyższą wartość w porównaniu ze wszystkimi poprzednimi latami we wszystkich grupach wieku u obu płci.

Wskazuje to, że istnieje potrzeba podjęcia pogłębionych badań nad przyczynami urazów, których doznaje duży odsetek młodzieży szkolnej oraz zaplanowania i wdrożenia odpowiednich strategii zredukowania tych czynników ryzyka. Szczególną uwagę należałoby poświęcić młodzieży uczęszczającej do gimnazjum, która doznaje urazów powtarzających się 2 razy lub więcej w okresie roku.

W raportach publikowanych przez Światową Organizację Zdrowia⁴³ oraz przez organizacje eksperckie, np. Europejski Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci (*European Child Safety Alliance-ECSA-Eurosafe*)⁴⁴ na temat prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i młodzieży oprócz strategii ukierunkowanych na wprowadzanie odpowiednich polityk, legislacji chroniących dzieci, wzmacnianie przywództwa, rozwijanie infrastruktury i kadr. Podkreśla się także znaczenie realizowania kampanii społecznych i bezpośredniej edukacji ukierunkowanej na uświadomienie zagrożeń oraz szkolenia w zakresie umiejętności kontrolowania i radzenia sobie z ryzykiem oraz podejmowania zachowań prewencyjnych i umiejętności udzielania pierwszej pomocy przez młodzież szkolną. W Polsce w 2009 r. wprowadzono do nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych przedmiot „edukacja dla bezpieczeństwa”⁴⁵. W raportach wyżej wymienionych organizacji, poza specyficznymi zachowaniami ryzyka związanymi z występowaniem urazów z powodu określonych przyczyn wśród młodzieży szkolnej, zwraca się szczególną uwagę na zażywanie substancji psychoaktywnych, w szczególności picie alkoholu oraz brak umiejętności udzielania pierwszej pomocy, a w tym wykonania resuscytacji.

⁴³ Sethi D., Towner E., Vincenten J., Segui-Gomez M., Racioppi F.: *European Report on Child Injury Prevention*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008.

⁴⁴ MacKay M., Vincenten J.: *Child Safety Report Card 2012: Europe summary for 31 countries*, European Child Safety Alliance, Eurosafe, Birmingham 2012.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23.12.2008 w sprawie podstawy programowej Wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17).

Tabela 33. Częstość urazów wymagających pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach według wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
11-12 lat	nie doznali urazu	83,4	80,5	73,9	75,3	67,2
	1 raz	14,1	15,6	18,6	17,6	21,6
	2 razy	1,8	2,0	4,8	4,2	6,4
	3 razy	0,3	1,3	1,6	1,3	2,5
	4 razy lub więcej	0,4	0,6	1,2	1,6	2,2
13-14 lat	nie doznali urazu	81,2	72,8	71,6	72,8	67,8
	1 raz	17,0	19,8	19,7	18,0	22,5
	2 razy	0,9	5,1	5,7	6,1	6,1
	3 razy	0,5	1,2	1,8	1,6	1,6
	4 razy lub więcej	0,4	1,1	1,2	1,5	2,1
15-16 lat	nie doznali urazu	82,7	74,3	69,4	70,3	64,1
	1 raz	15,3	18,6	20,8	19,2	23,5
	2 razy	0,8	4,5	6,2	6,8	7,1
	3 razy	0,5	1,4	1,8	2,5	3,2
	4 razy lub więcej	0,6	1,2	1,7	1,2	2,1

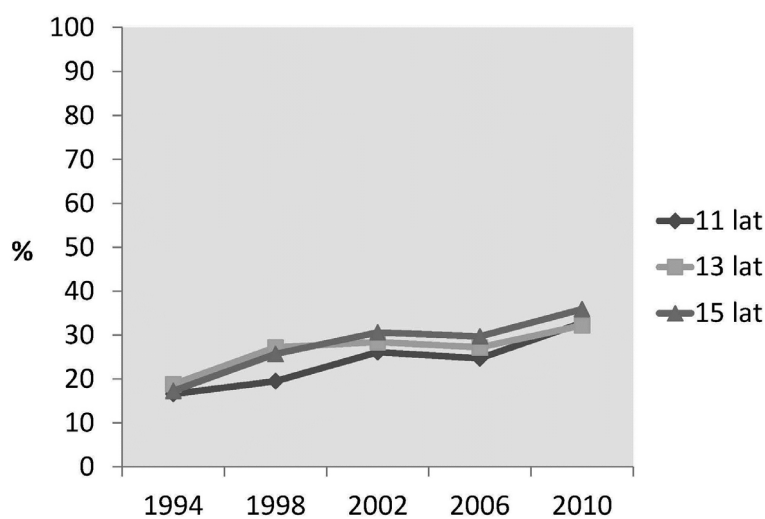
**Ryc. 17. Odsetek młodzieży, która doznała co najmniej 1 raz urazu wymagającego pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach według wieku**

Tabela 34. Częstość urazów wymagających pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach według płci i wieku (% badanych)

		1994	1998	2002	2006	2010
CHŁOPCY						
	nie doznali urazu	79,2	76,3	68,6	66,4	64,9
11–12 lat	1 raz	17,5	17,9	22,8	22,8	22,3
	2 razy	2,1	2,7	5,2	6,5	6,9
	3 razy	0,3	2,1	1,9	1,7	3,4
	4 razy lub więcej	0,8	0,9	1,4	2,5	2,5
	nie doznali urazu	76,3	67,0	66,5	67,3	60,3
13–14 lat	1 raz	21,3	23,5	23,4	21,6	28,1
	2 razy	1,1	6,6	6,7	7,5	6,9
	3 razy	0,8	1,5	2,2	1,8	2,2
	4 razy lub więcej	0,4	1,5	1,2	1,9	2,5
	nie doznali urazu	80,2	70,8	64,5	66,4	61,6
15–16 lat	1 raz	17,6	20,9	23,8	21,8	25,0
	2 razy	1,1	4,9	6,9	7,7	7,5
	3 razy	0,6	1,8	2,2	2,9	3,0
	4 razy lub więcej	0,5	1,6	2,7	1,2	2,8
DZIEWCZĘTA						
	nie doznały urazu	87,2	84,3	79,3	83,7	69,5
11–12 lat	1 raz	10,8	13,4	14,3	12,6	20,9
	2 razy	1,6	1,4	4,3	2,0	6,0
	3 razy	0,4	0,6	1,2	0,9	1,7
	4 razy lub więcej	0,0	0,3	0,9	0,8	1,9
	nie doznały urazu	85,7	78,0	77,0	78,0	74,8
13–14 lat	1 raz	13,1	16,5	15,8	14,6	17,2
	2 razy	0,8	3,9	4,7	4,7	5,3
	3 razy	0,1	0,9	1,4	1,5	0,9
	4 razy lub więcej	0,4	0,7	1,2	1,2	1,8
	nie doznały urazu	85,5	78,5	73,9	73,9	66,6
15–16 lat	1 raz	12,9	16,0	18,1	16,8	22,0
	2 razy	0,4	3,9	5,5	6,0	6,5
	3 razy	0,4	0,9	1,5	2,1	3,4
	4 razy lub więcej	0,8	0,7	0,9	1,2	1,5

Podsumowanie

W opracowaniu niniejszym przedstawiono zmiany wybranych zachowań zdrowotnych i wskaźników zdrowia subiektywnego młodzieży szkolnej w Polsce w latach 1990–2010, a więc w dwudziestoleciu przypadającym na okres intensywnych przemian składających się na proces transformacji gospodarczej, ustrojowej i społecznej.

Źródłem tych danych były wyniki sześciu serii badań HBSC, wykonywanych co 4 lata w reprezentatywnych próbach młodzieży szkolnej w średnim wieku 11,7; 13,7 i 15,7 lat. W okresie tym zbadano w Polsce łącznie 30684 uczniów z wymienionych trzech roczników. W analizie wykorzystano dane uzyskane na podstawie pytań obowiązkowych z międzynarodowego standardowego kwestionariusza HBSC, których treść i kategorie odpowiedzi nie zmieniały się w badanym okresie. W pojedynczych przypadkach zmiany sformułowań tych pytań były tak nieznaczne, że nie powinny mieć wpływu na uzyskane wyniki. Znaczna część danych dotyczyła wszystkich sześciu serii badań, a inne krótszych okresów, z co najmniej trzema ostatnimi punktami pomiarowymi (2002–2010). We wszystkich seriach badań zastosowano podobną procedurę badawczą określoną szczegółowo w międzynarodowym protokole badań HBSC (*Research Protocol*). Porównywalność wyników zwiększa fakt, że badania prowadzone były w Polsce stale przez ten sam zespół, często z udziałem tych samych ośrodków i osób koordynujących badania ankietowe w województwach.

Raport składa się z dwóch części głównych poświęconych odpowiednio zachowaniom zdrowotnym oraz zdrowiu subiektywnemu, w których wyróżniono czternaście podrozdziałów oraz zdefiniowano ponad czterdzieści wskaźników.

W omówieniach wyników prezentowanych w kolejnych rozdziałach opisano poziom badanych zjawisk w 2010 r., jak również najważniejsze tendencje zmian z uwzględnieniem płci i wieku ankietowanych. Poniżej przedstawiamy zbiorczą analizę wyników w innym przekroju, biorąc za podstawę poszczególne grupy wieku. Wnioski dotyczą porównania danej grupy z innymi oraz tendencji zmian zaobserwowanych wewnątrz danej grupy na podstawie wyników kolejnych serii badań HBSC.

Dla większości wskaźników różnice procentowe między grupami wieku są niewielkie, jednak należy je odnieść do ogólnego poziomu badanych zjawisk. W kilku przypadkach, nie tylko w odniesieniu do używania substancji psychoaktywnych, różnice są szczególnie duże. Z wiekiem szczególnie pogarsza się ogólne zadowolenie z życia oraz nasilają wybrane zachowania sedenteryjne, związane z zajęciami przy komputerze.

Kierunek zmian wskaźników przeważnie jest podobny we wszystkich grupach wieku. Są jednak przykłady wskaźników, dla których w 20-letnim okresie obserwacji obserwujemy stopniowe zanikanie różnic zależnych od wieku (np. częstość jedzenia warzyw, bycie sprawcą lub ofiarą przemocy) lub wręcz przeciwnie – różnice te w kolejnych badaniach HBSC są coraz lepiej widoczne (np. nadmiar masy ciała, częste odczuwanie zawrotów głowy, odchudzanie się, prawidłowa higiena jamy ustnej).

Wnioski dotyczące trzech omawianych grup wieku są następujące:

Grupa 11-latków

Podsumowując wyniki uzyskane dla uczniów 11-letnich, powinniśmy pamiętać o prawidłowościach rozwojowych charakterystycznych dla tej grupy wieku. W tym czasie uczniowie przechodzą z okresu rozwojowego zwanego młodszym wiekiem szkolnym i rozpoczynają okres dorastania charakteryzujący się wieloma zmianami fizycznymi i psychospo-

łecznymi. Prawidłowości rozwoju fizycznego – początek dojrzewania płciowego, wymuszają określone oczekiwania i potrzeby nastolatka. Zmiana sposobu funkcjonowania w szkole – nowe przedmioty oraz nauczyciele, mogą stwarzać trudne sytuacje przekładające się na zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów.

Za **pozytywne** tendencje charakterystyczne dla tej grupy wieku można uznać:

- w obszarze zachowań zdrowotnych: dużo korzystniejszy niż w starszych grupach wieku poziom aktywności fizycznej oraz poprawę wskaźnika MVPA w ostatnich latach; korzystniejsze niż u starszych zwyczaje żywieniowe; tylko sporadyczne przypadki sięgania po substancje psychoaktywne; obserwowaną w badanym okresie tendencję spadkową bycia sprawcą lub ofiarą przemocy rówieśniczej w szkole.
- w obszarze zdrowia: dużo korzystniejsze niż w starszych grupach wartości większości wskaźników zdrowia subiektywnego; niewielkie różnice w samoocenie zdrowia chłopców i dziewcząt.

Za **negatywne** tendencje charakterystyczne dla tej grupy wieku można uznać:

- w obszarze zachowań zdrowotnych: częstsze niż w starszych grupach wieku uczestniczenie w bójkach; trend wzrostowy stosowanie diet odchudzających, też przez osoby bez nadmiaru masy ciała; spędzanie coraz większej ilości czasu przy grach komputerowych;
- w obszarze zdrowia: częstsze niż w starszych grupach wieku odczuwanie bólu brzucha; systematyczne zmniejszanie się w ostatnich latach odsetka bardzo zadowolonych ze swojego życia; wzrostowy trend występowania większości dolegliwości subiektywnych, szczególnie tych o wyraźniejszym podłożu somatycznym; w ostatnich latach gwałtowny wzrost częstości występowania nadmiaru masy ciała; coraz częstsze występowanie urazów wymagających pomocy medycznej.

Grupa 13-latków

Zgodnie z prawidłowościami rozwojowymi, dla wieku 13 lat charakterystyczny jest dymorfizm płciowy, który skutkuje różnymi potrzebami i odmiennymi wzorcami funkcjonowania chłopców i dziewcząt. Dziewczęta znajdują się w różnych fazach dojrzewania płciowego, podczas gdy chłopcy w większości pozostają w fazie dziecięcej. Pod względem rozwoju emocjonalnego uczniowie starają się stworzyć zintegrowany obraz własnej osoby. Należy także pamiętać, że w tym okresie dużą rolę odgrywają rówieśnicy. Uczniowie w wieku 13-lat rozpoczynają naukę w gimnazjum, co daje im złudne przekonanie bycia dorosłym i może skłaniać do zachowań ryzykownych dla zdrowia.

Młodzież 13-letnia zajmuje przeważnie środkową pozycję wśród analizowanych trzech grup wieku. Częściej przyjmuje wzorzec typowy dla 15-latków, ale czasem osiągnęte wskaźniki zdrowia i stylu życia są bliższe 11-latkom. Trudno jest znaleźć wyraźnie pozytywne cechy tej grupy wieku na tle innych, jak również przykłady korzystnych trendów w badanym okresie. Pozytywnym zjawiskiem jest jedynie, typowy dla wszystkich grup wieku, spadek częstości kontaktów z przemocą (bójki, bullying).

Za **negatywne** tendencje charakterystyczne dla tej grupy wieku można uznać:

- w obszarze zachowań zdrowotnych: nasilenie zachowań sedenteryjnych, w tym szczególnie częste przesiadywanie przy TV; wzrostowy trend liczby godzin spędzanych przy grach i innych zajęciach komputerowych; bardzo częste (podobnie, jak u 15-latków) sięganie po coca-colę i inne słodkie napoje; brak poprawy wskaźnika higieny jamy ustnej obserwowanej u 15-latków; trend wzrostowy palenia tytoniu (szczególnie u dziewcząt), przy tendencji spadkowej u 15-latków; coraz większy odsetek często upijających się.
- w obszarze zdrowia: systematyczne pogarszanie się w ostatnich latach zadowolenia z życia; coraz częstsze występowanie powtarza-

jących się bólów głowy i innych dolegliwości o silniejszym podłożu somatycznym; gwałtowny (choć nie tak duży jak u 11-latków) wzrost częstości występowania nadmiaru masy ciała; wyraźne pogorszenie w ostatnich latach obrazu własnego ciała.

Grupa 15-latków

Analiza wyników dotyczących 15-latków powinna uwzględniać aspekt rozwojowy i związane z tym zmiany w funkcjonowaniu młodzieży. Od 2002 r. do grupy tej zaliczano młodzież kończącą naukę w gimnazjum, wcześniej byli to uczniowie pierwszej klasy szkół ponadgimnazjalnych. Jest to także okres przejściowy między wczesną a późną adolescencją. Pewne zachowania i odczucia charakterystyczne w tej fazie mogą ulec zmianie w kolejnym etapie rozwoju, m. in. przewaga emocji negatywnych w okresie wczesnej adolescencji powinna w okresie późniejszym ustąpić miejsca emocjom pozytywnym.

Za **pozytywne** tendencje charakterystyczne dla tej grupy wieku można uznać:

- w obszarze zachowań zdrowotnych: dużo lepszą niż w młodszych grupach wieku dbałość o higienę jamy ustnej i stałą jego poprawę w ostatnich latach; częstsze niż w ubiegłych latach stosowanie metod antykoncepcyjnych przez osoby aktywne seksualnie.
- w obszarze zdrowia: mniejsze niż w młodszych grupach wieku zagrożenie nadwagą i otyłością;

Za **negatywne** tendencje charakterystyczne dla tej grupy wieku można uznać:

- w obszarze zachowań zdrowotnych: nasilenie zachowań sedenteryjnych, szczególnie częste przesiadywanie przy komputerze; mniej korzystne zachowania żywieniowe; szczególnie duży odsetek dziewcząt nie jedzących regularnie śniadania; częstsze niż w młodszych grupach podejmowanie przez nie prób nieuzasadnionego nadmiarem

masy odchudzania; częstsze niż w młodszych grupach wieku sięganie po substancje psychoaktywne.

- w obszarze zdrowia: mniej korzystny niż w młodszych grupach wieku poziom większości wskaźników zdrowia subiektywnego; szczególnie częste w porównaniu z młodszymi grupami wieku odczuwanie zdemotywowania; bardzo duże różnice w poziomie wskaźników na niekorzyść dziewcząt; częstsze uleganie urazom wymagającym pomocy medycznej;

Prezentowana publikacja koresponduje w planowanym wydawnictwem sieci badawczej HBSC. W suplemencie do *European Journal of Public Health* ukaże się w 2013 r. cykl artykułów poświęconym trendom wybranych wskaźników zdrowia i zachowań zdrowotnych analizowanym w perspektywie międzynarodowej, przeważnie też z uwzględnieniem danych polskich.

Mamy nadzieję, że prezentowany raport może stanowić podstawę do programowania działań profilaktycznych, programów zdrowotnych adresowanych do uczniów na różnych poziomach nauczania oraz edukacji zdrowotnej w szkole.

Summary

The international HBSC survey of health behaviour and subjective health of school-aged children (*Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Collaborative Cross-national Study*) has been conducted for over 30 years in collaboration with the Regional Office for Europe of the World Health Organisation. Currently, this research involves research teams from 43 countries in Europe and North America, which make up a well-organised structure: the international HBSC network. This is a unique model of cyclical, multi-centre research. It provides data on adolescent health and lifestyles in the context of the family, peer and school environments.

Poland has been taking part in the HBSC survey since 1991. Hitherto, there have been six rounds of that research, while the seventh one is planned for 2014. The collected materials make it possible to keep track of trends in adolescent perception of one's own health and in health behaviours within the last 20 years. This study aims to present those changes.

In 1990–2010, the surveys conducted among representative samples of school-aged children with an average age of 11.7, 13.7 and 15.7 encompassed a total number of 30,684 students in Poland. The analysis drew on data obtained based on selected mandatory questions from the standard international HBSC questionnaire, the content and categories of which did not change in the examined period. A significant part of data was related to all six rounds of research, while the remaining part was related to shorter periods, but with at least three most recent measuring points (2002–2010). A similar research procedure was used in all rounds of research; it was specified in detail in the international protocol. Comparability of the results is enhanced by the fact that the research was conducted in Poland by the same team, often with the participation of the same centres and individuals coordinating survey studies in the regions.

The report comprises two main parts dedicated to health behaviour and subjective health accordingly; they are divided into fourteen subchapters, and over forty indicators were defined. The annex includes a list of publications by the Polish HBSC team. It comprises 22 national reports and 159 articles in specialized and scientific journals written to different audiences.

In the commentary to the results included in the following chapters, the 2010 level of the examined phenomena is discussed, along with the most important tendencies, including the gender and age of the respondents. The general summary includes descriptions of individual age groups using a variety of indicators. The differences between groups need to be viewed in reference to the general level of the examined phenomena. In several cases, the differences are particularly significant, not only with regard to psychoactive substance use. With age, life satisfaction will particularly worsen, while selected sedentary behaviours related to the tasks performed at the computer will intensify.

The direction of the changes among the indicators is similar in all age groups. However, in many cases, in the 20-year-old observation period we have identified a gradual disappearance of age-dependent differences (such as vegetable consumption frequency, being a victim of violence or a perpetrator); quite the contrary – those differences are becoming increasingly visible (such as excess bodyweight, frequent dizziness, dieting, proper oral hygiene).

This publication corresponds with the planned publication of the HBSC research network. In 2013, a series of articles will be published in a supplement the European Journal of Public Health or another English-language journal, which will be dedicated to the trends in selected health indicators and health behaviours analysed against an international perspective, mostly including data from Poland.

We hope that this national report, as well as the planned international publication, will contribute to preventive measures aimed at students at various education levels as well as health education in schools.

Aneks

Wykaz prac opublikowanych w latach 1990–2012 prezentujących wyniki badań HBSC

Wykaz ten obejmuje publikacje z lat 1991–2012, w których prezentowano wyniki badań HBSC. Większość z nich dotyczy badań młodzieży w Polsce, ale są także prace w których wykorzystano wyniki badań w innych krajach sieci HBSC oraz prace opublikowane zagranicą, w których członkowie polskiego zespołu naukowego HBSC byli współautorami. Wykaz ten obejmuje łącznie 186 pozycji⁴¹, w tym:

1. publikacje w czasopismach i rozdziały w wydawnictwach zwartych (N=159),
2. raporty krajowe i inne wydawnictwa zwarte (N=22),
3. doktoraty, w których wykorzystano wyniki badań HBSC lub niektóre pytania z międzynarodowego standardowego kwestionariusza HBSC (N=5).

1. Publikacje w czasopismach i wydawnictwach zwartych

1991

Woynarowska B., Pułtorak M., Wojciechowska A.: *Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież w wieku 11–16 lat w Polsce*. Kultura Fizyczna 1991; 7–8: 11–12.

1992

Szymańska M.M., Woynarowska B., Pułtorak M., Wojciechowska A.: *Poziom wiedzy i postawy młodzieży szkolnej wobec HIV/AIDS w Polsce*. Problemy Rodziny 1992; 31(2): 35–39.

⁴¹ Pominięto artykuły zawierające dane polskie, w których autorzy z Polski wymienieni zostali tylko w podziękowaniach lub jako członek grupy.

- Szymańska M.M., Woynarowska B., Pułtorak M., Wojciechowska A.: *Wiedza i źródła informacji o HIV/AIDS u młodzieży szkolnej w Polsce*. *Zdrowie Publiczne* 1992; 103(10): 491–499.
- Szymańska M.M., Woynarowska B., Pułtorak M., Wojciechowska A.: *Postawy uczniów wobec HIV/AIDS i niektóre zachowania związane z AIDS*. *Zdrowie Publiczne* 1992; 103(10): 500–508.
- Woynarowska B., Pułtorak M., Wojciechowska A.: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce*. *Zdrowie Publiczne* 1992; 103(1): 16–25.
- Woynarowska B., Pułtorak M., Wojciechowska A.: *Postrzeżenie własnego zdrowia przez młodzież w okresie dojrzewania*. *Zdrowie Publiczne* 1992; 103(3): 133–140.

1995

- Woynarowska B., Burzyńska I., Oblacińska A.: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce*. *Nowa Medycyna* 1995; 2(12): 23–24.
- Oblacińska A., Woynarowska B.: *Występowanie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce – doniesienie wstępne*. *Nowa Medycyna* 1995; 2(12): 24–25.

1996

- Jodkowska M., Woynarowska B., Oblacińska A., Dobrowolska A.: *Postrzeżenie własnego zdrowia i wyglądu przez młodzież w wieku 11–15 lat w Polsce*. *Pediatrics Polska* 1996; 71(11): 973–977.
- Kwiatkowska J., Pułtorak M., Oblacińska A., Woynarowska B.: *Higiena jamy ustnej u młodzieży 11–15-letniej w Polsce i innych krajach oceniona w 1990 i 1994 roku*. *Czasopismo Stomatologiczne* 1996; 49(7): 482–486.
- Woynarowska B., Oblacińska A., Jodkowska M., Burzyńska I.: *Zmiany w postrzeżaniu przez młodzież w wieku 11–15 lat swego zdrowia na przestrzeni lat 1990–1994*. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 1996; 43(5): 188–191.

1997

Woynarowska B., Oblacińska A., Burzyńska I., Mazur J.: *Zmiany zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w latach 1990–1994*. Medycyna Wieku Rozwojowego 1997; 1(1): 17–25.

Oblacińska A., Mazur J., Woynarowska B.: *Urazowość młodzieży szkolnej w Polsce w świetle badań ankietowych. cz. 1: Częstość, rodzaj, stopień ciężkości i okoliczności urazów*. Medycyna Wieku Rozwojowego 1997; 1(1): 27–33.

Oblacińska A., Mazur J., Woynarowska B.: *Urazowość młodzieży szkolnej w Polsce w świetle badań ankietowych. cz. 2: Urazowość a wybrane elementy sytuacji rodzinnej i szkolnej, zdrowia psychospołecznego i zachowań zdrowotnych młodzieży*. Medycyna Wieku Rozwojowego 1997; 1(1): 35–41.

1998

Kwiatkowska J., Wojciechowska A., Oblacińska A., Woynarowska B.: *Niektóre uwarunkowania palenia tytoniu przez uczniów w wieku 11–15 lat w Polsce*. Zdrowie Publiczne 1998; 108(11): 436–439.

Wojciechowska A., Kwiatkowska J., Woynarowska B., Burzyńska I.: *Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród uczniów w wieku 11–15 lat w 1990 i 1994 roku*. Zdrowie Publiczne 1998; 108(11): 433–435.

1999

Mazur J., Woynarowska B.: *Palenie tytoniu wśród młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach w latach 1990–1998*. Zdrowie Publiczne 1999; 109(9): 312–319.

Woynarowska B., Kowalewska A., Szymański J.: *Działania w zakresie ograniczenia palenia tytoniu w szkołach podstawowych. cz. 1: Opinie dyrektorów i nauczycieli*. Zdrowie Publiczne 1999; 109(11): 373–377.

Woynarowska B., Kowalewska A.: *Działania w zakresie ograniczenia palenia tytoniu w szkołach podstawowych. cz. 2: Opinie uczniów klas pierwszych*. Zdrowie Publiczne 1999; 109(12): 421–424.

Woynarowska B., Mazur J., Kowalewska A.: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce w 1998 roku*. *Zdrowie Publiczne* 1999; 109(5): 173–179.

Woynarowska B.: *Zachowania zdrowotne*. *Pediatrica Praktyczna* 1999; 7(2): 177–182.

2000

Kowalewska A., Woynarowska B., Mazur J.: *Opinie młodzieży w wieku 15 lat o paleniu w najbliższej przyszłości, reakcjach ze strony osób znaczących i przekonaniach dotyczących palenia*. *Zdrowie Publiczne* 2000; 110(7–8): 267–272.

Mazur J., Woynarowska B.: *Urazy młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce i innych krajach, w latach 1994 i 1998*. *Zdrowie Publiczne* 2000; 110(6): 211–217.

Mazur J., Woynarowska B.: *Uwarunkowania urazów młodzieży szkolnej*. *Zdrowie Publiczne* 2000; 110(10): 338–344.

Szymańska M.M., Woynarowska B., Mazur J.: *Zachowania seksualne młodzieży w Polsce w latach 1990–1998*. *Problemy Rodziny* 2000; (6): 8–16.

Woynarowska B., Jodkowska M., Oblacińska A.: *Samoocena sprawności i aktywności fizycznej w czasie wolnym młodzieży szkolnej w latach 1990–1998*. *Pediatrica Polska* 2000; 75(1): 35–41.

Woynarowska B., Komosińska K., Mazur J.: *Zachowania związane ze zdrowiem jamy ustnej u młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach w latach 1990–1998*. *Przegląd Stomatologii Wieków Rozwojowego* 2000; 3–4: 8–17.

Woynarowska B., Mazur J.: *Samoocena zdrowia i obraz własnego ciała u młodzieży szkolnej w Polsce*. *Pediatrica Polska* 2000; 75(1): 25–34.

Woynarowska B., Mazur J.: *Nieprawidłowości w zakresie zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w Polsce w 1998 roku*. *Lider* 2000; 2: 18–20.

- Woynarowska B., Mazur J.: *Zachowania zdrowotne młodzieży – raport WHO*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowie 2000; 47(4): 128–134. (tytuł nadany przez Redakcję)
- Woynarowska B., Szymańska M.M., Mazur J.: *Wiedza młodzieży o HIV/AIDS i jej zmiany w latach 1990–1998*. Problemy HIV i AIDS 2000; 6(1): 17–23.
- Woynarowska B., Szymańska M.M., Mazur J.: *Źródła wiedzy o HIV/AIDS, potrzeby młodzieży w tym zakresie i udział szkoły w ich zaspokajaniu*. Problemy HIV i AIDS 2000; 6(1): 25–29.
- Woynarowska B., Szymańska M.M., Mazur J.: *Przekonania młodzieży o HIV/AIDS i ich zmiany w latach 1990–1998*. Problemy HIV i AIDS 2000; 6(2): 87–92.

2001

- Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aaroe L.E., Woynarowska B.: *Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality*. European Journal of Public Health 2001; 11(1): 4–10.
- Kowalewska A., Mazur J., Woynarowska B.: *Czynniki związane z paleniem tytoniu przez młodzież szkolną w okresie dojrzewania*. Zdrowie Publiczne 2001; 11(4): 238–244.
- Komosińska K., Woynarowska B., Mazur J.: *Zachowania zdrowotne związane z żywieniem u młodzieży szkolnej w Polsce w latach 1990–1998*. Żywnienie Człowieka i Metabolizm 2001; 78: 17–30.
- Kowalewska A., Woynarowska B., Mazur J.: *Ocena wdrażania i realizacji edukacji prozdrowotnej w szkołach podstawowych i gimnazjach w roku szkolnym 1999/2000*. Wychowanie Fizyczne i Sport 2001; 48(6/7): 32–37.
- Mazur J., Scheidt P.C., Overpeck M.D., Harel Y., Molcho M.: *Adolescent injuries in relation to economic status: An international perspective*. Injury Control and Safety Promotion 2001; 8(3): 179–182.

Mazur J., Scheidt P.C., Overpeck M.D., Harel Y., Molcho M.: *Etude des accidents chez les adolescents en relation avec le statut economique: une perspective internationale*. W: Rogmans W., Briand F. (ed.): *Inegalites socio-economiques et prevention des risques*. ECOSA Amsterdam 2001.

Mazur J., Woynarowska B.: *Zagrozenia zdrowotne dzieci i mlodziezy w swietle badan ankietowych*. W: Szymborski J., Januszewicz P. (red.): *Zdrowie naszych dzieci – uwarunkowania, zagrozenia i problemy, kierunki rozwiazań systemowych*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2001, s. 71–96.

Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A.: *Rozpowszechnienie i uwarunkowania palenia tytoniu przez mlodziez szkolna w Polsce*. W: Szymborski J., Laskowska-Klita T., Mazur J. (red.): *Zdrowie naszych dzieci. Dzieciństwo wolne od tytoniu*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2001, s. 127–154.

Szymańska M.M., Woynarowska B., Mazur J.: *Inicjacja seksualna oraz stosowanie środków antykoncepcyjnych u mlodziezy w wieku 15 lat w Polsce i w innych, wybranych krajach*. *Problemy Rodziny* 2001; 2: 35–41.

Szymański J., Woynarowska B., Mazur J.: *Picie napojów alkoholowych przez mlodziez szkolna w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998*. *Alkoholizm i Narkomania* 2001; 14(2): 213–227.

Woynarowska B., Mazur J.: *Przekonania dotyczące palenia tytoniu wśród mlodziezy 15-letniej w różnych krajach*. *Alkoholizm i Narkomania* 2001; 14(4): 523–534.

2002

Pickett W., Schmid H., Boyce W.F., Simpson K., Scheidt P.C., Mazur J., Molcho M., King M.A., Godeau E., Overpeck M., Aszmann A., Szabo M., Harel Y.: *Multiple risk behavior and injury: an international analysis of young people*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2002; 156(8): 786–93.

- 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.
- Woynarowska B., Mazur J.: *Intencje palenia tytoniu w niedalekiej przyszłości u młodzieży 15-letniej i ich niektóre uwarunkowania*. Alkoholizm i Narkomania 2002; 15(1): 71–82.
- Woynarowska B.: *Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej*. Zdrowie Publiczne 2002; 112(3): 391–395.
- Woynarowska B., Mazur J.: *Palenie tytoniu w szkole – opinie uczniów*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowie 2002; 49(3): 10–14.

2003

- Mazur J.: *Przemoc w szkołach – skala zjawiska w Polsce i europejskie rekomendacje w zakresie działań prewencyjnych*. Edukacja dla Bezpieczeństwa 2003; 1: 45–50.
- Małkowska A., Mazur J., Woynarowska B.: *Urazy w czasie zajęć sportowych wśród młodzieży szkolnej w Polsce i w niektórych krajach*. Zdrowie Publiczne 2003; 113(1/2): 42–47.
- Mazur J., Kowalewska A., Woynarowska B.: *Picie alkoholu a inne zachowania ryzykowne dla zdrowia u młodzieży w wieku 15 lat*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2003; 7(1/2): 75–90.
- Mazur J., Małkowska A.: *Sprawcy i ofiary przemocy wśród uczniów w Polsce*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2003; 7(1/2): 121–134.
- Mazur J., Woynarowska B., Małkowska A., Kołło H.: *The relationship between school adjustment and life satisfaction in adolescents in Poland*. Quality of Life Research 2003; 12(7): 787. (abstract)
- Woynarowska B.: *Zachowania problemowe młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce w 2002 roku i ich zmiany w latach 1990–2002*. W: Praitsner M. (red.): *Perspektywy profilaktyki*, PARPA, Warszawa 2003, s. 31–37.

Woynarowska B.: *Zachowania ryzykowne u uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat w Polsce w 2002 r.* Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole 2003; 7: 5–12.

Woynarowska B., Mazur J.: *Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne u młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce w 2002 roku.* Alkoholizm i Narkomania 2003; 16(3/4): 155–171.

2004

Cabak A., Woynarowska B.: *Aktywność fizyczna młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce i w innych krajach w 2002 roku.* Wychowanie Fizyczne i Sport 2004; 48: 355–360.

Jodkowska M., Oblacińska A., Mazur J.: *Urazy wymagające pomocy medycznej w retrospekcji uczniów w wieku 11–15 lat w Polsce (1994–2002).* Przegląd Epidemiologiczny 2004; 58: 701–712.

Kołoło H.: *Samoocena wyglądu i odchudzanie się dziewcząt.* Remedium 2004; 4(134): 14–15.

Kołoło H., Woynarowska B.: *Aktywność fizyczna i zachowania sedentaryjne nastolatków.* Remedium 2004; 6(135): 15–16.

Kołoło H., Woynarowska B.: *Nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt w okresie dojrzewania a sytuacja ekonomiczno-społeczna ich rodzin.* Medycyna Wieku Rozwojowego 2004; 8; 3 cz. 1: 611–622.

Kołoło H., Woynarowska B.: *Samoocena masy ciała i odchudzanie się dziewcząt w okresie dojrzewania.* Przegląd Pediatryczny 2004; 3–4: 196–201.

Komosińska K., Woynarowska B.: *Zachowania związane ze zdrowiem jamy ustnej młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce i innych krajach oraz tendencje zmian w latach 1990–2002.* Nowa Stomatologia 2004; 28(2): 62–72.

Kowalewska A., Mazur J., Woynarowska B.: *Palenie tytoniu przez młodzież w okresie dojrzewania a jej środowisko społeczne.* Roczniki PZH 2004; 55(4): 363–375.

- Małkowska A.: *Przemoc w środowisku rówieśniczym w szkole*. *Remedium* 2004; 9(139): 16–17.
- Małkowska A., Mazur J., Woynarowska B.: *Poziom spostrzeganego wsparcia społecznego a jakość życia dzieci i młodzieży 8–18 letniej*. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2004; VIII(3 cz. I): 551–566.
- Małkowska A., Woynarowska B.: *Postrzeganie przez uczniów w wieku 11–15 lat relacji i wsparcia udzielanego im przez nauczycieli, innych uczniów w klasie i rodziców*. *Auxillium Sociale* 2004; 2(30): 132–142.
- Małkowska A., Woynarowska B.: *Postrzeganie przez uczniów w wieku 11–15 lat relacji i wsparcia społecznego a występowanie zachowań ryzykownych*. *Edukacja. Studia – Badania – Innowacje* 2004; 3(87): 36–47.
- Mazur J.: *Częstość i uwarunkowania urazów wymagających pomocy medycznej*. *Remedium* 2004; 7–8: 28–29.
- Mazur J.: *Kaski rowerowe: w trosce o bezpieczeństwo dzieci i młodzieży*. *Edukacja dla Bezpieczeństwa* 2004; 3(18): 37–40.
- Mazur J.: *Międzynarodowe badania zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (HBSC) jako źródło informacji o zachowaniach problemowych dorastających dziewcząt*. W: Prajsner M. (red.): *Alkohol a zachowania problemowe dorastającej młodzieży. Opinie i badania*. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2004, s. 107–112.
- Mazur J.: *Picie napojów alkoholowych przez dorastającą młodzież*. *Remedium* 2004; 11: 14–15.
- Mazur J., Woynarowska B.: *Mierniki nierówności społecznych w badaniach ankietowych młodzieży szkolnej*. *Przegląd Epidemiologiczny* 2004; 58: 377–90.
- Mazur J., Woynarowska B.: *Przemoc w szkole a zdrowie i zadowolenie z życia uczniów 11–15-letnich*. *Pediatrica Polska* 2004; 79(2): 707–715.
- Mazur J., Woynarowska B.: *Współwystępowanie palenia tytoniu i picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych u młodzieży szkolnej. Tendencje zmian w latach 1990–2002*. *Alkoholizm i Narkomania* 2004; XVIII(1–2): 29–43.

- Mazur J., Woynarowska B.: *Zespół zachowań ryzykownych a zdrowie i zadowolenie z życia młodzieży 15-letniej*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2004; VIII(3 cz. I): 567–583.
- Tabak I., Mazur J., Jodkowska M., Oblacińska A.: *Społeczne uwarunkowania powtarzających się urazów wśród uczniów w wieku 11–15 lat w Polsce*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2004; VIII(3 cz. I): 595–610.
- Woynarowska B.: *Zdrowie i zadowolenie z życia nastolatków w Polsce*. Remedium 2004; 3: 14–15.
- Woynarowska B.: *Jak odżywiają się nastolatki?* Remedium 2004; 5: 14–15.
- Woynarowska B.: *Aktywność fizyczna i zachowania sedenteryjne nastolatków*. Remedium 2004; 6: 14–15.
- Woynarowska B.: *Palenie tytoniu wśród nastolatków*. Remedium 2004; 12: 14–15.
- Woynarowska B.: *Zachowania żywieniowe u młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce i ich niektóre skutki zdrowotne i społeczne*. Standardy Medyczne 2004; 1: 87–94.
- Woynarowska B., Izdebski Z., Kołło H., Mazur J.: *Inicjacja seksualna i stosowanie prezerwatyw oraz innych metod zapobiegania ciąży przez młodzież 15-letnią w Polsce i w innych krajach*. Ginekologia Polska 2004; 75(8): 621–632.
- Woynarowska B., Mazur J.: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej: wyniki badań HBSC 2002*. Zdrowie Publiczne 2004; 114(2): 159–167.
- Woynarowska B., Tabak I., Mazur J.: *Subiektywna ocena zdrowia i zadowolenia z życia młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach w 2002 r.* Medycyna Wieku Rozwojowego 2004; VIII(3 cz. I): 535–550.

2005

- Komosińska K., Woynarowska B., Hildt K.: *Nauczyciele o swoim samopoczuciu i pracy po trzech latach wdrażania reformy edukacji*. Edukacja Studia-Badania-Innowacje 2005; 1: 33–41.

- Kowalewska A., Woynarowska B., Mazur J.: *Uzależnienie od nikotyny i gotowość do rzucenia palenia wśród palącej młodzieży 15-letniej*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2005; 86(2): 93–98.
- Małkowska A., Woynarowska B.: *Wsparcie uczniów w szkole w badaniach HBSC*. Remedium 2005; 7–8(149–150): 26–27.
- Mazur J., Mierzejewska E.: *Selected Health Problems in Children and Adolescents in Poland*. Polish Population Review 2005; 27: 203–236.
- Mazur J., Woynarowska B., Kołło H., Małkowska A.: *Przemoc wśród młodzieży w wieku 11–15 lat a nadużywanie alkoholu i wybrane uwarunkowania psychospołeczne*. Alkoholizm i Narkomania 2005; 18(3): 9–23.
- Pickett W., Craig W., Harel Y., Cunningham J., Simpson K., Molcho M., Mazur J., Dostaler S., Overpeck M.D., Currie C.E.; HBSC Violence and Injuries Writing Group.: *Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury*. Pediatrics 2005; 116(6): 855–63.
- Pickett W., Molcho M., Simpson K., Janssen I., Kuntsche E., Mazur J., Harel Y., Boyce W.F.: *Cross national study of injury and social determinants in adolescents*. Injury Prevention 2005; 11(4): 213–8.
- Woynarowska B.: *Ryzykowne zachowania seksualne 15-latków*. Remedium 2005; 2: 14–15.

2006

- Małkowska-Szkutnik A.: *Postrzeżenie środowiska psychicznego szkoły i przystosowania szkolnego, ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia społecznego a częstotliwość występowania zachowań ryzykownych u gimnazjalistów*. W: Zeszyty metodyczne nr 2 „Materiały z ogólnopolskiej konferencji Wychowywać to kochać i wymagać”. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 2006, s. 14–23.
- Mazur J., Kołło H.: *Związek między przemocą rówieśniczą w szkole a samopoczuciem psychicznym uczniów gimnazjum*. Dziecko krzywdzone. Teoria Badania Praktyka. 2006; 14: 80–92.

- Mazur J., Woynarowska B.: *Związek między występowaniem chorób przewlekłych i urazów wśród młodzieży szkolnej z uwzględnieniem czynników modyfikujących*. *Pediatrica Polska* 2006; 81(2): 80–86.
- Molcho M., Harel Y., Pickett W., Scheidt P.C., Mazur J., Overpeck M.D.; HBSC Violence and Injury Writing Group.: *The epidemiology of non-fatal injuries among 11-, 13- and 15-year old youth in 11 countries: findings from the 1998 WHO-HBSC cross-national survey*. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion* 2006; 13(4): 205–11.

2007

- Kołoło H.: *Poczucie własnej skuteczności – czynnik chroniący – od teorii do praktyki*. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 2007; 6: 39–43.
- Kołoło H., Mazur J.: *Poczucie własnej skuteczności a picie alkoholu przez młodzież*. *Remedium* 2007; 11(177): 4–5.
- Kowalewska A., Mazur J., Woynarowska B.: *Charakterystyka wybranych czynników psychospołecznych u 15-latków, którzy palą tytoń i rzucili palenie*. *Przegląd Lekarski* 2007; 64(10): 747–751.
- Mazur J.: *Czynniki chroniące przed niekorzystnym środowiskiem w okresie dorastania*. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 2007; 40(7): 33–38.
- Mazur J., Małkowska-Szcutnik A.: *Środowisko szkoły a zachowania ryzykowne gimnazjalistów*. *Remedium* 2007; 10(176).
- Mazur J., Kołoło H.: *Zamieszkanie i klimat szkoły a częste upijanie się 15-latków*. *Remedium* 2007; 12(178).
- Mazur J., Tabak I., Kołoło H.: *W kierunku lepszej oceny stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Polska wersja kwestionariusza mocnych stron i trudności. Doświadczenia dwóch badań populacyjnych*. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2007; 11(1): 13–24.
- Tabak I., Woynarowska B., Mazur J.: *Zmiany w strukturze rodzin i łatwości rozmów z rodzicami młodzieży 11–15-letniej w Polsce w latach 1994–2006*. *Psychologia. Edukacja i Społeczeństwo* 2007; 4: 331–342.

- Woynarowska B.: *Zachowania zdrowotne i zdrowie subiektywne młodzieży 15-letniej w Polsce. Tendencje zmian w latach 1990–2006*. W: Charzewska J. (red.): *Biospołeczne aspekty rozwoju współczesnej młodzieży polskiej w okresie dojrzewania*. Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa 2007, s. 7–17.
- Woynarowska B.: *Tempo dojrzewania płciowego dziewcząt a ich zdrowie i występowanie zachowań ryzykownych*. *Pediatrya Polska* 2007; 82(10): 775–782.
- Woynarowska B., Mazur J.: *Zmiany w używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku 11–15 lat w Polsce w latach 2001–2006*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007; 88(4): 249–253.

2008

- Dzielska A.: *Ocena zdrowia i osiągnięć szkolnych młodzieży używającej konopi*. *Remedium* 2008; 4: 4–5.
- Dzielska A., Kołło H., Mazur J.: *Zachowania zdrowotne młodzieży związane z odżywianiem w kontekście czynników społeczno-ekonomicznych – kierunek zmian 2002–2006*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008; 89(2): 222–229.
- Dzielska A., Mazur J.: *Zmiany wskaźnika masy ciała (BMI) 15-latków a funkcjonowanie w środowisku rówieśniczym*. W: Czaplicki Z., Górska A., Podhajna E. (red.): *Aktywność fizyczna a otyłość. Profilaktyka, psychika, estetyka*. Toruń 2008, s.116–126.
- Kołło H., Guszowska M., Mazur J.: *Motywacja w aktywności fizycznej młodzieży*. W: Czaplicki Z., Górska A., Podhajna E.: *Aktywność fizyczna a otyłość – profilaktyka, psychika, estetyka*. Toruń 2008, s. 42–49.
- Kowalewska A.: *Wiek inicjacji nikotynowej a częstość palenia tytoniu przez młodzież 15-letnią w Polsce*. *Przegląd Lekarski* 2008; 65(10): 546–548.
- Mazur J.: *Zdrowie młodzieży w okresie dorastania*. W: Szymborski J., Jakóbiak K. (red.): *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*. Biuletyn RPO 2008; materiały, zeszyt 62, s. 171–213.

- Mazur J., Tabak I.: *Koncepcja resilience. Od teorii do badań empirycznych*. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2008; 7(2 cz. I): 599–605.
- Mazur J., Tabak I., Kołło H.: *Czynniki ryzyka i ochronne wśród uwarunkowań subiektywnych dolegliwości młodzieży 15-letniej*. *Przegląd Epidemiologiczny* 2008; 62: 633–641.
- Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A.: *Wybrane wskaźniki palenia tytoniu przez młodzież 15-letnią na tle międzynarodowych statystyk*. *Przegląd Lekarski* 2008; 65(10): 541–545.
- Oblacińska A., Kołło H., Mazur J.: *Socjoekonomiczne uwarunkowania dysharmonii rozwoju fizycznego młodzieży 15-letniej w Polsce*. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2008; 7(2 cz. I): 549–557.
- Tabak I., Mazur J.: *Współczesna rodzina a zdrowie psychiczne i zadowolenie z życia polskich nastolatków*. W: Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.): *Promocja zdrowia psychicznego – badania i działania w Polsce*. PARPA, Warszawa 2008, s. 101–118.
- Woynarowska B., Małkowska-Szkutnik A., Mazur J.: *Zdrowie subiektywne młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej*. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2008; 12(2 cz.1): 559–569.
- Woynarowska B., Mazur J., Kowalewska A.: *Organizacja żywienia uczniów w szkole a profilaktyka nadwagi i otyłości*. *Zdrowie Publiczne* 2008; 118(2): 132–137.

2009

- Iannotti R.J., Janssen I., Haug E., Kololo H., Annaheim B., Borraccino A. and HBSC Physical Activity Focus Group: *Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health*. *International Journal of Public Health* 2009; Sep; 54 Suppl 2:191–8.
- Kołło H., Mazur J., Dzielska A.: *Niedobory aktywności fizycznej a relacje społeczne. Badanie reprezentatywnej próby dziewcząt 15-letnich*. W: Guskowska M. (red.): *Aktywność ruchowa kobiet*. AWF, Warszawa 2009, s. 119–126.

- Małkowska-Szcutnik A., Mazur J.: *Zdrowie i edukacja młodzieży polskiej w świetle badań międzynarodowych*. Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu 2009; 2(18): 45–83.
- Mazur J., Dzielska A., Małkowska-Szcutnik A.: *Związek palenia tytoniu z zespołem zachowań ryzykownych u młodzieży 15-letniej w Polsce i innych krajach europejskich*. Przegląd Lekarski 2009; 66(10): 768–772.
- Mazur J., Małkowska-Szcutnik A., Oblacińska A., Kołło H.: *Drabina Cantrila w badaniach stanu zdrowia i nierówności w zdrowiu uczniów w wieku 11–18 lat*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2009; 90(3): 355–361.
- Mazur J., Tabak I., Małkowska-Szcutnik A., Dzielska A., Kołło H., Kowalewska A.: *Risk and protective factors among determinants of risk syndrome (RBS) In 15-year-old Polish adolescents. Results from HBSC 2006 Survey W: Determinants of health and health behaviours in Polish adolescents. Review of studies conducted in 2005–2008*. Institute of Mother and Child, Warsaw 2009, s. 9–32.
- Tabak I., Woynarowska B., Mazur J.: *Zmiany w strukturze rodzin i łatwości rozmów z rodzicami młodzieży 11–15-letniej w Polsce w latach 1994–2006*. Psychologia. Edukacja i Społeczeństwo 2009; 4: 331–343.
- Woynarowska B., Tabak I.: *Uczniowie z chorobami przewlekłymi w szkole*. Remedium 2009; 12(202): 22–23.

2010

- Dzielska A., Mazur J.: *Zespół zachowań ryzykownych młodzieży szkolnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Badania nad zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi*. Zeszyty Naukowe 3/2010. Pedagogika. Potrzeby i Prawa Dziecka. Aspekty Prawne i Społeczne. Wszechnica Polska Szkoła Wyższa Towarzystwa Wiedzy Powszechnej. Warszawa 2010: 53–68.
- Gajewski J.: *Kapitał społeczny a nadużywanie alkoholu i zadowolenie z życia młodzieży*. Remedium 2011; (12): 4–5.

- Kołoło H., Mazur J., Mikiel-Kostyra K., Guskowska M.: *Determinanty aktywności fizycznej młodzieży*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2010; 16(3): 310–318.
- Kowalewska A.: *Palenie tytoniu przez dziewczęta w Polsce w latach 1998–2008*. Przegląd Lekarski 2009; 66(910): 680–682.
- Małkowska-Szkutnik A.: *Samoocena zdrowia i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży*. W: Stan zdrowia mieszkańców Warszawy w latach 1999–2008. Urząd Miasta Stołecznego Warszawy. Biuro Polityki Zdrowotnej, Warszawa 2010, s. 195–225.
- Mazur J., Małkowska-Szkutnik A.: *Choroby przewlekłe a postrzeganie wymagań szkolnych przez uczniów 11–15-letnich w Polsce*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2010; 14(2):160–8.
- Mazur J.: *Metody regresyjne w badaniach nad nierównościami w zdrowiu*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2010; 91(1): 21–27.
- Mazur J.: *Społeczne uwarunkowania zdrowia subiektywnego młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat w Polsce na tle danych europejskich*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2010; 14(2): 169–78.
- Zambon A., Morgan A., Vereecken C., Colombini S., Boyce W., Mazur J., Lemma P., Cavallo F.: *The contribution of club participation to adolescent health: evidence from six countries*. Journal of Epidemiology & Community Health 2010; 64(1): 89–95.

2011

- Małkowska-Szkutnik A., Mazur J.: *Funkcjonowanie w szkole uczniów z chorobą przewlekłą*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011; 92(2): 232–240.
- Mazur J.: *Spojrzenie z perspektywy cyklicznych badań międzynarodowych*. Remedium 2011; (12): 1–3.
- Mazur J., Woynarowska B.: *Picie alkoholu przez młodzież 15-letnią w Polsce w latach 2002–2010. Zmiany w ogólnej populacji oraz według płci i zamożności rodziny*. Alkoholizm i Narkomania 2011; 24(4): 275–296.

- Tabak I., Mazur J.: *Dobre relacje rodzinne jako czynniki chroniące młodzież 11–15 -letnią przed paleniem tytoniu*. Przegląd Lekarski 2011; 68(10): 840–845.
- Woynarowska B., Komosińska K., Małkowska-Szkutnik A.: *Środowisko fizyczne szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce w ocenie ich dyrektorów*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011; 92(3): 455–460.
- Woynarowska B., Małkowska-Szkutnik A., Mazur J., Kowalewska A., Komosińska K.: *School meals and policy on promoting healthy eating in schools in Poland*. Medycyna Wieku Rozwojowego 2011; 15(3 cz. I): 232–239.
- Woynarowska-Soldan M., Małkowska-Szkutnik A.: *Postrzeganie przez dyrektorów szkół klimatu społecznego i problemów występujących w środowisku społecznym szkoły*. Ruch Pedagogiczny 2011; 82(5–6): 31–43.

2012

- Dzielska A.: *Używanie przez młodzież marihuany i upijanie się w latach 2006–2010*. Remedium 2012; 4: 30–31.
- Iannotti R.J., Chen R., Kololo H., Petronyte G., Haug E., Roberts C.: *Motivations for adolescent participation in leisure-time physical activity: International differences*. Journal of Physical Activity & Health 2012 Feb. 29. [Epub ahead of print]
- Kołoło H., Guskowska M., Mazur J.: *Psychospołeczne determinanty niedoboru aktywności fizycznej w populacji 15-latków*. Wychowanie Fizyczne i Sport 2012; 56(1): 5–10.
- Kołoło H., Guskowska M., Mazur J., Dzielska A.: *Self-efficacy, self-esteem and body image as psychological determinants of 15-year-old adolescents' physical activity levels*. Human Movement 2012; 13(3): 264–270.
- Kowalewska A., Mazur J.: *Próby palenia tytoniu a oglądanie telewizji, video, DVD przez młodzież w Polsce*. Przegląd Lekarski 2012; 69(10): 863–866.

- Małkowska-Szcutnik A.: *Relacje z przyjaciółmi a jakość życia gimnazjalistów*. *Remedium* 2012; 5: 6–7.
- Mazur J.: *Inequalities in health of children and adolescents*. W: *Social inequalities in health in Poland*. WHO Regional Office for Europe Copenhagen 2012, s. 49–60.
- Mazur J.: *Polska młodzież na tle rówieśników z innych krajów*. *Remedium* 2012; 6(232): 6–7.
- Mazur J., Kołoto H., Woynarowska B.: *Występowanie urazów wymagających pomocy medycznej u młodzieży gimnazjalnej w zależności od masy ciała i poziomu aktywności fizycznej*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012; 93(2): 298–303.
- Mazur J., Tabak I., Gajewski J., Dzielska A.: *Nadwaga i otyłość wśród uczniów gimnazjum w zależności od wybranych czynników behawioralnych. Zmiany w latach 2006–2010*. *Przegląd Epidemiologiczny* 2012; 66(3): 503–508.
- Sentenac M., Gavin A., Nic Gabhain S., Molcho M., Due P., Ravens-Sieberer U., de Matos M., Malkowska-Szcutnik A., Gobina I., Vollebergh W., Arnaud C., Godeau E.: *Peer-victimization and subjective health among students reporting disability or chronic illness in 11 Western Countries*. *European Journal of Public Health*; online published – 28.08.2012.
- Tabak I., Mazur J., Granado Alcón M.C., Örkenyi A., Zaborskis A., Aasvee K., and Moreno C.: *Examining trends in parent-child communication in Europe Over 12 Years*. *Journal of Early Adolescence* 2012; 32(1): 26–54.

2. Raporty krajowe i inne wydawnictwa zawarte

- Woynarowska B., Szymańska M., Burzyńska I., Mazur J., Pułtorak M., Wojciechowska A.: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport z badań przeprowadzonych w 1990 r.* Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993.

- Woynarowska B. (red.): *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Raport z badań przeprowadzonych w 1994 roku*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1996.
- Mazur J., Woynarowska B.: *Wypadki i urazy*. Raport z serii badań wykonanych w 1998 r. z serii Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 1999.
- Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A.: *Palenie tytoniu*. Raport z serii badań wykonanych w 1998 r. z serii Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 1999.
- Woynarowska B., Mazur J.: *Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Raport z serii badań wykonanych w 1998 r. z serii Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce*. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 1999.
- Woynarowska B., Szymańska M.M., Mazur J.: *Wiedza i przekonania o HIV/AIDS. Zachowania seksualne*. Raport z badań wykonanych w 1998 roku z serii Zdrowie Młodzieży Szkolnej w Polsce. UW, Warszawa 1999.
- Woynarowska B., Mazur J.: *Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998*. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2000.
- Woynarowska-Sołdan M., Woynarowska B., Kokosza I, Mazur J.: *Młodzież o szkole*. Raport z badań wykonanych w 1998 roku z serii Zdrowie Młodzieży Szkolnej w Polsce. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2000.
- Woynarowska B., Mazur J., Kowalewska A., Kołoto H., Małkowska A.: *Zachowania zdrowotne i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 r.* Raport techniczny z badań. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2002.
- Woynarowska B. (red.): *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*. Wydział Pedagogiczny UW; Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003.

- Mazur J., Woynarowska B., Oblacińska A., Biernacka B., Kołoło H.: *Urazy i przemoc wśród młodzieży szkolnej w Polsce. Różnice regionalne*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2004.
- Woynarowska B., Mazur J.: *Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły przez uczniów w Polsce i innych krajach*. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2004.
- Mazur J. (red.): *Środowiskowe, społeczne i behawioralne uwarunkowania urazów i przemocy wśród młodzieży szkolnej w Polsce i wybranych krajach*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2005.
- Woynarowska B., Mazur J., Kołoło H., Małkowska A.: *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej*. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2005.
- Mazur J. (red.): *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.
- Mazur J., Woynarowska B., Kołoło H.: *Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce*. Raport techniczny z badań HBSC 2006. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.
- Mazur J., Woynarowska B., Kołoło H. i wsp.: *Family socio-economic status and local area deprivation as determinants of self-perceived health and life style in Polish 15-year-old students*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.
- Mazur J., Tabak I., Małkowska-Szkutnik A., Ostaszewski K., Kołoło H., Dzielska A., Kowalewska A.: *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008.
- Mazur J.: *Spółeczne nierówności w zdrowiu subiektywnym młodzieży szkolnej w Polsce na tle Unii Europejskiej*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010.
- Mazur J., Małkowska-Szkutnik A.: *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

Mazur J. (red.): *Wyniki badań HBSC 2010. Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

Mazur J. (red.): *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012; Wyd. II uzupełnione.

3. Doktoraty⁴²

Mazur J.: *Rozpowszechnienie i uwarunkowania wypadków dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat*. Państwowy Zakład Higieny Instytut Naukowo-Badawczy. Warszawa 1996; Promotor: Prof. dr hab. med. Zbigniew J. Brzeziński.

Tabak I.: *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych a relacje z rodzicami: rola więzi, komunikacji i monitoringu*. Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego 2007. Promotor: dr hab. Aleksandra Łuszczynska.*

Jodkowska M.: *Czynniki ryzyka miażdżycy u młodzieży w aspekcie środowiskowym*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2009; Promotor dr hab. med. prof. IMD Krystyna Mikiel-Kostyra*.

Małkowska-Szcutnik A.: *Uczniowska percepcja wsparcia społecznego a zdrowie i funkcjonowanie w szkole*. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2009; Promotor prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska.

Kołoło H.: *Poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne i samoocena jako determinanty aktywności fizycznej młodzieży 15-letniej: rozprawa doktorska*. Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie. Wydział Wychowania Fizycznego, Warszawa 2010. Promotor: dr hab. prof. AWF Monika Guskowska.

⁴² *W pracy doktorskiej wykorzystano jako narzędzie badawcze część międzynarodowego standardowego kwestionariusza HBSC.

