

Anna Dzielska*, Anna Kowalewska**

Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu

Risky behaviour in adolescence: The aim of the paper is to provide an overview of questions related to risk-taking behaviour among adolescents in Poland. First, the authors present the basic theoretical concepts concerning the formation and maintenance of risky behaviour in adolescence. They also describe the changes that occurred in recent years in the approach to the prevention of risky behaviour and the role of health education in preventive actions. Next, the authors look at the data on risky behaviour taken by adolescents and assess its usability. In the final section, they discuss selected results of actions against risk behaviours among Polish adolescents.

Słowa kluczowe: *czynniki chroniące, czynniki ryzyka, młodzież, Polska, profilaktyka, zachowania ryzykowne, zdrowie*

Keywords: *protective factors, risk factors, adolescents, Poland, prevention, risky behaviour, health*

* Asystent naukowy w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka; e-mail: anna.dzielska@imid.med.pl.

** Asystent w Katedrze Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego; e-mail: a.kowalewska@uw.edu.pl.

Wkład autorek w opracowanie artykułu: A. Dzielska – 50%, A. Kowalewska – 50%.

Wstęp

Problem podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież nie jest zjawiskiem nowym. Odzwierciedleniem zainteresowań tym tematem są liczne artykuły, książki, filmy o charakterze beletrystycznym, popularnonaukowym i naukowym, których głównym lub jednym z wątków są zachowania podejmowane przez osoby w wieku dorastania. W ciągu lat zmie-

niało się podejście do zachowań ryzykownych młodzieży, między innymi dzięki nowej wiedzy na tematy dotyczące ich przyczyn, następstw, zjawisk towarzyszących procesom dorastania dzieci i młodzieży. Ważne było również postrzeganie problemowych zachowań dzieci i młodzieży z perspektywy jednostki i społeczeństwa. Uzyskana wiedza przekładała się na podejmowane działania legislacyjne, wychowawczo-edukacyjne, profilaktyczne i resocjalizacyjne. Podejście do zagadnień związanych z zachowaniami ryzykownymi młodzieży ulega ciągłym modyfikacjom także z tego powodu, że zdrowie i rozwój człowieka wykazują silne zależności od czynników kulturowo-społecznych i ekonomicznych, które ulegają systematycznie zmianom.

W badaniach różnych aspektów zdrowia dzieci i młodzieży często przedmiotem analiz są zachowania, które sprzyjają zdrowiu oraz stanowiące bezpośrednio lub w dłuższej perspektywie jego zagrożenie. Literatura przedmiotu jednoznacznie wskazuje, że styl życia, w tym zachowania ludzkie, w znacznym stopniu są odpowiedzialne za zdrowie człowieka¹. Na styl życia, oprócz systemu zachowań zdrowotnych uwarunkowanych cechami temperamentu, składa się wiedza, uogólnione poglądy i przekonania na temat świata, życia i własnej osoby, kompetencje, system wartości i indywidualne doświadczenia w zakresie zdrowia oraz czynniki kulturowo-społeczne i ekonomiczne². Szczególne znaczenie w podejmowaniu ryzykownych zachowań przez młodzież przypisuje się negatywnym wpływom rówieśniczym (posiadanie przyjaciół, którzy modelują zachowania problemowe), niskiej motywacji do osiągnięcia sukcesów życiowych (w szkole, w życiu rodzinnym i zawodowym) oraz niskim osiągnięciom w nauce (niska średnia ocen szkolnych)³. Kształtowanie zachowań zdrowotnych jest istotne w okresie dzieciństwa i dorastania, gdyż wtedy formują się wzorce tych zachowań, które bezpośrednio rzutują na zdrowie w późniejszych okresach życia. Zachowania ryzykowne zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się niekorzystnych psychologicznych, społecznych i zdrowot-

¹ A. Gniazdowski, *Zachowania prozdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990; M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, Minister of Supply and Services, Kanada 1981; *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, B. Woynarowska (red.), PWN, Warszawa 2007.

² H. Sęk, *Zdrowie behawioralne* [w:] *Psychologiczny kontekst problemów społecznych*, J. Strelau (red.), Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000, s. 533–553.

³ J. Mazur i in., *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem, zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008.

nych konsekwencji, a więc zaburzą prawidłowy rozwój⁴. Badania dzieci i młodzieży nie pozostawiają wątpliwości, że jest to grupa wiekowa najbardziej narażona na podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia i wykazująca niedostatki w zakresie zachowań korzystnych dla zdrowia. W artykule przedstawiono aktualne podejście do zachowań ryzykownych młodzieży. W pierwszej części zostaną omówione podstawowe koncepcje dotyczące kształtowania się zachowań ryzykownych w okresie dorastania. W kolejnej części opisano podstawowe źródła danych o zachowaniach ryzykownych młodzieży, ich rozpowszechnienie wśród nastolatków w Polsce oraz tendencje zmian w tym zakresie.

Pojęcie, rodzaje i funkcje zachowań ryzykownych

Zachowania ryzykowne (problemowe) i konwencjonalne

We współczesnym podejściu do zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży daje się zauważyć przeniesienie zainteresowania z jednego zachowania ryzykownego (np. palenie tytoniu, picie alkoholu, wczesna inicjacja seksualna) na postrzeganie ich w sposób całościowy. Wprowadzenie terminu zachowania ryzykowne w literaturze przedmiotu znajduje naukowe uzasadnienie. W pierwotnej formie termin „zachowanie problemowe” wprowadzony był przez R. i S. Jessorów, twórców teorii zachowań problemowych. Skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych była, zdaniem tych autorów, wypadkową czynników psychospołecznych oddziałujących na system osobowości, system spostrzeganego otoczenia i system zachowania. Ich zdaniem wzajemne relacje pomiędzy czynnikami chroniącymi i czynnikami ryzyka oddziałującymi na różne systemy funkcjonowania młodego człowieka mogą mieć wpływ na zaangażowanie i podejmowanie przez młodzież zachowań konwencjonalnych lub ryzykownych dla zdrowia.

Na system zachowań składa się struktura zachowań ryzykownych i konwencjonalnych. „Zachowania ryzykowne” to różne zachowania podejmowane przez dzieci i młodzież, które zagrażają ich zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, a także są niezgodne z normami społecznymi⁵.

Według literatury przedmiotu do zachowań ryzykownych podejmowanych przez młodzież najczęściej zalicza się:

⁴ I. Obuchowska, *Drogi dorastania, psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców. Autodestrukcyjne zachowania młodzieży*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1996, s. 170–206.

⁵ R. Jessor, M.S. Turbin, F.M. Costa, *Protective factors in adolescent health behavior*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1998, t. 75, nr 3, s. 923–933.

- palenie tytoniu, picie systematyczne alkoholu, upijanie się,
- używanie narkotyków, leków psychoaktywnych,
- przedwczesną aktywność seksualną,
- zachowania agresywne, stosowanie przemocy,
- drobne przestępstwa, czyny chuligańskie, wandalizm,
- zaniedbywanie obowiązków szkolnych, wagary,
- ucieczki z domu.

Zachowania konwencjonalne to zachowania nastawione na podtrzymywanie w społeczeństwie tradycyjnych norm i wartości. Należą do nich zachowania prospołeczne podejmowane przez dzieci i młodzież oraz pozytywne zaangażowanie młodzieży w działalność rodziny, szkoły, życie religijne, między innymi przynależność do klubów sportowych, harcerstwa, grup religijnych, samorządów szkolnych.

Zespół zachowań ryzykownych (ZZR)

Zdaniem autorów teorii zachowań problemowych oraz osób praktycznie zajmujących się pracą z młodzieżą (nauczycieli, psychologów, terapeutów, rodziców) pojedyncze przypadki podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież są zjawiskiem dosyć powszechnym i można je uznać za zachowania charakterystyczne dla tego etapu rozwoju człowieka, gdyż wielu młodych ludzi po pierwszych próbach nie podejmuje więcej tego typu zachowań. W literaturze przedmiotu został opisany, obserwowany od lat przez wielu praktyków zespół zachowań ryzykownych, który nie może być już uznawany za przejaw „normy rozwojowej”. Charakteryzuje się on tym, że jedno zachowanie ryzykowne zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia innych zachowań niekorzystnych dla zdrowia i rozwoju młodego człowieka, np. picie alkoholu sprzyjać może zachowaniom agresywnym, wczesnej aktywności seksualnej, występowaniu kłopotów w szkole.

Wyniki analiz przeprowadzonych w wielu badaniach wskazują na występowanie związku między zespołem zachowań ryzykownych a nasileniem objawów stresu psychologicznego, objawów depresyjnych, złego samopoczucia psychicznego⁶. W badaniach tych zwraca się również uwagę na współ-

⁶ W. Pickett, H. Schmid, W.F.Boyce et al., *Multiple risk behavior and injury. An international analysis of young people*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine” 2002, nr 156, s. 786–793; K. Bobrowski, J.C. Czabała, C. Brykczyńska, *Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, nr 14(4), s. 284–292; T. Willoughby, H. Chalmers, M. Busseri, *Where is the syndrome? Co-occurrence among multiple adolescent problem behaviors in adolescence*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2004, nr 72, s. 1022–1037; J. Mazur,

występowanie zachowań ryzykownych z trudnościami w szkole, złymi kontaktami z rodzicami, spędzaniem wieczorów poza domem z rówieśnikami. U dzieci i młodzieży podejmującej zachowania ryzykowne częściej niż u ich rówieśników, które tych zachowań nie podejmują, występuje brak umiejętności rozwiązywania problemów, radzenia sobie z emocjami, niska samoocena. Ponadto stwierdzono, że czynnikami sprzyjającymi prozdrowotnym zachowaniom i unikaniu przez nastolatków zachowań ryzykownych są dobre relacje z rodziną, odczuwane wsparcie ze strony rodziców, zachowania zdrowotne reprezentowane przez rodziców, wysoka ocena wartości zdrowia w rodzinie czy też wysoki poziom pozytywnych wychowawczo postaw rodzicielskich⁷. Wykazano również występowanie zależności pomiędzy zachowaniami ryzykownymi podejmowanymi przez dzieci i młodzież, a obiektywną i subiektywną oceną sytuacji społeczno-ekonomicznej młodych ludzi⁸.

Dorośli, obserwując zachowania ryzykowne podejmowane przez dzieci i młodzież, często uważają, że jest to nieprzemyślany występ. Nie potrafią zrozumieć powodów tych zachowań. Według teorii zachowań problemowych⁹ młody człowiek podejmuje zarówno zachowania, które są akceptowane społecznie, jak i takie, które są zaliczane do zachowań ryzykownych. Jedne i drugie zachowania pełnią w życiu dzieci i młodzieży różne funkcje:

- zaspokajają potrzeby życiowe (np. miłości, akceptacji),
- umożliwiają realizację zadań rozwojowych (np. określenie swojej tożsamości, uzyskanie niezależności od rodziców, przynależność do grupy rówieśników),
- mogą być sposobem radzenia sobie z trudnościami i stresem,
- stanowią formę protestu przeciwko obowiązującym zasadom.

Młody człowiek w sytuacjach, kiedy nie może zaspokoić swoich potrzeb w sposób konwencjonalny, podejmuje zachowanie ryzykowne. Jednak na-

B. Woynarowska, *Współwystępowanie palenia tytoniu i picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych u młodzieży szkolnej. Tendencje zmian w latach 1990–2002*, „Alkoholizm i Narkomania” 2004, t. 17, nr 1–2, s. 29–43.

⁷ M. Nadworna-Cieślak, N. Ogińska-Bulik, *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Difin, Warszawa 2011, s. 157; R.J. DiClemente et al., *Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors*, „Pediatrics” 2001, nr 107, s. 1363–1368.

⁸ J. Mazur, *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Wyniki badań HBSC 2006 w ujęciu środowiskowym*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.

⁹ *New perspectives on adolescent risk behavior*, R. Jessor (ed.), Cambridge University Press, 1998.

leży pamiętać, że przyczyny, dla których młodzież zaczyna się tak zachowywać, mogą być spowodowane interakcją czynników indywidualnych, środowiskowych, rodzinnych, związanych z grupą rówieśniczą i szkołą. W obrębie każdej grupy czynników wyróżnić można te, które zwiększają ryzyko podejmowania zachowań problemowych, oraz te, które często pomimo występowania w środowisku młodych ludzi wielu czynników ryzyka chronią ich przed podejmowaniem takich zachowań¹⁰.

Współwystępowanie zachowań ryzykownych z zaburzeniami zdrowia psychicznego i społecznego oraz ogólną sytuacją społeczno-ekonomiczną wskazuje na konieczność propagowania tej wiedzy wśród osób pracujących z młodzieżą oraz podejmujących decyzje w sprawie kształcenia kadry nauczycielskiej i wychowawczej. Istotne jest przeciwdziałanie zjawisku podejmowania zachowań ryzykownych przez dzieci i młodzież oraz poznanie czynników, które mają wpływ na występowanie tych zachowań.

Wybrane koncepcje wyjaśniające podejmowanie zachowań ryzykownych

Podejście do przyczyn podejmowania zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży ulegało zmianie. Przejawem tego są liczne teorie naukowe, które skupiały się na biologicznych, psychicznych, kulturowo-społecznych i ekonomicznych uwarunkowaniach zachowań człowieka. Zmieniło się również postrzeganie źródeł zachowań nieakceptowanych społecznie. Według np. E. Durkheima przyczyna niewłaściwych zachowań wynikała ze zła, które było, jego zdaniem, obecne w człowieku od urodzenia i tylko odpowiednia kontrola społeczna mogła temu przeciwdziałać. Na bazie jego teorii powstały teorie więzi społecznej, które wyjaśniały mechanizmy związane z wpływem panujących norm na zachowania człowieka. Przeniesienie odpowiedzialności za zachowania ryzykowne z jednostki na czynniki zewnętrzne występujące w jej środowisku pojawiło się również w teoriach uczonych reprezentujących różne specjalności.

Model biopsychospołeczny podejmowania zachowań ryzykownych

W ostatnich latach uwaga naukowców i praktyków przedmiotu skierowana jest na interakcje zachodzące pomiędzy człowiekiem a środowiskiem jego życia. Model biopsychospołeczny obejmuje dwa obszary badań, które

¹⁰ R. Loeber, D.P. Farrington, M. Stouthamer-Loeber et al., *Multiple risk factors for multiproblem boys: Co-occurrence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood, and shy/withdrawn behavior* [w:] *New perspective on adolescents risk behavior*, R. Jessor (ed.), Cambridge University Press, 1998, s. 90–149.

były często uznawane za oddzielne: związek rozwoju biologicznego z procesami poznawczymi i ich wpływem na dojrzałość w relacjach psychospołecznych w okresie dojrzewania oraz związek podejmowania zachowań ryzykownych z ich psychospołecznymi korelatami. Wiek dojrzewania biologicznego wpływa na cztery obszary funkcjonowania społecznego: poznanie, postrzeganie siebie, postrzeganie środowiska społecznego oraz osobiste wartości. Zgodnie z tym modelem czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczne i środowiskowe wraz z postrzeganiem ryzyka i charakterystyką grupy rówieśniczej wpływają na podejmowanie zachowań ryzykownych przez młodzież. Na czynniki biologiczne składają się: czas dojrzewania płciowego, wpływ gospodarki hormonalnej, predyspozycje genetyczne. Czynniki psychologiczne to poczucie własnej wartości, tendencja do poszukiwania wrażeń (*sensation seeking*), stany poznawcze (np. uwaga, spostrzeganie) i afektywne (emocje). Wpływy społeczne to przede wszystkim rola grupy rówieśniczej, rodziny i szkoły¹¹.

Biopsychospołeczny model wyjaśnia warunki (czynniki), które mogą zwiększyć prawdopodobieństwo angażowania się w zachowania ryzykowne. Czynniki biologicznymi predestynującymi nastolatków do podejmowania ryzyka są płeć męska, predyspozycje genetyczne i wpływy hormonalne, psychologicznymi zaś poszukiwanie wrażeń, postrzeganie ryzyka, depresja, niska samoocena. Czynniki społeczne i środowiskowe to przede wszystkim błędy wychowawcze popełniane przez rodziców, modelowanie ryzykownych zachowań przez rodziców, zachowania rówieśników, status socjoekonomiczny. Podatność na ryzykowne zachowania może być ponadto wspierana przez trudne sytuacje występujące w rodzinie, zmianę etapów edukacyjnych, używanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie przez rówieśników zachowań ryzykownych¹².

Koncepcja resilience – rola czynników ryzyka i czynników chroniących

W ostatnich latach popularna stała się również koncepcja *resilience*, w której zwrócono uwagę na czynniki chroniące młodych ludzi przed zachowaniami problemowymi mimo występowania w ich życiu licznych czynników ryzyka¹³. Ponieważ w literaturze przedmiotu można spotkać się z różnymi definicjami omawianych terminów, celowe wydaje się ich wyjaśnienie.

¹¹ Irwin and Millstein [za:] *Adolescent health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*, R.J. DiClemente, J.S. Santelli, R.A. Crossy (red.), Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco 2009, s. 41–45.

¹² *Adolescent health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*, op. cit., s. 41–45.

¹³ J. Mazur, I. Tabak, *Koncepcja „resilience”, od teorii do badań empirycznych*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2008, nr I(XII), cz. 2, s. 597–603; M. Rutter, *Psychosocial resi-*

Czynniki ryzyka są to wg K. Ostaszewskiego i współpracowników: *właściwości indywidualne, cechy środowiska społecznego i efekty ich interakcji, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem powstania nieprawidłowości, zaburzeń, chorób lub przedwczesnej śmierci*¹⁴.

Mimo że pojęcie czynników ryzyka może odnosić się do osób w różnym wieku, to w niniejszym opracowaniu, zgodnie z koncepcją *resilience*, omówione zostaną one pod kątem zachowań problemowych dzieci i młodzieży.

Do czynników ryzyka zachowań problemowych dzieci i młodzieży należą¹⁵:

- Czynniki środowiskowe: dostępność substancji psychoaktywnych, wzorce zachowań społecznych, wysoki poziom zagrożenia (przestępczość, przemoc, nieprzestrzeganie prawa), niekorzystne warunki ekonomiczne (ubóstwo, dezorganizacja życia społecznego, brak pracy, brak możliwości spędzania czasu wolnego w sposób atrakcyjny).
- Czynniki rodzinne: nieprawidłowe wzorce dla dziecka, gorsza opieka nad dzieckiem, niski status społeczno-ekonomiczny rodziny (niskie dochody, niski poziom edukacji rodziców), przyzwolenie rodziców na przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez dzieci, nieprawidłowa realizacja ról rodzicielskich (brak granic, zbyt duża kontrola, niekonsekwentne postępowanie).
- Czynniki związane z grupą rówieśniczą: przyjmowanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie innych zachowań problemowych przez rówieśników, akceptacja przyjmowania substancji psychoaktywnych przez rówieśników, chęć przynależności do grupy.
- Czynniki związane ze środowiskiem szkolnym: trudności w nauce, konflikty z nauczycielami i innymi uczniami, poczucie osamotnie-

lience and protective mechanisms, „American Journal of Orthopsychiatry. 1987”, nr 57(3), s. 316–331; A. Borucka, A. Pisarska, *Koncepcja resilience – czyli jak pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, www.ore.pl [dostęp 15 lutego 2014 r.]; A. Borucka, K. Ostaszewski, *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2008, nr II(XII), cz. I, s. 587–597.

¹⁴ K. Ostaszewski, A. Rustecka-Krawczyk, W. Wójcik, *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I-II*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009, s. 13.

¹⁵ K. Ostaszewski, *Pozytywna profilaktyka*, „Świat Problemów” 2006, nr 3, s. 6–10; K. Okulicz-Kozaryn, *Założenia do wraźania skutecznych strategii profilaktycznych [w:] Rekomendacje do realizowania i finansowania gimnazjalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 r.*, PARPA, Warszawa 2008, s. 52–65; A. Kowalewska, S. Bedyńska, *Wagarowanie. Postrzeganie osiągnięć i wymagań szkolnych a podejmowanie zachowań ryzykownych przez dziewczęta 18-letnie w Polsce [w:] Człowiek w wielkiej sieci*, t.1, D. Sarzała, M. Walancik (red.), Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, Mazowieckie Centrum Profilaktyki Uzależnień, Warszawa 2011, s. 401–409.

nia, doświadczanie przemocy psychicznej i fizycznej w szkole, zbyt duże wymagania, brak jasnych przepisów dotyczących podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież, brak konsekwencji wynikających z nieprzestrzegania tych przepisów.

- Czynniki związane z cechami jednostki i jej wcześniejszymi doświadczeniami. Młodzi ludzie podejmujący zachowania ryzykowne częściej niż ci, którzy ich nie podejmują, charakteryzują się: niedostosowaniem społecznym, niskim poczuciem własnej wartości i samoskuteczności, brakiem umiejętności przeciwstawiania się presji grupy i rozwiązywania problemów. Ma też znaczne zapotrzebowanie na stymulację, doświadcza wysokiego poziomu stresu, jest przekonana o pozytywnym wpływie substancji psychoaktywnych na funkcjonowanie człowieka. W swoim życiu częściej doświadczała przemocy fizycznej lub seksualnej bądź doświadczyła traumatycznego zdarzenia (np. utrata kogoś bliskiego).

Czynniki chroniące są to zasoby indywidualne jednostki oraz cechy środowiska, które kompensują bądź redukują wpływ czynników ryzyka, przyczyniając się do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zachowań problemowych lub zminimalizowania stopnia ich intensywności.

Dzięki czynnikom chroniącym u młodego człowieka zwiększa się jego odporność na działanie czynników ryzyka, wyzwala się motywacja i energia do pokonywania przeciwności losu w sposób sprzyjający rozwojowi osobowości. Im więcej zasobów ma dziecko, tym większa jest u niego możliwość prawidłowego rozwoju. Na podstawie analizy wyników badań nad rolą czynników ochronnych opracowano listę najważniejszych zasobów niezbędnych do prawidłowego rozwoju (tabela 1).

Holistyczne podejście do zdrowia

Ważnym czynnikiem, który miał w ostatnich latach wpływ na zmianę postrzegania problemu zachowań problemowych przez młodzież, była popularyzacja holistycznego podejścia do zdrowia. Zdrowie człowieka nie jest już tylko definiowane jako wypadkowa sumy zachowań ryzykownych dla zdrowia i zachowań prozdrowotnych. Prawdopodobieństwo wystąpienia choroby lub zaburzenia wynika z charakteru, ilości i rodzaju interakcji behawioralnych, czynników ryzyka skumulowanych w danej jednostce. Predyktory chorób (czynniki ryzyka) mogą się sumować, powodując efekt addycyjny, a prawdopodobieństwo choroby (zaburzenia) zmienia się w zależności od wagi danego zachowania. Inne czynniki wzmacniają swoje działanie na drodze zjawiska zwanego synergizmem, jeszcze inne osłabiają

Tabela 1. Zasoby, które należy rozwijać i wzmacniać w celu prawidłowego rozwoju nastolatków w wieku 12–18 lat

Zasoby zewnętrzne
<p>Wsparcie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wsparcie w rodzinie – życie pełne miłości i wsparcia, np. pielęgnowanie tradycji i zwyczajów rodzinnych, poszanowanie prywatności, potrzeby niezależności, wspólne spędzanie czasu, dobra komunikacja w rodzinie, zaangażowanie rodziców w życie szkoły • Dobre relacje z innymi dorosłymi (nastolatek otrzymuje wsparcie od co najmniej trojga innych dorosłych osób niż rodzice), troskliwe sąsiedztwo • Dobry klimat w szkole (nastolatek doświadcza uwagi i ma pozytywne wspomnienia)
<p>Wzmacnianie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Społeczność lokalna docenia młodzież (młodzież podejmuje prace zarobkowe i jest życzliwie traktowana przez starsze osoby) • Młodzież udziela wsparcia innym – pomaga w nauce, zakupach, bierze udział w organizowaniu imprez lokalnych, działa na rzecz społeczności lokalnej przynajmniej przez godzinę w tygodniu • Młodzież czuje się bezpiecznie w domu, szkole i w sąsiedztwie
<p>Granice i oczekiwania</p> <ul style="list-style-type: none"> • W rodzinie i szkole są jasno określone zasady zachowania i konsekwencje ich łamania • Osoby dorosłe modelują pozytywne odpowiednie zachowania i zachęcają nastolatka do ich podejmowania • Społeczność lokalna monitoruje zachowania nastolatków • Najlepsi przyjaciele nastolatka modelują odpowiednie zachowania
<p>Konstruktywne wykorzystanie czasu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nastolatek podejmuje różne twórcze działania (zajęcia muzyczne, teatralne lub inne) • Nastolatek uczestniczy w zajęciach pozalekcyjnych • Nastolatek spędza czas poza domem nie więcej niż dwa wieczory w tygodniu
<p>Zaangażowanie w naukę</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nastolatek ma potrzebę osiągnięć, jest zaangażowany w poszerzanie swojej wiedzy, odrabia prace domowe • Nastolatek ma poczucie więzi ze szkołą, spędza trzy godziny lub więcej w tygodniu na czytaniu
Zasoby wewnętrzne
<p>Pozytywne wartości</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nastolatek doświadcza troskliwości, równości, poszanowania innych, widzi uczciwość, wstrzeźliwość, odpowiedzialność, prawość
<p>Umiejętności społeczne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nastolatek planuje i podejmuje decyzje, przewiduje konsekwencje swoich działań • Nastolatek ma umiejętności interpersonalne, jest empatyczny wrażliwy • Nastolatek ma umiejętności międzykulturowe, które umożliwiają mu adekwatne zachowanie wśród przedstawicieli innych kultur, narodowości czy innego pochodzenia • Nastolatek potrafi przeciwstawić się presji grupy, rozwiązywać konflikty bez agresji i przemocy
<p>Pozytywna tożsamość</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nastolatek ma wewnętrzną siłę, która daje mu poczucie kontroli nad tym, co go spotyka; ma wysoką samoocenę, poczucie, że jego życie i to, co robi, ma sens, patrzy optymistycznie na swoją przyszłość

Źródło: K. Okulicz-Kozaryn, *Założenia do wdrażania skutecznych strategii profilaktycznych* [w:] *Rekomendacje do realizowania i finansowania gimnazjalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 r.*, PARPA, Warszawa 2008, s. 52–65.

swój wpływ na zdrowie. Każda osoba tworzy sieć, na którą składają się procesy poznawcze, system wartości, cele, umiejętności, postawy. Ten złożony układ sam wybiera, na co chce przeznaczyć własne nakłady i reaguje na znaczenia im przypisane¹⁶. W związku z tym zwrócono uwagę, że podjęcie zachowania ryzykownego nie musi wynikać z antyzdrowotnych postaw, ale może być spowodowane potrzebą chwili, potrzebami emocjonalnymi, duchowymi czy niedojrzałością biologiczną (układu nerwowego, hormonalnego) i psychospołeczną¹⁷.

Wspólną cechą większości zachowań problemowych podejmowanych przez młodzież są motywacje ich podejmowania¹⁸:

- ucieczkowe (od problemów, pustki, nudy, samotności, lęku),
- konformizmu (upodobnianie się do innych),
- egzystencjalne (poczucie bezsensu, pustka życiowa),
- prestiżowe, snobistyczne,
- poszukiwania (ciekawość, chęć przeżycia czegoś nowego).

Promocja zdrowia i profilaktyka zachowań ryzykownych

Analizując zmiany, jakie zaszły w Polsce w ostatnich dziesięcioleciach w podejściu do profilaktyki zachowań ryzykownych, w tym uzależnień, można zauważyć preferowanie różnych modeli profilaktycznych, uwzględnianie różnych sfer rozwoju i zdrowia człowieka, poszerzanie obszaru realizatorów programów i adresatów¹⁹. Od lat 90. ubiegłego wieku w profilaktyce silnie zaznaczyło się podejście systemowe, oparte na działaniach interdyscyplinarnych, polegające na współpracy między różnymi specjalistami, instytucjami oraz mieszkańcami środowisk lokalnych. Nowe kierunki działań dają się również zauważyć w nowym podziale profilaktyki na poziom uniwersalny, selektywny i wskazujący, który zyskuje coraz więcej zwolenników²⁰. W nowym podziale profilaktyka została wyraźnie oddzielona od promocji zdrowia, w tym

¹⁶ M. Blaxter, *Zdrowie*, Wydawnictwo Sic, Warszawa 2009.

¹⁷ A. Kowalewska, *Palenie tytoniu przez dziewczęta w okresie dorastania w kontekście uwarunkowań psychospołecznych*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2013.

¹⁸ J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2002.

¹⁹ J. Grzelak, B. Wolniewicz-Grzelak, *Ocena efektywności programów profilaktycznych. Perspektywa metodologiczna*, „Alkoholizm i Narkomania” 1993, nr 13, s. 70–112; Z.B. Gaś, *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie ewaluacja*, MENiS, Warszawa 2003.

²⁰ P. Mazek, R. Haggerty [za:] K. Ostaszewski, *Kompendium wiedzy o profilaktyce* [w:] *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Fundacja ETOH, Warszawa 2010, s. 73–95.

psychicznego, i wspierania pozytywnego rozwoju jednostek oraz od leczenia i postępowania po leczeniu (rehabilitacja, zapobieganie nawrotom).

Obecnie w pracy z dziećmi i z młodzieżą, obok działań z zakresu profilaktyki, kładzie się duży nacisk na promowanie zdrowia i prozdrowotnego stylu życia. Głównym celem tych działań jest mobilizowanie ludzi i stwarzanie im warunków do samodzielnej aktywności na rzecz propagowania prozdrowotnego stylu życia przy wsparciu organizacji i instytucji rządowych i pozarządowych.

Typy profilaktyki zachowań ryzykownych

Profilaktyka uniwersalna – działania mające wyeliminować lub ograniczyć podejmowanie zachowań ryzykownych przez młodzież powinny rozpocząć się jak najwcześniej, w ramach promocji zdrowia prowadzonej przez rodziców wychowawców i opiekunów, pedagogów szkolnych, psychologów, nauczycieli. Ich celem powinno być promowanie zdrowego stylu życia, kształcenie właściwych postaw prozdrowotnych oraz kształcenie umiejętności psychospołecznych niezbędnych młodym ludziom w procesie socjalizacji we współczesnym świecie oraz dla dobrego wypełniania ról związanych z życiem prywatnym i zawodowym. Niektóre z tych umiejętności zostały zamieszczone w tabeli 1 dotyczącej zasobów, jakie działają jako czynnik ochronny w podejmowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia. W tabeli 2 przedstawiono umiejętności psychospołeczne, które są istotnym elementem prawidłowego wychowania i rozwoju psychospołecznego człowieka.

Tabela 2. Umiejętności psychospołeczne i ich podział według P. Aggletona

Grupy umiejętności	Rodzaj umiejętności
Umiejętności interpersonalne	empatia, aktywne słuchanie, przekazywanie i przyjmowanie informacji zwrotnych, porozumiewanie się werbalne i niewerbalne, szczerość, odmawianie, negocjowanie, rozwiązywanie konfliktów, współdziałanie, praca w zespole, związki i współdziałanie ze społecznością
Umiejętności budowania samoświadomości (<i>self-awareness</i>)	samoocena, identyfikacja własnych mocnych i słabych stron, pozytywne myślenie, budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby i własnego ciała
Umiejętności budowania własnego systemu wartości	zrozumienie różnych norm społecznych, przekonań, kultur, różnic związanych z płcią, tolerancja, identyfikacja czynników, które wpływają na system wartości, postawy, tworzenie własnej hierarchii wartości postaw i zachowań, przeciwdziałanie dyskryminacji i negatywnym stereotypom, działanie na rzecz prawa, odpowiedzialności i sprawiedliwości społecznej
Umiejętności podejmowania decyzji	krytyczne i twórcze myślenie, rozwiązywanie problemów, identyfikacja ryzyka dla siebie i dla innych, poszukiwanie alternatyw, uzyskiwanie informacji i ocena ich wartości, przewidywanie konsekwencji własnych działań, zachowań, stawianie sobie celów

Źródło: prezentacja w czasie warsztatów „Life skills training programme” WHO, UNICEF – Bratysława 2000.

Profilaktyka selektywna – ma na celu zapobieganie, ograniczenie lub zaprzestanie podejmowania przez dzieci i młodzież zachowań ryzykownych. Stosując profilaktykę selektywną, dąży się między innymi do ograniczania czynników ryzyka związanych ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym, obala fałszywe przekonania normatywne dotyczące zachowań ryzykownych, kształci umiejętności niezbędne w rozwoju emocjonalnym i społecznym dzieci i młodzieży. Prowadzone są zajęcia dla rodziców i opiekunów mające na celu pomoc w rozwiązywaniu problemów z podejmowaniem zachowań ryzykownych. Realizatorami tych programów są psychoterapeuci, psycholodzy, pracownicy świetlic terapeutycznych, doradcy rodzinni.

Profilaktyka wskazująca – skierowana jest do osób, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń lub szczególnie zagrożonych rozwojem problemów zdrowotnych wynikających z podejmowania zachowań ryzykownych. Działaniom tym poddawane są osoby charakteryzujące się występowaniem takich czynników ryzyka, jak: zaburzenia zachowania, zaburzenia koncentracji z deficytem uwagi (ADHD), niepowodzenia szkolne, podejmowanie zachowań ryzykownych, używanie narkotyków (bez diagnozy uzależnienia), próby samobójcze, konflikty z prawem, wychowywanie się w rodzinie z problemem narkotykowym. Realizatorami działań profilaktyki wskazującej są osoby przygotowane w zakresie pomocy psychologicznej lub terapeutycznej. Często w ramach tej formy profilaktyki współpracują ze sobą różni specjaliści.

Wyniki badań prowadzonych w latach 90. XX wieku nad czynnikami chroniącymi (wzmacniającymi potencjał zdrowotny i odporność na działanie czynników ryzyka) przyczyniły się do rozwoju nowego podejścia w profilaktyce, do tzw. profilaktyki pozytywnej²¹. Wykazano, że nie jest możliwe wyeliminowanie z życia młodych osób wszystkich czynników ryzyka. Dlatego we współczesnych programach profilaktycznych, niezależnie, czy jest to profilaktyka uniwersalna, selektywna, czy wskazująca, zwraca się uwagę na rozwijanie lub/i wzmacnianie potencjału indywidualnego każdej osoby przez:

- nabywanie umiejętności życiowych,
- poprawę relacji z rodzicami i innymi ważnymi osobami,
- tworzenie przyjaznego środowiska społecznego (podwórko, szkoła, społeczność lokalna), które będzie sprzyjało rozwojowi młodego człowieka (np. będzie on miał możliwość wzięcia udziału w zajęciach alternatywnych, podjęcia działań wolontariackich).

²¹ K. Ostaszewski, *Pozytywna profilaktyka*, „Świat Problemów” 2006, nr 3(158), s. 6–10.

W następstwie precyzyjnego określenia profilaktyki ważne jest, aby we współczesnych programach w szkole znalazł się czas i chęci uwzględnienia w działaniach zagadnień z obszaru promocji zdrowia, w tym psychicznego. Głównym celem działań z zakresu promocji zdrowia i wspierania pozytywnego rozwoju jest pomnażanie zdrowia i wzmacnianie zasobów odpornościowych dzieci i młodzieży, ale również nauczycieli, wychowanków i rodziców. Skierowane są one tak samo jak działania z profilaktyki uniwersalnej do całych populacji, np. uczniów jakiegoś typu szkół, ich rodziców. Działania te mają charakter edukacyjny i należą do zakresu polityki społecznej realizowanej np. przez szkołę.

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna odgrywa szczególną rolę w zapobieganiu podejmowania przez młodzież zachowań problemowych. Celem edukacji zdrowotnej jest m.in.: *kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu*²². W przypadku choroby lub niepełnosprawności edukacja zdrowotna ma uczyć, jak uczestniczyć w leczeniu, radzić sobie i zmniejszać skutki choroby. Edukacja zdrowotna jest procesem dydaktyczno-wychowawczym. Działania prowadzone w ramach edukacji zdrowotnej wywołać mają zamierzone zmiany w sferze poznawczo-instrumentalnej, związanej z poznawaniem otaczającego świata i umiejętności oddziaływania na niego. Dotyczą również sfery emocjonalno-motywacyjnej, polegającej na kształtowaniu stosunku człowieka do ludzi i otaczającego świata, jego przekonań, skali wartości i celu życia²³. Ważną właściwością prowadzonych działań z zakresu działalności wychowawczej edukacji zdrowotnej powinien być kontakt z drugim człowiekiem oparty na wzajemnym zrozumieniu.

Na podstawie prac różnych autorów można przyjąć, że pełna „dojrzałość zdrowotna” przejawia się²⁴:

- w sferze fizycznej – nabyciem wiedzy i umiejętności umożliwiających prowadzenie prozdrowotnego stylu życia,
- w sferze psychicznej – reakcjami emocjonalnymi adekwatnymi do bodźców, kontrolę swoich uczuć, okazywaniem ludziom sympatii,

²² *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych*, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012.

²³ M.M. Śliwa, *Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki*, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Katowice 2001; W. Okoń, *Wszystko o wychowaniu*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2009.

²⁴ Z.B. Gaś, *Szkolny program profilaktyki*, op. cit.

miłości, zaufania, poczuciem odpowiedzialności za siebie i innych, zainteresowaniem problemami współczesnego świata,

- w sferze społecznej – kompetencjami w działaniu, rozumianymi jako wywiązywanie się z pełnionych ról społecznych i systematycznym podejmowaniem nowych ról zgodnie z cyklem życiowym,
- w sferze duchowej – umiejętnościami kierowania się w życiu zasadami, wynikającymi z posiadanego systemu wartości, oraz poczuciem sensu życia.

Związek pomiędzy wychowaniem a podejmowanymi działaniami profilaktycznymi i promocją zdrowia jest uwzględniany w pracach z zakresu nauk humanistycznych (pedagogiki, socjologii, psychologii). Wychowanie i nauczanie, w tym zagadnień dotyczących zdrowia, mają na celu optymalizację rozwoju. Choć oddziaływania te mogą trwać całe życie, to szczególnie znaczenie mają tak zwane okresy sensytywne – są to okresy szczególnej podatności na stymulację i, w zależności, czy jest to rozwój psychiczny (emocjonalny, poznawczy), czy moralny oraz jakich etapów dotyczy, przypadają na różne lata życia. Zaniedbania w którymś okresie mogą stać się powodem różnych zachowań zaburzających rozwój człowieka, w tym również podejmowania zachowań ryzykownych.

Podejmowanie zachowań ryzykownych przez młodzież w Polsce

Dla lepszego zrozumienia zachowań ryzykownych młodzieży ważnym zadaniem jest stałe monitorowanie tego zjawiska. Uzyskane dane są podstawą dokonywanej na różnych szczeblach administracji państwowej i międzynarodowej diagnozy sytuacji w zakresie częstości podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych z uwzględnieniem płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, statusu społeczno-ekonomicznego itp. Przeprowadzane badania stanowią podstawę do wdrażania i ewaluacji działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki oraz leczenia następstw podejmowania zachowań ryzykownych. Za nowe podejście można uznać prowadzone cyklicznie badania krajowe i międzynarodowe z zastosowaniem ujednoczonej metodologii. Umożliwia to dokonywanie porównań krajowych i międzynarodowych, śledzenie trendów oraz ułatwia opracowywanie raportów na potrzeby różnych instytucji i organizacji. Takie badania są również cennym źródłem informującym o aktualnych problemach młodzieży, mogą więc stanowić podłoże do projektowania adekwatnych do potrzeb programów profilaktycznych. Śledzenie występowania różnych zachowań ryzykownych

w ciągu wielu lat jest też dobrym wskaźnikiem informującym o skutkach (efektach) podejmowanych w Polsce działań zapobiegawczych.

Badania o zasięgu międzynarodowym

Międzynarodowe badania zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (HBSC)

Polska od lat uczestniczy w międzynarodowych badaniach dotyczących zachowań zdrowotnych młodzieży, w tym zachowań ryzykownych dla zdrowia. Badania HBSC (Health Behaviour in School-aged Children. WHO Collaborative Cross-national Survey) wykonywane są cyklicznie, co cztery lata od roku 1990, we współpracy z Biurem Regionalnym dla Europy WHO²⁵. Badania ankietowe prowadzone są na ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie nastolatków w wieku 11, 13 i 15 lat, a od roku 2010 dodatkowo – 17 lat. Wiosną 2014 r. planowane jest przeprowadzenie siódmej już serii badań HBSC.

Kwestionariusz stosowany w badaniach HBSC został podzielony na bloki odpowiadające różnym typom zachowań zdrowotnych (zagrożającym zdrowiu i korzystnym dla zdrowia), zawiera pytania demograficzne, pytania dotyczące zdrowia fizycznego, psychicznego, życia rodzinnego, relacji społecznych (w tym w grupie rówieśniczej). Młodzież jest pytana między innymi o palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, używanie marihuany, fakt i wiek inicjacji seksualnej czy też bycie sprawcą przemocy. Badania HBSC dają również odpowiedź na temat zaniechania lub niedostatecznego angażowania się w zachowania prozdrowotne, takie jak niestosowanie zdrowej diety, brak aktywności fizycznej, sedenteryjny tryb życia, które również powszechnie uznawane są za zachowania ryzykowne dla zdrowia. Szeroki kontekst badań umożliwia dokonywanie złożonych analiz uwarunkowań zachowań ryzykownych młodzieży.

Badania w ramach „Europejskiego programu badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków” (ESPAD)²⁶

Kolejnym przykładem badań ankietowych są badania ESPAD, prowadzone w cyklu czteroletnim²⁷. Badania prowadzone są w Polsce od 1995 r. na ogólnopolskiej próbie młodzieży w wieku 15–16 lat i 17–18 lat przez Instytut

²⁵ www.hbsc.org [dostęp 15 lutego 2014 r.]. Jednostką nadzorującą prowadzenie badań HBSC w Polsce jest Instytut Matki i Dziecka w Warszawie. Koordynatorem krajowym sieci HBSC Polska jest dr hab. Joanna Mazur.

²⁶ The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

²⁷ J. Sierosławski, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.*, Europejski Program Badań Ankietowych ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011, s. 3–12.

Psychiatrii i Neurologii²⁸. Badania ESPAD zainicjowane były przez Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy, a obecnie realizowane są przy wsparciu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA). Do tej pory przeprowadzono pięć serii badań, ostatnią na przełomie maja i czerwca 2011 r. Ich głównym celem jest dostarczenie informacji o rozpowszechnieniu eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych. Dokonuje się w nich przede wszystkim systematycznego pomiaru natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania ESPAD umożliwiają także identyfikację i pomiar czynników wpływających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu, jak podaży.

„Globalny sondaż dotyczący palenia tytoniu przez młodzież” (GYTS)²⁹

Badania prowadzone są na mocy inicjatywy wdrożenia globalnego systemu spożycia tytoniu, podjętej w 1998 r. przez Światową Organizację Zdrowia oraz Agencję Kontroli i Zwalczenia Chorób (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*). Badaniami GYTS objęta jest młodzież szkolna w wieku 13–15 lat³⁰. W Polsce badania GYTS zostały przeprowadzone w latach 1999 i 2003 na próbie ogólnopolskiej, a w 2009 r. wśród młodzieży województwa mazowieckiego³¹. Badania koordynuje Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie³².

„Europejskie ankietowe badanie zdrowia”

Kolejnym ważnym badaniem realizowanym na poziomie europejskim jest „Europejskie ankietowe badanie zdrowia” (EHIS). Badanie umożliwia poznanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców Unii Europejskiej oraz jej uwarunkowań w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania. Narzędzie badawcze wraz z wytycznymi do realiza-

²⁸ Koordynatorem badań ESPAD w Polsce jest Janusz Sierosławski.

²⁹ Global Youth Tobacco Survey.

³⁰ T. Baska et al., *Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia – smoking initiation, prevalence of tobacco use and cessation*, „Sozial und Präventivmedizin” 2006, nr 51(2), s. 110–116.

³¹ K. Przewoźniak, J. Łobaszewski, W. Zatoński oraz GYTS Poland Collaborating Group, *Postawy wobec palenia tytoniu wśród uczniów w wieku 13–15 lat w województwie mazowieckim* [w:] *Zdrowie dzieci i młodzieży w wymiarze socjomedycznym*, seria „Zdrowie Publiczne. Monografie”, t. II, J. Szymborski, W. Zatoński (red.), Warszawa 2013, s. 69–78.

³² Kierownikiem badań w Polsce jest Krzysztof Przewoźniak.

cji przez poszczególne kraje Unii Europejskiej zostało przygotowane przez Eurostat, a poszczególne kraje członkowskie opracowały wersje narodowe kwestionariuszy, sposób oraz harmonogram wdrażania badania. W badaniu wykorzystuje się trzy kwestionariusze przeznaczone dla gospodarstw domowych (Zdrowie-1), dla osób dorosłych w wieku od 15 lat (Zdrowie-2), dla dzieci w wieku 0–14 lat (Zdrowie-3). Planuje się cykliczne prowadzenia badań EHIS co 5 lat. Kwestionariusze wypełniane są przez ankietera, jednak część ankiety Zdrowia-2, w której znajdują się m.in. pytania dotyczące zachowań ryzykownych, respondenci wypełniają samodzielnie.

Za realizację badania w Polsce odpowiedzialny jest Główny Urząd Statystyczny (GUS). Po raz pierwszy w Polsce przeprowadzono badanie EHIS w roku 2009 w okresie od listopada do grudnia. Objęto nim około 24,5 tys. gospodarstw domowych zamieszkałych w wylosowanych mieszkaniach, w których zbadano 41 818 osób, mieszkających na obszarach miejskich i wiejskich całego kraju, w tym 35 100 osób w wieku 15 lat i więcej oraz 6718 dzieci do 14. r.ż. W kwestionariuszach ankiet dla osób od 15. r.ż. znalazły się pytania dotyczące używania wybranych substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol, marihuana). Szczegółowe wyniki badania zostały zaprezentowane w raporcie podstawowym wydanym przez GUS³³.

Badania o zasięgu krajowym

W ostatnich latach w Polsce przeprowadzono wiele badań, których głównym celem było zgromadzenie danych o zachowaniach ryzykownych młodzieży oraz analiza uwarunkowań i skutków tych zachowań. Na przykład cykliczne badania wśród młodzieży warszawskiej, tzw. badania mokotowskie, i ogólnopolskie badania prowadzone przez fundację Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), czy też jednorazowe, przeprowadzone na dużej, reprezentatywnej dla kraju próbie starszych nastolatków badania CHIP-AE (*Child Health nad Illness Profile – Adolescent Edition*). Poniżej zamieszczono krótki opis wymienionych badań.

Badania mokotowskie

Począwszy od 1984 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie prowadzi projekt badawczy pt. „Monitorowanie zachowań ryzykownych młodzieży. Badania mokotowskie”³⁴. Do tej pory przeprowadzono siedem edycji badań

³³ Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.

³⁴ K. Ostaszewski i in., *Raport techniczny z realizacji projektu badawczego p.n. Monitorowanie zachowań ryzykownych młodzieży. Badania mokotowskie*, Instytut Psychiatrii

mokotowskich, co cztery lata od 1984 do 2008 r. W badaniach, od początku ich trwania, stosowana jest jednolita procedura badawcza oraz używany jest taki sam zestaw pytań podstawowych, co daje możliwość obserwowania zachodzących zmian. Próbkę badawczą za każdym razem stanowiła młodzież 15-letnia ze szkół z warszawskich dzielnic: Mokotów, Ursynów, Wilanów.

Badania są źródłem informacji na temat używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków i leków uspokajających/nasennych) przez 15-letnich mieszkańców Warszawy oraz śledzenia tendencji zmian w tym zakresie. Kwestionariusz badań mokotowskich od roku 2004 został uzupełniony o pytania dotyczące wybranych aspektów zdrowia psychicznego młodzieży (przemoc, wykroczenia, objawy depresji, złe samopoczucie, przyjmowanie leków), a także wybranych elementów stylu życia (np. spędzanie wolnego czasu, korzystanie z internetu, piercing, tatuowanie się, gry komputerowe) i relacji z rodzicami.

Badania CBOS

Fundacja CBOS od 1982 r. prowadzi liczne badania sondażowe reprezentatywne dla polskiego społeczeństwa³⁵. Głównym zadaniem CBOS jest prowadzenie badań społecznych na użytek publiczny. Nad poprawnością metodologiczną oraz organizacją badań czuwa Rada Fundacji CBOS, która składa się z przedstawicieli instytucji akademickich, Sejmu, Senatu, premiera i Prezydenta RP. Począwszy od 1990 r. CBOS objął badaniami również młodzież, w których uwzględnia się między innymi problematykę dotyczącą domu rodzinnego i szkoły, warunków materialnych i pracy zarobkowej, aspiracji życiowych i sposobów spędzania wolnego czasu, deklarowanych wartości i norm obyczajowych, używania substancji psychoaktywnych, uczestnictwa młodzieży w grach hazardowych. Raporty z badań publikowane są w serii „Diagnozy i Opinie”. W 2010 r. opublikowano dziesiątą już edycję raportu. CBOS prowadzi też inne badania dotyczące zachowań problemowych młodzieży. Przykładem mogą być, realizowane w ramach kampanii społecznej „Szkoła bez przemocy”, badania prowadzone we współpracy z Instytutem Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, dotyczące przemocy w szkole, prowadzone wśród nauczycieli, rodziców i uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych³⁶.

i Neurologii, Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego, Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Warszawa 2009.

³⁵ www.cbos.pl [dostęp 15 lutego 2014 r.].

³⁶ A. Giza-Poleszczuk, A. Komendant-Brodowska, A. Baczko-Dombi, *Przemoc w szkole. Raport z badań*, maj 2011, Instytut Socjologii UW, www.szkoLABEZPRZEMOCY.PL [dostęp 15 lutego 2014 r.].

Badania CHIP-AE

W 2010 r. Instytut Matki i Dziecka w Warszawie przeprowadził ogólnopolskie badania ankietowe młodzieży z użyciem amerykańskiego kwestionariusza CHIP-AE. Próbę badawczą o liczebności 3183 (w tym 51,1% dziewcząt) stanowiła młodzież w wieku 13–18 lat [średni wiek ankietowanych wyniósł 15,3 (SD-1,5)].

Kwestionariusz CHIP został opracowany na początku lat 90. XX wieku w Bloomberg School of Public Health (Johns Hopkins University, USA) przez B. Starfield i A. Riley w wersjach dla młodszych dzieci i ich rodziców (CHIP-CE) oraz dla nastolatków (CHIP-AE). Według danych z bazy PROQOLID³⁷ istnieje 20 wersji językowych CHIP-CE (w tym polska), ale tylko trzy wersje CHIP-AE, w tym adaptowana w omawianych badaniach wersja polska³⁸.

CHIP-AE zaliczany jest do narzędzi badających jakość życia związaną ze zdrowiem. Jego specyfiką jest rozbudowana część dotycząca zdrowia fizycznego. Użycie tego narzędzia daje możliwość identyfikowania profili zdrowotnych. Można w ten sposób oceniać każdą osobę jednocześnie na wielu skalach, identyfikując jej mocne i słabe strony oraz interakcję między różnymi wymiarami zdrowia. Kolejną zaletą kwestionariusza CHIP-AE jest możliwość badania interakcji między czynnikami ryzyka a czynnikami zwiększającymi *resilience* i określenia ich łącznego wpływu na wybrane wskaźniki zdrowia.

Główne obszary CHIP-AE to: zadowolenie (ogólne i poczucie własnej wartości), dolegliwości (fizyczne, psychiczne, ograniczenia w podejmowaniu aktywności), *resilience*, czynniki ochronne (relacje rodzinne, rozwiązywanie problemów społecznych, aktywność fizyczna, bezpieczeństwo i zdrowie w środowisku domowym), zagrożenia, czynniki ryzyka (indywidualne, związane z brakiem osiągnięć, związane z wpływem rówieśników), osiągnięcia (szkolne i związane z pracą), choroby (ostre o łagodnym przebiegu i pomyślnym rokowaniu, ostre o poważnym przebiegu i niepomyślnym rokowaniu, nawracające, przewlekłe wymagające leczenia zachowawczego, przewlekłe wymagające leczenia operacyjnego, psychospołeczne). Wspomniany obszar czynników ryzyka obejmuje przede wszystkim wiedzę i umiejętności dotyczące zachowań zwiększających ryzyko zachorowania lub urazu, zachowania stanowiące zagrożenie dla rozwoju, negatywne zachowania zakłócające rozwój społeczny i przynależność do grup rówieśniczych podejmujących zachowania ryzykowne.

Wyniki badań z użyciem kwestionariusza CHIP-AE opublikowano w pracach krajowych i zagranicznych oraz raportach z badań.

³⁷ www.proqolid.org [dostęp 20 marca 2012 r.]

³⁸ J. Mazur, *Polska wersja kwestionariusza Child Health and Illness Profile: Adolescent Edition (CHIP-AE)*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.

Rozpowszechnienie zachowań ryzykownych wśród nastolatków Polsce

Wyniki z uzyskanych badań wskazują, że do najczęściej podejmowanych przez młodzież zachowań ryzykownych należy palenie tytoniu, picie alkoholu, upijanie się, używanie innych substancji psychoaktywnych, bójk, wczesna inicjacja seksualna, zjawisko przemocy rówieśniczej w środowisku szkolnym, dręczenie (ang. *bullying*). Według danych pochodzących z badań HBSC przeprowadzonych w 2010 r. częstość palenia tytoniu, picia alkoholu, upijania się, używania marihuany lub haszyszu, podjęcia inicjacji seksualnej, a także ryzykownych stosunków seksualnych bez zabezpieczenia, jest większa u chłopców niż u dziewcząt, a zjawiska te ulegają nasileniu z wiekiem (tabela 3). W przypadku bójek i stosowania przemocy wobec rówieśników wyniki są bardziej zróżnicowane. Do bicia się w ostatnich 12 miesiącach przyznawał się prawie co trzeci chłopiec w wieku 11 lat i co drugi w wieku 13 i 15 lat. Ponad 15% chłopców w wieku 11–15 lat podało, że przynajmniej dwa razy w miesiącu (w ciągu ostatnich 2 miesięcy) byli sprawcami przemocy w szkole. Odsetki nieznacznie zwiększyły się w starszych grupach wieku. W grupie dziewcząt zjawisko przemocy występowało znacznie rzadziej niż w grupie chłopców.

Z ostatniej edycji badań ESPAD z 2011 r. wynika, że chłopcy częściej niż dziewczęta przyjmują substancje psychoaktywne. Jedynie użycie leków uspokajających i nasennych bez zalecenia lekarza było częściej podawane przez dziewczęta niż chłopców (tabela 4).

Tendencje zmian w zakresie podejmowania wybranych zachowań ryzykownych przez nastolatków

Podstawowym źródłem wiedzy, które umożliwia śledzenie trendów zachowań ryzykownych wśród młodzieży w Polsce i pozwala odnosić je do sytuacji w innych krajach, są wspomniane wcześniej badania zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej HBSC oraz badania ESPAD. Badania prowadzone są cyklicznie od lat 90. ubiegłego wieku z zachowaniem jednolitej procedury badawczej. Większość pytań w ankietach używanych do badań od lat sformułowana jest w taki sam sposób, co umożliwia śledzenie zmian.

W 2011 r. polska grupa badawcza HBSC opublikowała raport opisujący tendencje zmian w latach 1990–2010 wybranych zachowań zdrowotnych w Polsce, na podstawie wyników uzyskanych z kolejnych serii badań HBSC³⁹.

³⁹ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.

Tabela 3. Częstość palenia tytoniu, picia piwa i wódki oraz upijania się młodzieży w wieku 11–17 lat w Polsce (% badanych)

Zachowanie ryzykowne	Chłopcy (wiek w latach)				Dziewczęta (wiek w latach)			
	11	13	15	17	11	13	15	17
Palenie tytoniu								
• regularnie*	1,8	9,8	17,2	26,3	0,7	7,6	12,5	24,9
• sporadycznie**	2,1	4,8	0,4	5,4	1,0	3,8	7,0	9,9
Picie w każdym tygodniu, w tym codziennie								
• piwa	0,8	2,4	3,2	-	0,4	1,2	1,4	-
• wódki	1,1	1,9	2,1	-	0,4	1,0	0,5	-
Epizody upicia alkoholowego								
• raz	6,2	15,0	15,7	12,9	4,5	11,8	15,2	19,2
• dwa lub więcej razy	2,5	14,8	36,7	65,7	1,3	8,7	26,8	50,0
Używanie marihuany lub haszyszu w całym życiu								
• 1–5 razy	-	-	14,7	22,3	-	-	9,0	16,4
• 6 lub więcej razy	-	-	10,1	16,0	-	-	4,3	8,6
Uczestniczenie w bójkach w ostatnich 12 miesiącach								
• chociaż raz	65,8	43,6	48,1	-	21,9	16,5	12,6	-
Dreńczenie innych uczniów w szkole w poprzednich 2 miesiącach								
• 2–3 razy w miesiącu lub częściej	15,2	14,7	17,6	-	5,6	8,2	4,8	-
Inicjacja seksualna	-	-	20,0	45,3	-	-	13,7	38,5
Brak antykoncepcji podczas ostatniego stosunku seksualnego	-	-	18,0	15,5	-	-	11,1	14,4

* Regularnie – codziennie lub co najmniej raz w tygodniu.

** Sporadycznie – rzadziej niż jeden raz w tygodniu.

Źródło: Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny, J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

Tabela 4. Używanie (choć raz w życiu) substancji psychoaktywnych innych niż tytoń i alkohol przez młodzież w wieku 15–18 lat w Polsce (% badanych)

Rodzaj substancji	Chłopcy		Dziewczęta	
	15–16 lat	17–18 lat	15–16 lat	17–18 lat
Marihuana lub haszysz	29,9	46,7	18,9	27,0
Leki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza	10,6	11,2	20,3	22,7
Substancje wziewne	8,6	6,2	8,7	4,9
Amfetamina	5,2	10,4	3,9	6,0
Grzyby halucynogenne	4,3	5,3	1,9	1,6
Sterydy anaboliczne	4,3	5,5	1,2	0,7
Ecstasy	3,8	6,7	2,2	3,1
Kokaina lub crack	6,5	7,4	4,3	3,9
LSD lub inne halucynogeny	4,2	5,0	2,4	2,7
Polska heroina (kompot)	3,2	2,6	1,7	1,4

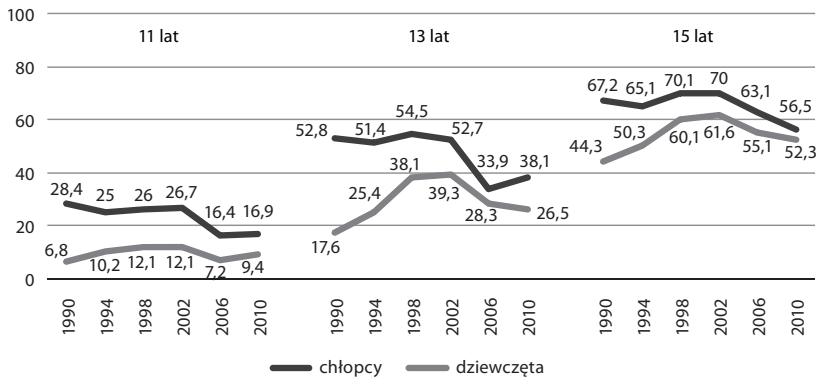
Źródło: J. Sierosławski, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.*, Europejski Program Badań Ankietowych ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011, s. 44–45.

Poniżej omówiono zmiany wśród młodzieży w zakresie używania tytoniu, alkoholu, marihuany, podejmowania zachowań seksualnych oraz stosowania przemocy.

Palenie tytoniu

W ankiecie HBSC używano wielu pytań dotyczących palenia tytoniu przez młodzież. Dwa pytania, których treść nie zmieniała się od początku badań HBSC w Polsce, dotyczą podejmowania prób palenia tytoniu (czy kiedykolwiek nastolatek palił tytoń) i ogólnej częstości palenia. W ogólnej częstości palenia można wyróżnić dwa wskaźniki: palenie regularne (codziennie lub co najmniej raz w tygodniu) i palenie codzienne. Poniżej przedstawiono wykresy dotyczące zmian w zakresie podejmowania prób palenia tytoniu i palenia regularnego. Pozostałe dane dotyczące trendów palenia tytoniu można znaleźć we wspomnianym raporcie z badań HBSC z 2010 r.⁴⁰

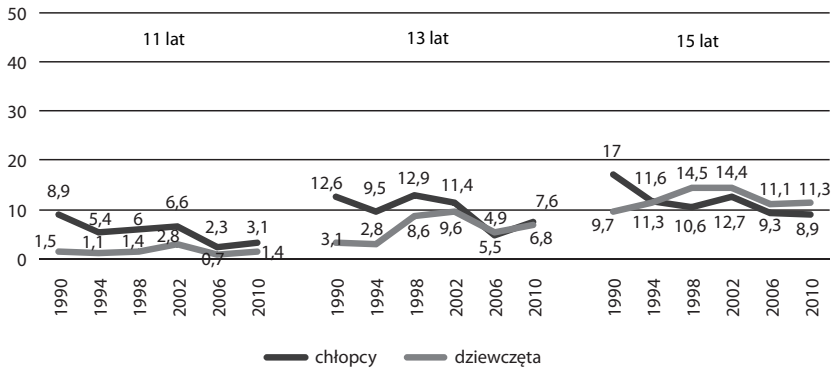
Wykres 1. Odsetek młodzieży w wieku 11, 13 i 15 lat, która podjęła próby palenia tytoniu, według płci



Palenie tytoniu staje się coraz mniej popularne wśród nastolatków z najstarszej grupy wieku. Po widocznym w okresie 2002–2006 spadku, w 2010 r. zanotowano wzrost odsetka chłopców 13-letnich, którzy podejmowali próby palenia i minimalny wzrost u chłopców 11-letnich. Wśród dziewcząt 15- i 13-letnich odsetek prób palenia zmniejsza się systematycznie od 2002 r., a wśród najmłodszych dziewcząt nieznacznie wzrasta (wykres 1).

⁴⁰ Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny, J. Mazur, A. Małkowska-Szutnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

Wykres 2. Odsetki młodzieży w wieku 11,13 i 15 lat, która pali tytoń regularnie (co najmniej raz w tygodniu i częściej), według płci



Odsetki nastolatków regularnie palących tytoń wśród 11-latków zaczęły spadać po 2002 r., jednak w dwóch ostatnich okresach badań (2006–2010) nie uległy zasadniczym zmianom. Wśród 13-latków, zarówno chłopców, jak i dziewcząt, spadek odsetka następował od 1998 r. do 2006 r., a po tym okresie zaobserwowano nieznaczny wzrost odsetka regularnie palących nastolatków. Systematyczny spadek regularnego, codziennego palenia notuje się u 15-latków od 1998 r. (wykres 2).

Spożywanie alkoholu

W podstawowym pakiecie kwestionariusza HBSC stosowane są dwa główne wskaźniki dotyczące picia alkoholu: aktualne picie alkoholu według rodzaju spożywanego napoju alkoholowego oraz częstość upijania się. W niniejszej pracy przedstawiono wyniki dotyczące częstości upijania się. Pozostałe dane można znaleźć w raporcie z badań HBSC 2010⁴¹.

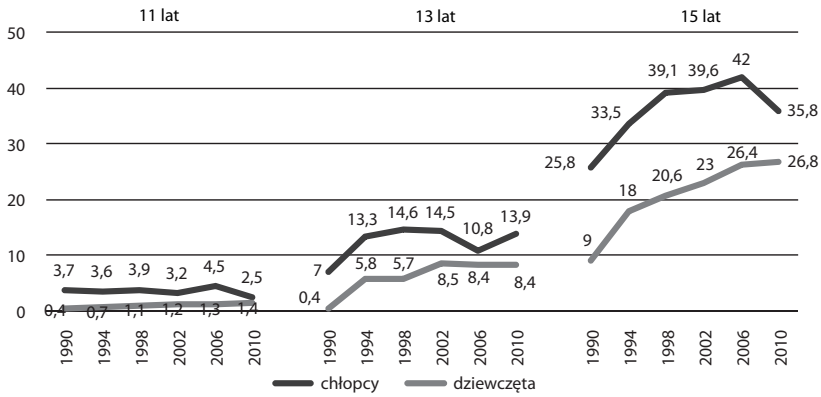
Biorąc pod uwagę częstość upijania się przez młodzież, największą eskalację problemu obserwuje się u 15-letnich dziewcząt (od roku 1990 następuje systematyczny wzrost odsetka). Wśród 15-letnich chłopców odsetek upijających się był niższy w 2010 r. od odsetka z 2006 r. W młodszych grupach wieku sytuacja dotycząca upijania się w ostatnich latach była stabilna (wykres 3).

Używanie marihuany lub haszyszu

Pytania dotyczące używania marihuany lub haszyszu zadawano wyłącznie młodzieży 15-letniej od 2002 r. W badaniach z 2010 r. o używanie

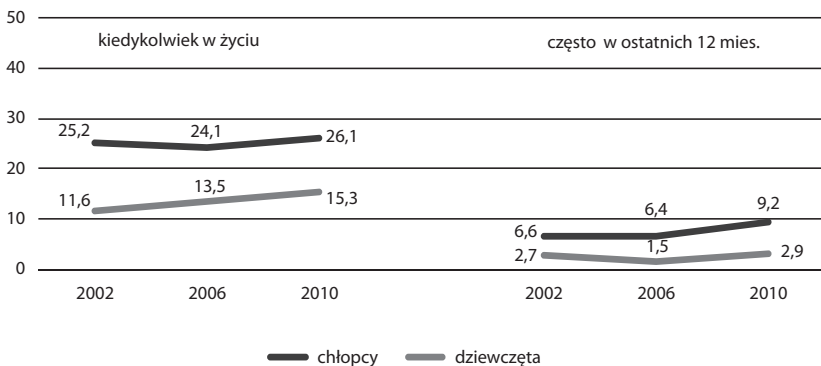
⁴¹ *Ibidem*, s. 128–140.

Wykres 3. Odsetek młodzieży 11-, 13- i 15-letniej, która upiła się co najmniej dwa razy w życiu, według płci



marihuany pytano dodatkowo młodzież w wieku 13 lat. Obecnie w badaniach HBSC używa się trzech wskaźników uwzględniających trzy okresy: używanie kiedykolwiek w życiu, w ostatnich 12 miesiącach i w ostatnich 30 dniach. Ten ostatni przedział czasowy został włączony do kwestionariusza badawczego w 2010 r. Aby przybliżyć zmiany, jakie dokonały się zakresie używania opisywanych substancji przez młodzież w ostatnich latach, przedstawiono przykładowe dane dotyczące używania marihuany kiedykolwiek w całym życiu oraz częstego używania w ostatnich 12 miesiącach (wykres 4).

Wykres 4. Odsetek młodzieży 15-letniej, która używała marihuany kiedykolwiek w życiu/sześć razy lub więcej w ostatnich 12 miesiącach

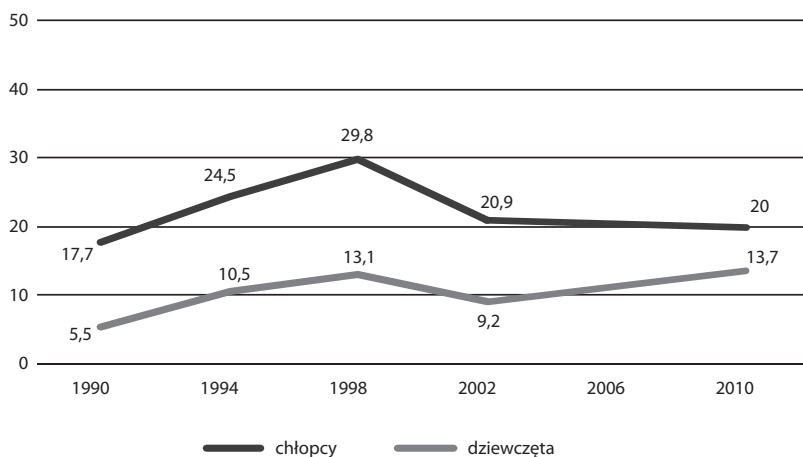


Z badań wynika, że nieznacznie zwiększył się odsetek młodzieży, która kiedykolwiek w życiu używała marihuany/haszyszu. Tendencję wzrostową zanotowano także w przypadku częstego używania (6 razy lub więcej) w ciągu ostatniego roku przed badaniem. Zmiany zaobserwowano u obu płci, ale wzrost częstości był większy wśród chłopców.

Zachowania seksualne

W badaniach HBSC przez wiele lat używano różnych wskaźników dotyczących zachowań seksualnych młodzieży. Pytania zadawano od 1990 r., z przerwą w serii badań z 2006 r. Pośród wskaźników, które nie ulegały znacznym zmianom, można wymienić wskaźnik dotyczący odbycia pierwszego stosunku płciowego, wieku inicjacji seksualnej, stosowania metod zapobiegania ciąży. Szczegółowa analiza tendencji zmian, jakie zaszły w zakresie zachowań seksualnych młodzieży od 1990 r., opisana jest w raporcie z badań HBSC⁴². Poniżej przedstawiono wyniki dotyczące faktu odbycia inicjacji seksualnej przez nastolatków.

Wykres 5. Odsetek młodzieży 15-letniej, która odbyła inicjację seksualną, według płci



Do inicjacji seksualnej w 2010 r. przyznało się o 4,5% więcej dziewcząt niż osiem lat wcześniej. Wśród chłopców od 1998 r. obserwuje się systematyczny spadek odsetka podejmujących aktywność seksualną po raz pierwszy (wykres 5).

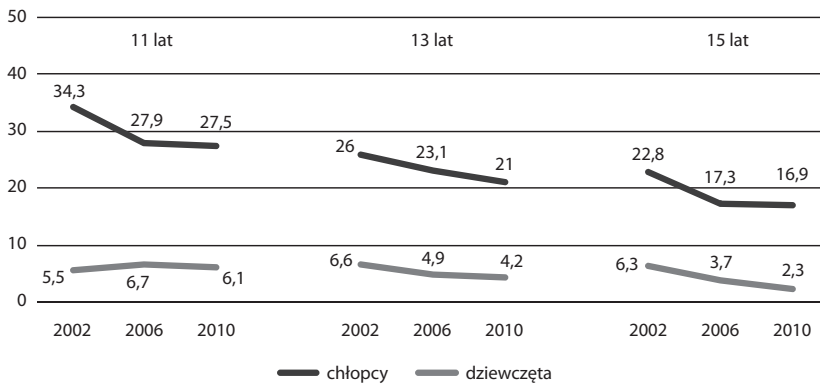
⁴² *Ibidem*, s. 117–126, 146–151.

Przemoc

Zjawisko przemocy rówieśniczej badane jest w HBSC za pomocą trzech pytań, które dotyczą uczestniczenia w bójkach (w kwestionariuszu od 2002 r.), uczestniczenia w dręczeniu jako ofiara lub sprawca (od 1994 r.) oraz od 2010 r. obejmują dodatkowo zjawisko cyberprzemocy.

W raporcie opisano zmiany odsetka nastolatków często uczestniczących w bójkach oraz młodzieży, która często stosowała przemoc wobec rówieśników w okresie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem.

Wykres 6. Odsetek młodzieży w wieku 11, 13 i 15 lat, która uczestniczyła w bójce trzy razy lub więcej w ostatnich 12 miesiącach, według płci

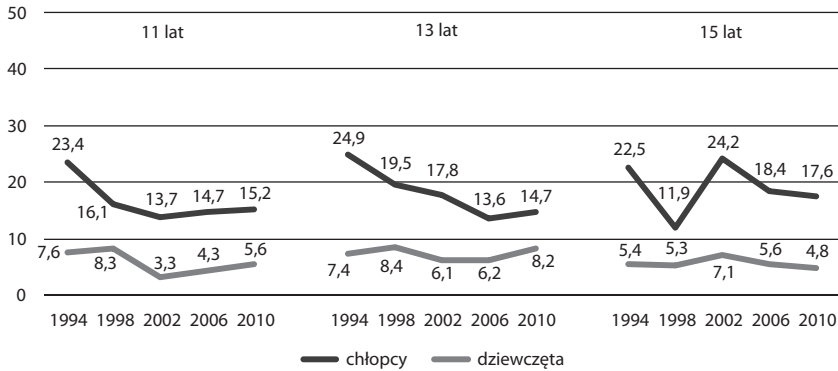


We wszystkich grupach wieku zaobserwowano systematyczny spadek odsetka chłopców, którzy często uczestniczyli w bójkach. Wśród dziewcząt spadek odsetka zanotowano u 13- i 15-latek, a wśród 11-latek utrzymywał się on w ostatnich latach na podobnym poziomie (wykres 6).

Odsetek nastolatków, którzy stosowali przemoc wobec rówieśników, zmniejszył się w ciągu ostatnich 16 lat. Tylko wśród 13-letnich dziewcząt widoczny jest nieznaczny wzrost. W najstarszej grupie wieku nastąpił systematyczny spadek nasilenia przemocy u obu płci. Wśród 11-latków odsetki dziewcząt i chłopców, którzy byli sprawcami przemocy, powoli zaczynają rosnąć od ok. 2002 r. W średniej grupie wieku niewielki wzrost odsetków widoczny jest od roku 2006.

Na podstawie wyników uzyskanych z badań HBSC można zaobserwować, że chociaż nasilenie ryzykownych zachowań jest zdecydowanie większe wśród chłopców, to w większości typów tych zachowań obserwuje się wzrost częstości w grupie dziewcząt. Niekorzystne zmiany zaznaczają się

Wykres 7. Odsetek młodzieży 11-letniej, która uczestniczyła w dręczeniu innych uczniów w szkole 2–3 razy w miesiącu lub częściej w ciągu ostatnich 2 miesięcy, według płci



również w młodszych grupach wieku, a dotyczą używania substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol). W zakresie poszczególnych zachowań ryzykownych uwidoczniły się następujące zmiany:

- **palenie tytoniu** – spadek używania tytoniu we wszystkich grupach wieku,
- **spożywanie alkoholu** – zmiana w stylu spożywania alkoholu (mniej nastolatków pije alkohol w małych ilościach, a więcej się upija),
- **używanie marihuany** – niewielki wzrost,
- **stosowanie przemocy** – zmniejszenie rozpowszechnienia przemocy.

Szczegółowe wyniki opublikowane przez zespół badawczy HBSC Polska w cytowanym raporcie pokazują, że w najmłodszej grupie badanych występują małe różnice między miastem a wsią w częstości picia i palenia oraz wzrost zachowań agresywnych. Najistotniejszym wynikiem dotyczącym 13-latków jest duży spadek częstości palenia u chłopców (dziewczęta częściej palą niż chłopcy). W najstarszej grupie wieku zachowania ryzykowne nasilają się w porównaniu z młodszymi, w miastach różnice między chłopcami i dziewczętami (palenie i próbowanie alkoholu) są coraz mniejsze. Wśród dziewcząt na wsi widoczny jest trend wzrostowy w zakresie regularnego palenia tytoniu i używania marihuany⁴³.

⁴³ J. Mazur i in., *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią*, op. cit.

Podsumowanie

Zachowania ryzykowne podejmowane przez dzieci i młodzież, jak napisano wcześniej, zaburzają funkcjonowanie i rozwój dziecka we wszystkich jego aspektach. Przeciwdziałanie zachowaniom ryzykownym (problemowym) w okresie dorastania daje wymierne korzyści w postaci poprawy stanu zdrowia tej populacji, a w dalszej perspektywie całego społeczeństwa, co pośrednio wiąże się z mniejszymi nakładami finansowymi na działania naprawcze w ochronie zdrowia. W planowanych działaniach legislacyjnych i wychowawczo-profilaktycznych należy uwzględnić te elementy, które przyczynią się do zwiększenia skuteczności podejmowanych działań. Zgodnie ze współczesnym podejściem do zachowań ryzykownych bazą do planowania wszelkich działań powinno być wykorzystanie rzetelnych i wiarygodnych danych pochodzących z aktualnych badań, które dotyczą rozpowszechnienia i zmian w zakresie zachowań problemowych młodzieży oraz ich uwarunkowań i skutków. Poza tym należy odwoływać się do istniejących teorii, które wyjaśniają mechanizmy skłaniające młodzież do podejmowania ryzyka oraz do sprawdzonych strategii, projektów czy programów uwzględniających wszystkie czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami ryzykownymi oraz dynamikę zmian okresu dorastania. Konieczne jest:

- prowadzenie dalszych badań dotyczących uwarunkowań zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży,
- koordynowanie działań profesjonalistów zajmujących się zdrowiem i wychowaniem dzieci i młodzieży,
- tworzenie warunków sprzyjających rozwijaniu u młodzieży własnych zainteresowań i kształtowaniu umiejętności życiowych niezbędnych do prawidłowego rozwoju społecznego i emocjonalnego (np. rozpoznawanie emocji, radzenie sobie z nimi, podejmowanie odpowiednich decyzji, komunikowanie się z innymi ludźmi, radzenie sobie z presją i stresem),
- uruchomienie cyklu szkoleń dla rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą, których celem będzie uświadomienie im związku między czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi a podejmowaniem zachowań ryzykownych przez dzieci i młodzieży, wzbogacanie wiedzy i umiejętności podejmowania działań na rzecz tworzenia środowiska, w którym młody człowiek będzie miał możliwość zrealizować swoje cele rozwojowe w sposób akceptowany społecznie.

Literatura

- Adolescent health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*, R.J. DiClemente, J.S. Santelli, R.A. Crossy (eds.), Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco 2009.
- Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- New perspectives on adolescent risk behavior*, R. Jessor (ed.), Cambridge University Press, 1998.
- Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.
- Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, J. Mazur, A. Małkowska-Szkućnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
- Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*, N. Ogińska-Bulik (red.), Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2010.