

# UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I INNE ZACHOWANIA RYZYKOWNE U MŁODZIEŻY W WIEKU 11-15 LAT W POLSCE W 2002 ROKU<sup>1</sup>

**Barbara Woynarowska<sup>1</sup>, Joanna Mazur<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania  
Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego w Warszawie

<sup>2</sup>Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

## **PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE AND OTHER RISK BEHAVIOURS AMONG ADOLESCENTS 11-15-YEAR-OLDS IN POLAND IN 2002**

**ABSTRACT** – The objective of this study was to present epidemiology of different risk behaviours among Polish adolescents in 2002. Sample was selected as representative of the general school population of three age groups 11, 13 and 15-year-olds (N=6383). An international standard questionnaire (anonymous) prepared in the frame of HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Collaborative Study) has been chosen as an instrument for the collection of data. The survey was carried out according to international research protocol.

The results of study showed that in population of 11-15 year-olds the most frequent risk behaviours were: drinking alcoholic beverages (51% of adolescents), participation in physical fighting (39%), bullying other students (37%). 17% of adolescents were current smokers (11% smoked regularly); 9% of boys and 20% of girls were on a diet to loose weight. Among 15-year-olds: 18% used in the last 12 months at least one from nine drugs; 21% of boys and 9% of girls had already had sexual intercourse, 27% sexually active students reported that they or their partner had not used any method of contraception during last intercourse. The prevalence of the majority of risk behaviour increased with age and was higher in boys, and adolescents living in towns. The intense – regular or frequent risk behaviours were found in about 5-25% of adolescents. There were following sequ-

---

<sup>1</sup> Praca wykonana w ramach grantu Komitetu Badań Naukowych nr 3PO5D 030 22.

ence of age of initiating of selected risk behaviours among 15-year-olds: smoking (boys 11,7 years, girls 12,9 years), alcohol use (respectively 11,9 and 12,8), sniff glue or solvents (13,4 and 13,5), drunkenness (13,6 and 14,2), take medication to get high (13,7 and 14,2), had sexual intercourse (14,1 and 14,7), take marihuana or hashish and amphetamine (in both sexes respectively 14,3 and 14,4), take ecstasy (boys 13,8, girls 14,7 years).

In conclusions the following activities were recommended: (1) continuation of school educational prevention programmes for all students with including prevention of aggressive behaviour and excessive dieting; (2) implementation of intervention programmes for students with intense risk behaviours.

**Key words:** adolescents, smoking, alcohol and drug use, aggressive behaviours, risk seksual behaviours, dieting.

## WSTĘP

Podejmowanie zachowań ryzykownych jest charakterystyczną cechą dorastania, związaną z realizacją zadań rozwojowych tego okresu życia: poszukiwaniem własnej tożsamości, autonomii, sprawdzaniem swoich możliwości i sposobów radzenia sobie z trudnościami, pełnieniem nowych ról społecznych itd. (4, 5, 6, 21). Dla wyjaśnienia przyczyn tych zachowań, zwłaszcza używania substancji psychoaktywnych, wykorzystuje się wiele teorii rozpatrujących te przyczyny z różnej perspektywy. Wśród tych teorii wymienia się najczęściej: teorię zachowań problemowych Jessorów (9), model społeczno-ekologiczny Kumpfer i Turnera (10), teorię pierwotnej socjalizacji Oettinga i Donnermeyera (16).

Dorastająca młodzież podejmuje wiele różnych zachowań ryzykownych, które mogą powodować różnorodne szkody zdrowotne i społeczne (bezpośrednie i odległe) u młodych ludzi a często również i innych osób z ich otoczenia. W polskim piśmiennictwie i w praktyce coraz częściej określa się je jako „zachowania problemowe” (zwykle traktując je jako problem wymagający rozwiązania, a nie w nawiązaniu do teorii zachowań problemowych Jessorów (9)), a działania dla ich zapobiegania jako „profilaktykę problemową” (12). Szczególne zainteresowanie naukowców i praktyków dotyczy używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Do innych zachowań ryzykownych należą: zachowania agresywne, ryzykowne zachowania seksualne, nieprzestrzeganie zasad ruchu drogowego, zachowania o charakterze aspołecznym, w tym działania przestępcze, a także stosowanie przez młodzież, zwłaszcza dziewczęta, diet odchudzających, często eliminacyjnych lub ekstremalnych. Cechą charakterystyczną jest kumulowanie się tych zachowań w postaci zespołu zachowań ryzykownych.

Celem niniejszej pracy jest prezentacja wyników badań wykonanych w 2002 r. dotyczących epidemiologii zachowań ryzykownych u młodzieży w wieku 11-15 lat w Polsce w tym:

– częstości używania substancji psychoaktywnych, zachowań agresywnych, ryzykownych zachowań seksualnych i stosowania diet odchudzających;

- wieku inicjacji tytoniowej, alkoholowej, narkotykowej i seksualnej;
- częstości występowania nasilonych (tzn. regularnych lub często powtarzających się) zachowań ryzykownych.

## OSOBY BADANE I METODY

Zbadano młodzież w średnim wieku 11,7 lat (uczniowie klas V szkół podstawowych), 13,7 lat (uczniowie klas I gimnazjum) i 15,7 lat (uczniowie klas III gimnazjum). Dane o liczbie badanych przedstawia tabela 1. Była to reprezentatywna, ogólnopolska próba, dobrana metodą losowania dwustopniowego, zespołowego ze stratyfikacją na miejsce zamieszkania (miasto-wieś). W pierwszym etapie wylosowano 48 powiatów (13% spośród 368), po 2-4 powiatów w każdym województwie. W drugim etapie losowano w każdym powiecie odpowiednią liczbę klas ze sporządzonych wcześniej list tych klas. Analizie poddano 6383 ankiety co stanowi 88% wylosowanej próby (12% „wykruszenie” się próby było losowe). Dodatkowe informacje o zasadach i sposobie doboru próby oraz przyczynach „wykruszenia” się wylosowanej próby zawiera odrębne wydawnictwo (24).

**TABELA 1**

**Liczba badanej młodzieży według płci, wieku i miejsca zamieszkania.**  
*Number of participating school-aged children, by gender, age and place of living.*

	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
Ogółem	6383	3204	3179
Miasto	3975	2024	1951
Wieś	2408	1180	1228
11 lat	2100	1077	1023
13 lat	2131	1090	1041
15 lat	2152	1037	1115

Badania wykonano w ramach kolejnej serii międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, realizowanych we współpracy z Biurem Regionalnym dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia (HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO cross-national collaborative study)<sup>2</sup>.

Narzędziem badawczym był międzynarodowy, standardowy kwestionariusz, zmodyfikowany i uzupełniony w 2001r. z udziałem wszystkich członków sieci HBSC. Został on w Polsce zaadaptowany i sprawdzony w badaniach pilotażowych, zgodnie z międzynarodowym protokołem badawczym (3). Kwestionariusz dotyczył różnorodnych zachowań związanych ze zdrowiem rozpatrywanych w szerokim kontek-

<sup>2</sup> Międzynarodowym Koordynatorem badań HBSC jest dr C. Currie (Uniwersytet w Edynburgu), Kierownikiem Międzynarodowego Banku danych dr O. Samdal (Uniwersytet w Bergen, Norwegia), Kierownikiem badań w Polsce prof. B. Woynarowska (Uniwersytet Warszawski).

ście społecznym. W niniejszej pracy analizowano wyniki odpowiedzi na pytania zawarte w czterech pakietach kwestionariusza HBSC<sup>3</sup> dotyczące:

1. Używania substancji psychoaktywnych, w tym:

– Palenia tytoniu: Czy paliłeś już kiedykolwiek tytoń? Jak często obecnie palisz papierosy? Ile papierosów wypalasz zwykle w okresie tygodnia? Kiedy po raz pierwszy zapaliłeś papierosa (więcej niż jedno „sztachnięcie”)?

– Picia napojów alkoholowych: Jak często obecnie pijesz napoje alkoholowe takie jak piwo, wino, wódkę (koniak, likier)? Czy wypiełeś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany? Kiedy po raz pierwszy wypiełeś alkohol (więcej niż 1-2 łyki)?

– Używania innych substancji psychoaktywnych (badano tylko u 15-latków): Czy w ostatnich 12 miesiącach używałeś jednego lub więcej z wymienionych narkotyków lub innych środków: marihuana lub haszysz, ecstasy, amfetamina, heroina, leki przyjmowane w celu odurzania się, kokaina, środki wziewne, LSD, „polska heroina” („kompot”) – wykorzystano tu pytanie z badań ESPAD (7); W jakim wieku po raz pierwszy używałeś marihuanę, lub haszysz, ecstasy, amfetaminę, leki w celu odurzania się, wachałeś klej lub rozpuszczalniki?

2. Innych zachowań ryzykownych, w tym:

– Zachowania agresywne: Ile razy w ostatnich 12 miesiącach uczestniczyłeś w bójce? Jak często uczestniczyłeś w dręczeniu innego ucznia lub uczniów w szkole w ostatnich kilku miesiącach?

– Ryzykowne zachowania seksualne (badano tylko u 15-latków): Czy kiedykolwiek miałeś już stosunek płciowy? Ile miałeś lat kiedy po raz pierwszy w życiu odbyłeś stosunek płciowy? Jaka metodę zapobiegania ciąży stosowałeś sam/a lub partner/ka w czasie ostatniego stosunku płciowego?

– Odchudzanie się: Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego, aby schudnąć?

Badania przeprowadzili w wylosowanych klasach specjalnie dobrani i wyszkoleni ankieterzy, w lutym i marcu 2002 r., zgodnie z międzynarodowym protokołem badawczym (3). Szczególną uwagę zwrócono na zachowanie anonimowości badanych.

Wyniki analizowano według płci, wieku i miejsca zamieszkania (miasto-wieś). Istotność różnic badano testem  $\chi^2$ . Niektóre prezentowane w pracy zachowania i analizy wyników dotyczą tylko młodzieży 15-letniej, co zaznaczono w tekście i tabelach. Odnosi się to do: używania innych niż tytoń i alkohol substancji psychoaktywnych, zachowań seksualnych, wyliczenia średniego wieku inicjacji tych zachowań oraz występowania nasilonych ryzykownych zachowań (kryteria uznania zachowań za nasilone omówiono przy analizie wyników – pkt. 6).

<sup>3</sup> Pakiety te zostały przygotowane przez następujące tematyczne grupy robocze (Focus Group) HBSC: „Zachowania ryzykowne – używanie substancji psychoaktywnych” – koordynator E. Godeau (Francja); „Zachowania ryzykowne – zdrowie seksualne” – koordynator J. Ross (USA); „Przemoc i zapobieganie urazom” – koordynator P. Scheidt (USA); członkiem tej grupy była J. Mazur oraz „Żywność i diety” – koordynator L. Maes (Belgia). Autorki składają podziękowanie koordynatorom i członkom tych grup za możliwość korzystania z ich pracy.

## WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

### 1. Palenie tytoniu

W tabeli 2 podano dane o częstotliwości inicjacji tytoniowej i aktualnym paleniu w badanej grupie oraz intensywności palenia wśród młodocianych palaczy. Próby palenia podjęło ogółem 44,1% nastolatków, ale wśród 15-latków inicjację tytoniową miało już za sobą 65,5% badanych. Pali obecnie z różną częstotliwością 17,4% młodzieży (30% wśród 15-latków). Co dziesiąty nastolatek (11,2%) jest regularnym palaczem (pali codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu); w wieku 15 lat odsetek palących regularnie jest dwukrotnie większy (21,2%). Liczba papierosów wypalanych w tygodniu przez palącą młodzież była bardzo zróżnicowana (od 1 do 150 papierosów). Średnio młodociany palacz wypalał ok. 25 papierosów w tygodniu (mediana równa 10). Ponad połowa palaczy (53,8%) wypalała w tygodniu do 10 papierosów, co czwarty (26,2%) – 11-40 papierosów, a co piąty (20%) 41 lub więcej papierosów.

Analizowane wskaźniki charakteryzujące częstość i intensywność palenia tytoniu były istotnie statystycznie większe u:

– chłopców niż u dziewcząt ( $p < 0,001$ ), ale z wiekiem różnice między płciami ulegały zmniejszeniu i były najmniejsze u 15-latków np. odsetek regularnie palą-

TABELA 2

**Palenie tytoniu przez młodzież szkolną w Polsce w 2002 r. według miejsca zamieszkania, płci i wieku (% badanych).**

*Smoking among school-aged children in Poland in 2002, by place of living, gender and age (%).*

	Ogółem	Miasto	Wieś	Chłopcy			Dziewczęta				
				ogółem	11 lat	13 lat	15 lat	ogółem	11 lat	13 lat	15 lat
Próbowali palić	44,1	45,0	42,4	49,7	27,2	52,7	69,8	38,4	12,1	39,5	61,4
p		<0,05	*		<0,001			*	0,001		
Palą obecnie											
codziennie	7,7	8,1	6,9	9,9	1,2	7,5	21,4	5,4	0,1	4,0	11,6
co najmniej 1 raz w tyg., ale nie codziennie	3,5	4,0	2,8	3,9	2,6	4,2	4,8	3,2	0,5	3,5	5,5
rzadziej niż 1 raz w tyg.	6,2	6,0	6,4	6,4	4,4	7,2	7,8	5,9	2,3	6,2	9,0
nie palą wcale	82,6	81,9	83,8	79,8	91,8	81,1	65,9	85,5	97,2	86,4	74,0
p		<0,05	*		<0,001			*	<0,001		
Liczba papierosów wypalanych w tygodniu											
średnia arytmetyczna	24,8	25,9	23,0	29,2	7,3	22,8	37,2	18,4	4,2	11,4	23,8
SD	35,4	35,4	35,5	40,0	10,4	38,2	42,3	26,3	8,4	19,3	29,2
mediana	10,0	10,0	10,0	13,5	2,0	5,0	20,0	5,0	1,0	3,0	10,0
p		n.z.	*		<0,001			*	<0,001		

\* różnice ogółem chłopcy/dziewczęta  $p < 0,001$

cych chłopców wśród 11-latków był sześć razy większy niż dziewcząt, a u 15-latków tylko półtora razy większy;

– młodzieży starszej niż w młodszej – wyraźna jest stała tendencja do zwiększania się z wiekiem odsetka młodzieży obu płci eksperymentującej z papierosami i kontynuującej palenie oraz intensywności palenia ( $p < 0,001$ );

– młodzieży w mieście i na wsi – nie stwierdzono tylko statystycznie istotnych różnic w odniesieniu do liczby wypalanych papierosów.

## 2. Picie alkoholu

Picie napojów alkoholowych przez młodzież jest zjawiskiem powszechnym. W odpowiedzi na pytanie: „Jak często obecnie pijesz napoje alkoholowe takie jak piwo,

TABELA 3

**Picie napojów alkoholowych i stany upojenia alkoholowego u młodzieży w Polsce w 2002 r. Według miejsca zamieszkania, płci i wieku (% badanych).**  
*Frequency of drinking alcoholic drinks (beer, wine, vodka) and of being drunk among school-age children in Poland in 2002, by place of living, gender and age (%).*

	Ogółem	Miasto	Wieś	Chłopcy				Dziewczęta			
				ogółem	11 lat	13 lat	15 lat	ogółem	11 lat	13 lat	15 lat
<b>Piją piwo</b>											
codziennie	1,3	1,1	1,6	2,1	1,2	2,7	2,3	0,5	0,4	0,7	0,4
w każdym tygodniu	5,1	5,5	4,5	7,1	1,3	4,8	15,3	3,2	0,1	2,9	6,3
w każdym miesiącu	7,9	8,9	6,3	9,3	1,3	7,8	19,1	6,5	0,3	5,8	12,8
rzadko	31,1	31,9	29,9	32,6	22,7	33,8	41,4	29,7	11,8	30,4	45,5
nigdy	54,6	52,6	57,8	49,0	73,5	50,9	21,9	60,1	87,4	60,2	35,0
<b>Piją wino</b>											
codziennie	0,5	0,4	0,8	0,9	0,5	1,3	0,9	0,1	0,1	0,3	0,0
w każdym tygodniu	1,4	1,4	1,4	1,8	0,9	1,1	3,5	0,9	0,2	1,5	1,1
w każdym miesiącu	3,2	3,8	2,2	3,6	0,6	2,7	7,5	2,9	0,2	1,9	6,3
rzadko	20,4	21,9	17,7	20,5	10,9	19,8	31,3	20,2	7,3	17,7	34,3
nigdy	74,5	72,5	77,9	73,2	87,1	75,1	56,8	75,9	92,2	78,6	58,3
<b>Piją wódkę (koniak lub likier)</b>											
codziennie	0,9	0,7	1,2	1,4	0,9	1,7	1,7	0,4	0,5	0,5	0,2
w każdym tygodniu	1,2	1,3	1,0	1,5	0,1	1,0	3,5	0,8	0,2	1,3	0,9
w każdym miesiącu	4,1	4,4	3,5	5,0	1,0	3,3	10,9	3,1	0,1	2,8	6,2
rzadko	18,0	19,6	15,3	20,6	7,9	17,9	36,7	15,4	2,7	10,9	31,3
nigdy	75,9	74,0	79,0	71,4	90,2	76,1	47,2	80,3	96,6	84,5	61,4
<b>Byli w stanie upojenia alkoholowego</b>											
więcej niż 10 razy	3,3	3,8	2,4	4,8	1,1	3,1	10,2	1,8	0,2	1,3	3,8
4-10 razy	3,5	3,9	2,8	4,6	0,7	2,8	10,4	2,4	0,1	1,7	5,0
2-3 razy	8,5	9,7	6,6	10,0	2,4	8,6	19,3	7,0	0,9	5,5	13,9
1 raz	13,5	13,3	13,8	14,4	8,6	16,0	18,5	12,6	3,4	12,3	21,3
nigdy	71,2	69,4	74,4	66,2	87,2	69,5	41,6	76,2	95,4	79,2	56,0
p*		<0,001		**		<0,001		**		<0,001	

\* wartość p dotyczy różnic między: miastem i wsią oraz grupami wieku u chłopców i dziewcząt i odnosi się do wszystkich czterech podanych w tabeli wskaźników picia napojów alkoholowych

\*\* różnice ogółem chłopcy/dziewczęta  $p < 0,001$

wino, wódkę (koniak, likier)?” połowa młodzieży (54,6% chłopców i 45,5% dziewcząt) podała, że pije z różną częstotliwością co najmniej jeden z trzech grup tych napojów. U 15-latków odsetek ten wynosił u chłopców 80,6%, u dziewcząt 71,8%. Napoje te piło regularnie tzn. w każdym tygodniu (w tym codziennie) ogółem 10,2% chłopców i 4,5% dziewcząt; wśród 15-latków aż 19,2% chłopców i 7,7% dziewcząt.

Tabela 3 zawiera dane dotyczące częstości picia trzech grup napojów alkoholowych oraz upijania się.

Piwo, z różną częstotliwością, piła prawie połowa nastolatków – 51% chłopców, 39,9% dziewcząt; wśród 15-latków odpowiednio aż 78,1% i 65%. Regularnie (codziennie lub w każdym tygodniu) piło piwo 9,2% chłopców i 3,7% dziewcząt. Odsetek pijących piwo zwiększał się wyraźnie z wiekiem ( $p < 0,001$ ) i ten wzrost dotyczy także regularnie pijących.

Odsetek pijących z różną częstotliwością wino lub wódkę, koniak lub likier był dwukrotnie mniejszy niż pijących piwo (ok. 25%). Do regularnego picia tych napojów przyznało się około 3% chłopców i 1% dziewcząt. Wśród 15-latków wysokoprocentowe napoje alkoholowe regularnie piło 5,2% chłopców i 1,1% dziewcząt. Z wiekiem odsetek pijących regularnie wódkę zwiększał się wyraźnie tylko u chłopców; u dziewcząt największy był odsetek regularnie pijących wódkę 13-latek (dotyczyło to także wina).

W stanie upojenia alkoholowego, co najmniej 1 raz, było 28,8% młodzieży (33,8% chłopców i 23% dziewcząt). Upijało się często (4 razy lub więcej) 9,4% chłopców i 4,2% dziewcząt, a w wieku 15 lat odpowiednio 20,6% i 8,8%. Z wiekiem gwałtownie zwiększa się odsetek młodzieży upijającej się, zwłaszcza często ( $p < 0,001$ ). Największy „przyrost” tego odsetka ma miejsce między 13 a 15 rokiem życia (w okresie nauki w gimnazjum).

Rozpowszechnienie picia poszczególnych napojów alkoholowych oraz upijania się jest ogólnie większe w mieście niż na wsi ( $p < 0,001$ ). Jednakże odsetki młodzieży, która pije poszczególne napoje regularnie są podobne.

### 3. Używanie innych substancji psychoaktywnych

Tabela 4 przedstawia odsetki młodzieży 15-letniej (uczniów kończących gimnazjum) używających w ostatnich 12 miesiącach substancji psychoaktywnych innych niż tytoń i alkohol.

Najczęściej używaną substancją była marihuana lub haszysz. Do używania jej co najmniej 1 raz przyznało się 14,9% nastolatków (20,9% chłopców i 9,3% dziewcząt). Często – 10 razy i więcej używało jej 4,9% chłopców i 1,2% dziewcząt. Na drugim miejscu pod względem częstości używania znalazły się amfetamina i środki wziewne, wymieniło je ogółem 4% badanych, ale mniej niż 1% używało jej często. Do przyjmowania leków w celu odurzania się przyznało się 3,3% badanych, a pozostałe narkotyki 1-2%, w tym 10 razy i częściej ok. 0,2% młodzieży. Biorąc pod uwagę wszystkie dziewięć analizowanych substancji psychoaktywnych, co najmniej jedną z nich używało, w ostatnich 12 miesiącach, z różną częstością 18,3 % nastolatków (23,5% chłopców i 13,4% dziewcząt).

TABELA 4

Używanie w ostatnich 12 miesiącach innych niż tytoń i alkohol substancji psychoaktywnych przez młodzież 15-letnią w Polsce w 2002 r. według płci i miejsca zamieszkania (% badanych).  
*Frequency of use of psychoactive substances others than tobacco and alcohol in last 12 months among 15-year-olds in Poland in 2002 by gender and place of living (%).*

	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta	Miasto	Wieś
Marihuana lub haszysz		*	*	**	**
10 razy lub więcej	3,0	4,9	1,2	4,1	1,2
3-9 razy	4,5	5,7	3,3	5,3	3,1
1-2 razy	7,4	10,3	4,8	8,9	5,0
wcale	85,1	79,1	90,7	81,7	90,6
Srodki wziewne		*	*		
10 razy lub więcej	0,5	0,7	0,1	0,2	0,7
3-9 razy	0,7	1,2	0,3	0,7	0,7
1-2 razy	2,4	2,0	2,8	2,7	1,9
wcale	96,4	96,2	96,8	96,4	96,6
Amfetamina		*	*		
10 razy lub więcej	0,4	0,6	0,2	0,5	0,2
3-9 razy	1,3	2,0	0,7	1,6	1,0
1-2 razy	2,3	2,9	1,7	2,8	1,4
wcale	96,0	94,6	97,4	95,1	97,3
Leki przyjmowane w celu odurzania się		*	*	**	**
10 razy lub więcej	0,3	0,4	0,2	0,2	0,4
3-9 razy	0,5	0,2	0,8	0,7	0,2
1-2 razy	2,5	1,8	3,1	3,3	1,2
wcale	96,7	97,6	95,9	95,8	98,2
Ecstasy		*	*		
10 razy lub więcej	0,2	0,5	-	0,2	0,2
3-9 razy	0,5	0,9	0,1	0,5	0,5
1-2 razy	0,9	1,2	0,6	1,0	0,7
wcale	98,4	97,4	99,3	98,3	98,6
LSD		*	*		
10 razy lub więcej	0,1	0,3	-	0,1	0,2
3-9 razy	0,4	0,8	-	0,4	0,4
1-2 razy	0,7	0,8	0,5	0,7	0,6
wcale	98,8	98,1	99,5	98,8	98,8
Heroina					
10 razy lub więcej	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2
3-9 razy	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
1-2 razy	0,7	0,9	0,5	0,7	0,7
wcale	99,0	98,7	99,2	98,9	98,9
Kokaina		*	*		
10 razy lub więcej	0,2	0,3	0,1	0,1	0,4
3-9 razy	0,1	0,3	-	-	0,4
1-2 razy	0,6	0,9	0,3	0,5	0,6
wcale	99,1	98,5	99,6	99,4	98,7
Polska heroina (kompot)		*	*		
10 razy lub więcej	0,2	0,4	-	0,1	0,4
3-9 razy	0,2	0,3	0,1	0,1	0,4
1-2 razy	0,4	0,7	0,2	0,5	0,4
wcale	99,2	98,6	99,7	99,3	98,8
Używali z różną częstością co najmniej jednej z dziewięciu ww. substancji	18,3	23,5	13,4	22,0	12,5

różnice istotne statystycznie:

\* chłopcy/dziewczęta

\*\* miasto/wieś

Wszystkie wymienione w tabeli substancje psychoaktywne częściej zażywali chłopcy niż dziewczęta (różnice istotne statystycznie dotyczą wszystkich substancji poza heroiną). Różnice zależne od płci występują zarówno u młodzieży eksperymentującej z tymi substancjami (używali 1-2 razy) jak i używających ich często. Istotnie statystycznie częściej używała marihuanę lub haszysz i leki (przyjmowane w celu odurzania się) młodzież w mieście niż na wsi. Częstość używania pozostałych substancji była w obu środowiskach podobna.

#### 4. Inne zachowania ryzykowne

W tabeli 5 podano dane dotyczące częstości występowania innych zachowań stwarzających ryzyko (bezpośrednie lub odległe) dla rozwoju i zdrowia własnego i innych osób.

**TABELA 5**

**Inne zachowania ryzykowne u młodzieży w Polsce w 2002 r. według miejsca zamieszkania, płci i wieku (% badanych).**

*Other risk behaviours among school-aged children in Poland in 2002, by place of living, gender and age (%).*

	Ogółem	Miasto	Wieś	Chłopcy				Dziewczęta			
				ogółem	11 lat	13 lat	15 lat	ogółem	11 lat	13 lat	15 lat
Uczestniczyli w bójkach w ostatnich 12 miesiącach											
4 razy lub więcej	12,3	12,7	11,7	20,0	23,9	18,3	17,8	4,6	3,9	5,6	4,3
2-3 razy	12,3	12,4	12,1	19,5	20,1	22,0	16,2	5,0	4,0	5,6	5,4
1 raz	14,3	14,4	14,0	20,2	19,6	21,9	18,9	8,3	7,9	9,9	7,2
wcale	61,1	60,4	62,2	40,3	36,4	37,7	47,1	82,1	84,3	78,9	83,0
p		NS		*	<0,001			*	<0,01		
Uczestniczyli w dręczeniu innego ucznia lub uczniów w ostatnich kilku miesiącach											
kilka razy w tygodniu	4,5	4,4	4,7	7,2	4,8	7,0	9,9	1,8	1,2	1,8	2,4
około 1 raz w tygodniu	2,4	2,7	1,9	3,8	3,3	3,2	4,9	1,1	1,0	0,9	1,4
2-3 razy w miesiącu	5,1	5,2	4,9	7,7	6,2	7,6	9,3	2,6	1,1	3,4	3,2
tylko 1 lub 2 razy	25,0	25,9	23,4	27,1	23,7	26,8	30,8	22,8	15,1	22,8	29,9
wcale	63,0	61,7	65,1	54,3	62,0	55,4	45,1	71,7	81,6	71,1	63,1
P		<0,05		*	<0,001			*	<0,001		
Stosują dietę i inne działania w celu schudnięcia	14,4	15,1	13,2	8,9	11,6	8,3	6,7	19,9	12,1	21,6	25,4
		<0,05		*	<0,001			*	<0,001		
Odbyli już stosunek płciowy	14,8	14,3	15,6		-	-	20,9		-	-	9,2
p		NS					*				*
Nie stosowali (sami lub partner/ka) w czasie ostatniego stosunku płciowego żadnej metody zapobiegania ciąży***	27,1	22,4	33,6		-	-	26,8		-	-	27,7
p		<0,001					**				**

\* różnice ogółem chłopcy/dziewczęta  $p < 0,001$

\*\* różnice chłopcy/dziewczęta u 15-latków nieistotne statystycznie

\*\*\* odsetek młodzieży, która podjęła już stosunki płciowe

W bójkę, w ostatnich 12 miesiącach, co najmniej 1 raz uczestniczyło ogółem 28,9% uczniów (59,7% chłopców i 17,9 dziewcząt); często tzn. 4 razy lub więcej zdarzyło się to aż 20% chłopców i 4,6% dziewcząt. U chłopców odsetek uczestniczących w bójkach był największy u 11-latków i zmniejszał się z wiekiem. Wśród dziewcząt najczęściej uczestniczyły w bójkach 13-latki. Częstość tego agresywnego zachowania była nieznacznie większa w mieście niż na wsi, ale różnice były nieistotne statystycznie.

W dręczeniu innego ucznia lub uczniów w klasie w ostatnich kilku miesiącach brało udział ogółem 37% nastolatków (45,7 % chłopców i 18,3% dziewcząt). Często tzn. 2-3 razy lub częściej, dręczyło innych uczniów prawie 19% chłopców i 6% dziewcząt. U obu płci odsetek sprawców dręczenia, zwiększał się z wiekiem, zwłaszcza u chłopców. Częstość występowania tej formy agresywnego zachowania była większa w mieście niż na wsi ( $p<0,05$ ).

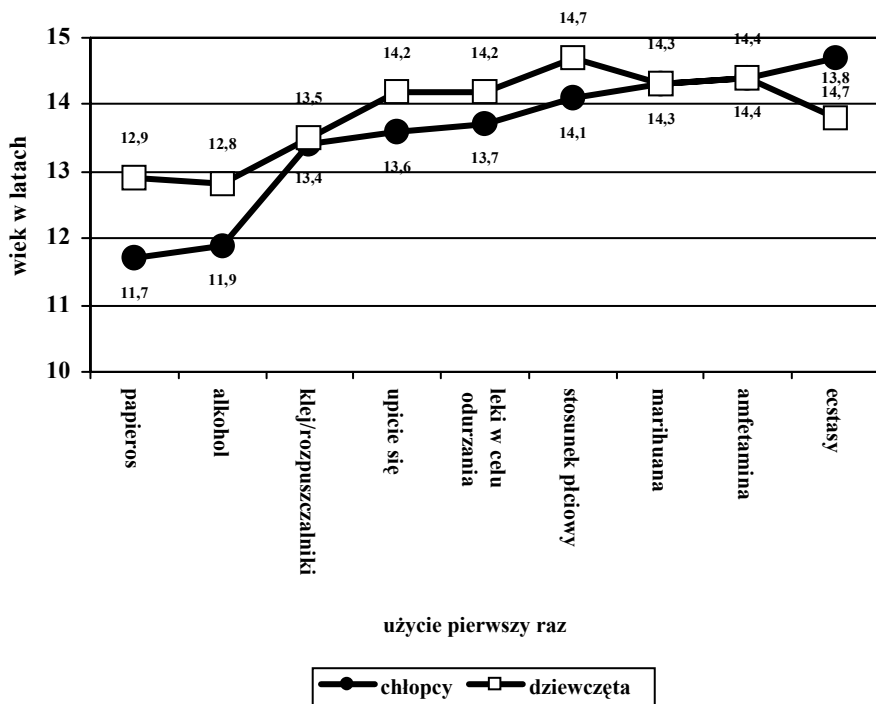
Stosowało dietę lub podejmowało inne działania w celu schudnięcia 8,9% chłopców i 19,9% dziewcząt. Wraz z wiekiem częstość tego zachowania u chłopców zmniejszała się, a u dziewcząt zwiększała się: w wieku 15 lat co czwarta dziewczynka odchudzała się. Częściej podejmowały takie działania dziewczęta miejskie niż wiejskie ( $p<0,01$ ).

Ryzykowne zachowania seksualne badano tylko u młodzieży 15-letniej. Stosunki seksualne podjęło już 20,9% chłopców i 9,2% dziewcząt ( $p<0,001$ ), częściej młodzież na wsi niż w mieście (różnice nieistotne statystycznie). W czasie ostatniego stosunku płciowego 27,1% nastolatków aktywnych seksualnie nie stosowało (sami lub ich partner/ka) żadnej metody zapobiegania ciąży. Odsetek odbywających stosunek bez zabezpieczenia był podobny u chłopców i u dziewcząt. Istotnie statystycznie ( $p<0,001$ ) częściej podejmowała takie zachowanie młodzież na wsi niż w mieście.

## 5. Średni wiek inicjacji niektórych zachowań ryzykownych u młodzieży 15-letniej

Średni wiek inicjacji używania różnych substancji psychoaktywnych oraz pierwszego stosunku płciowego wyliczono tylko na podstawie odpowiedzi 15-latków – ryc. 1.

Najwcześniejszy jest wiek inicjacji tytoniowej u chłopców (średnio 11,7 lat); nieco później (średnio 11,9 lat) chłopcy wypijają pierwszy raz alkohol. U dziewcząt inicjacja tytoniowa i alkoholowa odbywa się około 1 roku później. Średni wiek pierwszego użycia środków wziewnych jest podobny u obu płci (13,5 lat) i wyprzedza średni wiek pierwszego upicia się, zwłaszcza u dziewcząt. Sekwencja pierwszego zażycia pozostałych substancji psychoaktywnych jest następująca: leki przyjmowane w celu odurzania się (średni wiek u chłopców 13,7 lat u dziewcząt 14,2 lat), marihuana lub haszysz i amfetamina (u obu płci średnio w wieku 14,3 i 14,4 lat) oraz ecstasy (14,7 lat u chłopców, 13,8 lat u dziewcząt; odwrócone proporcje w stosunku do innych substancji).



Ryc. 1. Średni wiek pierwszego zażycia wybranych substancji psychoaktywnych oraz odbycia pierwszego stosunku płciowego u młodzieży 15-letniej.

Średni wiek pierwszego stosunku płciowego wynosił 14,1 lat u chłopców i 14,7 lat u dziewcząt.

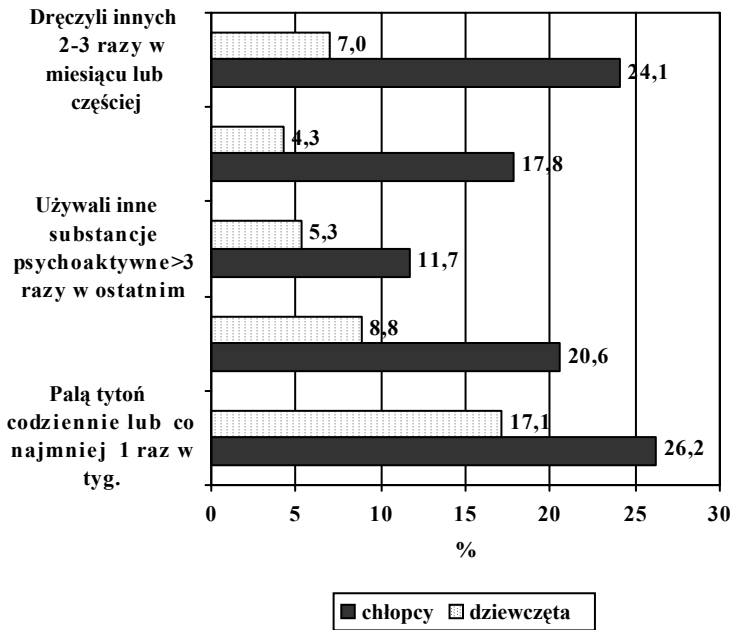
Dziewczęta istotnie statystycznie ( $p < 0,001$ ) później niż chłopcy przechodzą inicjację tytoniową, alkoholową (w tym upijanie się) i seksualną. Nie stwierdzono różnic zależnych od płci w wieku pierwszego użycia substancji wziewnych, marihuany lub haszyszu i amfetaminy. W przypadku ecstasy wiek pierwszego jej zażycia był wcześniejszy u dziewcząt niż u chłopców. Wiek inicjacji analizowanych zachowań ryzykownych w mieście i na wsi był podobny.

## 6. Częstość nasilonych zachowań ryzykownych u młodzieży 15-letniej

Za nasilone zachowania ryzykowne przyjęto w pracy zachowania występujące regularnie (np. palenie codziennie i w każdym tygodniu) lub powtarzające się często. W wyborze kryterium częstości wzorowano się na propozycji Olweusa (17), który w odniesieniu do dręczenia innych uczniów przyjął powtarzanie się aktów przemocy co najmniej 2-3 razy w miesiącu w ostatnich kilku miesiącach. Założono, że nie jest to już eksperymentowanie i że u młodzieży tej istnieje zwiększone ryzyko utrwalenia się tych zachowań i wystąpienia bezpośrednich

lub odległych szkód i z tego powodu wymaga ona nie tylko edukacji, lecz także interwencji profilaktycznej.

Odsetki młodzieży 15-letniej o nasilonych zachowaniach ryzykownych tzn. występujących regularnie lub często przedstawia ryc. 2. W zależności od rodzaju zachowań ryzykownych działań interwencyjnych wymaga około 5-25% uczniów kończących gimnazjum, zdecydowanie częściej chłopcy niż dziewczęta.



Ryc. 2. Odsetki młodzieży 15-letniej o nasilonych zachowaniach ryzykownych.

## DYSKUSJA

Przedstawione wyniki badań, wykonanych w 2002 r. w reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie młodzieży w wieku 11-15 lat, dostarczają najnowszych danych o rozpowszechnieniu różnych zachowań ryzykownych w tej grupie populacji w Polsce. Wyniki te wskazują na dużą częstość tych zachowań wśród młodzieży w okresie dojrzewania. Do najbardziej rozpowszechnionych zachowań należy:

- picie alkoholu: połowa nastolatków pije różne napoje alkoholowe, najczęściej piwo,
- zachowania agresywne: uczestniczyło w bójkach, w ostatnich 12 miesiącach, prawie 40% młodzieży; dręczyło innych uczniów, w ostatnich kilku miesiącach, 37% nastolatków.

Wśród 15-latków prawie co piąty uczeń (18,3%) używał w ostatnich 12 miesiącach jednej z dziewięciu wymienionych w ankiecie substancji psychoaktywnych.

Najczęściej była to marihuana lub haszysz. Porównując dane dotyczące używania substancji psychoaktywnych z wynikami badań ESPAD wykonanymi w 1999 r. w tej samej grupie wieku i przy pomocy podobnego narzędzia (20), stwierdzono, że w badanej grupie w 2002 r. większy był odsetek młodzieży używającej marihuanę lub haszysz (konopie) – HBSC 14,9%, ESPAD 12,3%. Podobny był odsetek używających środków wziewnych. Częstość używania pozostałych substancji według danych HBSC była mniejsza. Różnice te mogą wynikać ze zmian w częstości używania przez młodzież tych substancji w okresie 3 lat dzielących badanie ESPAD i HBSC. Mogą one także być związane ze zmianą „statusu” szkolnego badanych. W 1999 r. byli oni uczniami klas I szkół ponadpodstawowych, w tym zawodowych, w 2002 r. uczniami ostatniej klasy gimnazjum.

Wśród 15-latków co piąty chłopiec i prawie co dziesiąta dziewczynka przeszła inicjację seksualną. Wśród aktywnie seksualnej młodzieży 27% badanych, w czasie ostatniego stosunku płciowego, nie stosowało (sam/a lub partner/ka) prezerwatyw i żadnej innej metody zapobiegania ciąży. Tak wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego i odbywanie stosunków płciowych bez zabezpieczenia stwarza duże zagrożenie dla zdrowia seksualnego i prokreacyjnego w dzieciństwie i młodości i w dalszych latach życia, w tym większe ryzyko zakażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową, niechcianej ciąży, przemocy seksualnej (15, 22).

Diety odchudzające i inne działania w celu schudnięcia podejmował prawie co dziesiąty chłopiec (8,9%) i co piąta dziewczynka (19,9%). Jest to efekt presji kulturowej, określanej mianem „tyranii szczupłego ciała” (13), która dotyka również dziewczęta w okresie, gdy utrzymanie odpowiedniej masy ciała jest warunkiem prawidłowego rozwoju fizycznego (w tym zwłaszcza płciowego). Odchudzające się (często nieprawidłowo lub ekstremalnie) dziewczęta mogą odczuwać: rozdrażnienie, trudności w koncentracji. Mogą też wystąpić u nich: zaburzenia snu, stany depresyjne, obniżone poczucie własnej wartości oraz zaburzenia miesiączkowania, opóźnienie wzrastania i dojrzewania płciowego, niedobory pokarmowe (2, 11, 19). Wykazano, że istnieje związek między odchudzaniem się a wystąpieniem zaburzeń odżywiania się (jadłowstręt psychiczny, bulimia), które stanowią zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia dziewcząt (18).

Częstość analizowanych zachowań ryzykownych:

- była większa u chłopców niż u dziewcząt poza stosowaniem diet odchudzających (dwukrotnie częstsze u dziewcząt) i odbywaniem stosunków płciowych bez zabezpieczenia (podobne u obu płci); inicjacja większości analizowanych zachowań była też wcześniejsza u chłopców;

- zwiększała się z wiekiem, z największą „dynamiką” wzrostu między 13 a 15 rokiem życia; z wiekiem zmniejszała się u chłopców częstość uczestnictwa w bójkach i odchudzania się;

- była większa u młodzieży w mieście niż na wsi, poza zachowaniami seksualnymi (u młodzieży wiejskiej nieco większy był odsetek młodzieży po inicjacji seksualnej i zdecydowanie większy odsetek nie stosujących w czasie ostatniego stosunku płciowego metod antykoncepcyjnych); analiza różnic między miastem a wsią wy-

maga jednak pogłębienia z uwzględnieniem płci, która w największym stopniu determinuje zachowania ryzykowne młodzieży.

W grupie młodzieży 15-letniej analizowano średni wiek inicjacji używania poszczególnych substancji psychoaktywnych oraz inicjacji seksualnej. Pozwoliło to na określenie sekwencji inicjacji tych zachowań ryzykownych. Najwcześniejsza była inicjacja tytoniowa i alkoholowa. W dalszej kolejności było: pierwsze użycie środków wziewnych, upicie się, zażycie leków w celu odurzania się, pierwszy stosunek płciowy, użycie marihuany lub haszyszu, amfetaminy i ecstazy. Odstęp czasu między średnim wiekiem zapalenia pierwszego papierosa (11,7 lat u chłopców, 12,9 lat u dziewcząt) a użyciem marihuany lub haszyszu i amfetaminy (u obu płci odpowiednio 14,3 i 14,4 lat) wynosi ok. 2,5 lat u chłopców i ok. 1,5 roku u dziewcząt. Wyniki te potwierdzałyby teorię „otwartych drzwi” (ang.: *gateway*), zgodnie z którą papierosy i alkohol otwierają drogę do używania innych substancji psychoaktywnych. Teorię tę potwierdza także analiza wyników badań YRBS (Youth Risk Behavior Survey) w USA dotyczącej młodzieży w wieku 11-19 lat, w których wykazano, że palenie papierosów i picie alkoholu zwiększa prawdopodobieństwo używania marihuany, a użycie marihuany przed 14 rokiem życia zwiększa 7,4 razy prawdopodobieństwo używania innych narkotyków (14).

Zachowania ryzykowne, jak wspomniano na wstępie, są charakterystyczną cechą okresu dojrzewania i trudno oczekiwać, że kiedykolwiek uda się je wyeliminować lub znacznie ograniczyć, zwłaszcza w warunkach współczesnego życia. Niezbędne jest jednak dalsze prowadzenie systematycznych działań profilaktycznych, zwłaszcza w szkołach. Programy profilaktyczne adresowane do całej populacji powinny uwzględniać także inne zachowania ryzykowne, poza używaniem substancji psychoaktywnych, gdyż zachowania te kumulują się i mają wspólne przyczyny. Należy także poszukiwać nowych sposobów dla zwiększania skuteczności tych programów. Szansę taką stwarza wdrożenie podejścia ukierunkowanego na rozwijanie umiejętności życiowych (ang.: *life skills*) (25).

Szczególną uwagę należy zwrócić na grupy zwiększonego ryzyka, do których należy młodzież o regularnym lub częstym powtarzaniu się zachowań ryzykownych. W niniejszej pracy określono je jako zachowania ryzykowne nasilone, choć zapewne kryteria częstości występowania danego zachowania, przy której zwiększa się ryzyko utrwalania się tego zachowania i wystąpienia szkód zdrowotnych lub społecznych, mogą być dyskusyjne. Kryteria te są trudne do jednoznacznego ustalenia, wobec istnienia dodatkowych środowiskowych i indywidualnych czynników ryzyka i czynników ochronnych. Uzyskane wyniki wskazują, że wśród uczniów gimnazjów to zwiększone ryzyko może dotyczyć 5-25% młodzieży. Walker i wsp. (23) uważają, że z punktu widzenia zdrowia publicznego, biorąc pod uwagę nasilenie zachowań problemowych, należy w szkołach wprowadzać trzy poziomy model działań profilaktycznych: prewencja uniwersalna (pierwotna) dotycząca 80-90% uczniów bez poważnych zachowań problemowych; prewencja selektywna (drugorzędowa) skierowana do uczniów o zwiększonym ryzyku (5-15% populacji) i interwencja zalecana (trzeciorzędowa) dotycząca 1-7% uczniów o nasilonych zachowaniach

problemowych. W Polsce podjęto już pierwsze próby wdrażania metody szkolnej interwencji profilaktycznej (1).

## WNIOSKI

1. Zachowania ryzykowne są powszechnym zjawiskiem wśród młodzieży w wieku 11-15 lat. W zależności od rodzaju zachowań i stopnia ich nasilenia, płci i wieku występują one u kilkunastu procent do ponad połowy ogółu młodzieży w okresie dojrzewania. Tak duże rozpowszechnienie tych zachowań uzasadnia konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych, ukierunkowanych nie tylko na prewencję używania substancji psychoaktywnych lub opóźnienie inicjacji ich zażywania, lecz także innych zachowań zwłaszcza agresywnych i ryzykownych zachowań seksualnych. Niezbędne jest także poszukiwanie sposobów zwiększania skuteczności tych programów.

2. Nasilone zachowania ryzykowne (występujące regularnie lub często) dotyczą 5-25% młodzieży. Dla tej grupy zwiększonego ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z tymi zachowaniami niezbędne są, obok działań edukacyjnych, działania interwencyjne.

3. Częstość występowania zachowań ryzykownych zwiększa się z wiekiem, z największym „przyrostem” między 13. a 15. rokiem życia, czyli w okresie nauki w gimnazjum. Wskazuje to na potrzebę intensyfikacji działań profilaktycznych w tym nowym w szkolnictwie polskim typie szkół.

4. Rozpowszechnienie zachowań ryzykownych jest znacznie większe u chłopców niż u dziewcząt, które w tej fazie życia są bardziej zaawansowane w dojrzewaniu niż chłopcy. Należałoby zwrócić większą niż dotychczas uwagę na dziewczęta stosujące diety odchudzające.

## STRESZCZENIE

Celem pracy była ocena rozpowszechnienia różnych zachowań ryzykownych u młodzieży szkolnej w Polsce w 2002 r. Badania przeprowadzono w reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat (N = 6383). Narzędziem badawczym był międzynarodowy, standardowy kwestionariusz (anonimowy), przygotowany w ramach badań międzynarodowych – Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Collaborative Study. Badania wykonano zgodnie z międzynarodowym protokołem badawczym.

Stwierdzono, że do najbardziej rozpowszechnionych zachowań ryzykownych w całej badanej grupie należy: picie napojów alkoholowych (pije je 51% młodzieży), uczestnictwo w bójkach (39%), dręczeniu innych uczniów (37%). Pali tytoń 17% nastolatków (regularnie 11%). Diety odchudzające stosowało 8% chłopców i 20% dziewcząt. Wśród młodzieży 15-letniej prawie 18% używało, w ostatnich 12 miesiącach, co najmniej jednej z dziewięciu substancji psychoaktywnych; 21% chłopców i 9% dziewcząt odbyło inicjację seksualną, a 27% aktywnej seksualnie młodzieży nie stosowało w czasie ostatniego stosunku płciowego żadnej metody zapobiegania

cięży. Nasilone tzn. występujące regularnie lub z dużą częstością zachowania ryzykowne dotyczą 5-25% nastolatków. Częstość większości zachowań ryzykownych jest większa u chłopców niż u dziewcząt, młodzieży w mieście niż na wsi i zwiększa się z wiekiem. Stwierdzono następującą sekwencję wieku inicjacji zachowań ryzykownych wśród 15-latków: palenie tytoniu (chłopcy 11,7 lat, dziewczęta 12,9 lat), picie alkoholu (odpowiednio 11,9 i 12,8 lat), wacanie kleju i rozpuszczalników (13,4 i 13,5 lat), upicie się (13,6 lat i 14,2 lat), przyjmowanie leków w celu odurzenia się (13,7 i 14,2 lat), pierwszy stosunek płciowy (14,1 i 14,7 lat), używanie marihuany lub haszyszu oraz amfetaminy (u obu płci odpowiednio 14,3 i 14,4 lat), używanie ekstazy (chłopcy 13,8, dziewczęta 14,7 lat)

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę: (1) kontynuacji edukacyjnych programów profilaktycznych w szkołach, ukierunkowanych także na zapobieganie innym niż używanie substancji psychoaktywnych zachowaniom ryzykownym, w tym zachowaniom agresywnym i nadmiernemu odchudzaniu się u dziewcząt; (2) wprowadzania programów interwencyjnych w stosunku do młodzieży o nasilonych zachowaniach ryzykownych.

**Słowa kluczowe:** młodzież, palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, zachowania agresywne, ryzykowne zachowania seksualne, odchudzanie się.

## PIŚMIENNICTWO

1. Borucka A., Kocoń K.: *Interwencja w szkole*. Remedium. 2003, nr 7-8, 10-13.
2. Casper R.C. Offer D.: *Weight and dieting concerns in adolescents, fashion or symptom*. Pediatrics. 1990, 86, 384-390.
3. Currie C., Samdal O., Boyce W.: *Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-National Study*. Research protocol for the 2001/02 survey. Edinburgh 2001.
4. Di Clemente R.J.: *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York, Plenum Press. 1966.
5. Fatyga B., Rogala-Oblękowska J.: *Style życia młodzieży a narkotyki*. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
6. Frączek A.: *Rozwój w okresie dorastania a nawykowe palenie i picie*. Nowiny Psychologiczne, 1990, 5-6, 71-82.
7. Hibell B.: *The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm 2000.
8. Irwin C.E.: *The theoretical concept of at-risk adolescents*. Adolesc. Med. 2990, 1, 1-14.
9. Jessor R, Jessor S.L.: *The perceived environment on behavioral science: some conceptual issues and some illustrative data*. Am. Behav. Sci. 1973, 16, 801-828.
10. Kumpfer K.L., Turner C.W.: *The social ecology model of adolescent substance use: implication for prevention*. Int. J. Addict. 1990-91, 25 (4A), 435-463.

11. Mann A.H., Wakeling A., Wood K.: *Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old school girls*. Psychol. Med. 1983, 13, 573-580.
12. Mellibruda J.: *Profilaktyka problemowa*. Remedium 1997, nr 10, 17-20.
13. Melosik Z.: *Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje*. W: Melosik Z. (red.): *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Wyd.. Edytor, Toruń-Poznań 1999.
14. Merrill J.C., Kleber H.D., Shwartz M.: *Cigarettes, alcohol, marihuana, other risk behaviors, and American youth*. Drug Alcohol Depend. 1999, 56, 205-212.
15. Nahom D., Wells E., Gilmore M.R.: *Differences by gender and sexual experience in adolescent sexual behavior: Implications for education and HIV prevention*. J. Sch. Health. 2001, 71, 153-158.
16. Oetting E.R., Donnermeyer J.F.: *Primary socialisation theory: the aetiology of drug use and deviance*. Subst. Use Misuse. 1998, 33, 995-1025.
17. Olweus D.: *Bullying at school: long-term outcomes for the victims and an effective school-based intervention program*. W: Huesmann L.R. (red.): *Aggressive behaviour: Current perspectives*. Plenum Press, New York 1994.
18. Patton G.C., Selzer R., Coffey C.: *Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years*. BMJ. 1999, 318, 765-768.
19. Pesa J.: *Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents*. J. Adolesc. Health 1990, 86, 384-390.
20. Sierosławski J., Zieliński A.: *Europejski Program Badań Ankietywowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Innych Substancji Psychoaktywnych*. W: *Alkohol i narkotyki w życiu polskiej młodzieży – dylematy profilaktyki*. PARPA, Warszawa 2002, 8-95.
21. Stępień E., Frączek A.: *Palenie i picie a inne zachowania związane ze zdrowiem i antynormatywne wśród dorastających*. Nowiny Psychol. 1992, 1, 29-36.
22. Vanoss Marin B., Coyle K.K., Gomez C.A.: *Older boyfriends and girlfriends increase risk of sexual initiation in young adolescents*. J. Adolesc. Health. 2000, 27, 409-418.
23. Walker H.M., Horner R.H., Sugai G.: *Integrated approaches to preventing antisocial behavior patterns among school-age children and youth*. J. Emot. Behav. Disord. 1996, 4, 193-256.
24. Woynarowska B., Mazur J.: *Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku*. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2002.
25. Woynarowska B.: *Kształtowanie umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży – wyzwanie dla szkoły*. Chowanna 2002, nr 1 (16), 57-69.

Adres autorów:

Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania

Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego

ul. Mokotowska 16/20

00-561 Warszawa

Tel/fax (22) 622 86 41

e-mail: barwoy@pedagog.uw.edu.pl