

## Wzory picia alkoholu wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową

Patterns of alcohol drinking among adolescents with motor impairments

**Beata Hintze**

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej  
Instytut Psychologii Stosowanej, Warszawa  
Wydział Stosowanych Nauk Społecznych

**Abstract – Introduction.** The study aimed to analyse alcohol consumption patterns of adolescents with motor impairments compared to non-impaired adolescents.

**Methods.** The researched group consisted of 291 individuals, including 186 subjects with motor impairments aged 14 to 24, and 105 non-impaired people aged 14 to 21. The surveys were conducted in special schools and education centres for children and adolescents with motor impairments in Poland. The “Ty i zdrowie” (You and Your Health) questionnaire was administered, which is a Polish adaptation of the “Health Behavior Questionnaire”.

**Results.** The results of this study show that alcohol consumption patterns differ between groups in terms of age of alcohol initiation, gender, intensity of alcohol drinking, genesis of the impairment occurred and its correlates.

**Key words:** alcohol drinking patterns, adolescence, motor impaired individuals

**Streszczenie – Wstęp.** Celem pracy była analiza wzorów picia alkoholu u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z wzorami picia u młodych osób bez dysfunkcji, będących w tym samym okresie rozwojowym.

**Metoda.** Przedmiotem analizy były dane uzyskane od 291 osób, w tym 186 osób z niepełnosprawnością ruchową w wieku od 14 do 24 lat oraz od 105 osób bez dysfunkcji w wieku od 14 do 21 lat. Badania przeprowadzono w kilku miastach Polski w specjalistycznych ośrodkach szkolno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych ruchowo. W badaniu wykorzystano pytania z kwestionariusza „Ty i Zdrowie”, który jest polską adaptacją „Health Behavior Questionnaire”.

**Wyniki.** Uzyskane wyniki badań wskazują, że picie alkoholu istotnie różnicuje obie grupy pod względem: wieku inicjacji, płci, intensywności picia, oraz pod względem historii powstania niepełnosprawności i jej różnych aspektów.

**Słowa kluczowe:** wzory picia alkoholu, okres dorastania, osoby z niepełnosprawnością ruchową

---

Badania finansowane w całości ze środków statutowych Akademii Pedagogiki Specjalnej BW 04/06-II.

## WSTĘP

Używanie różnych substancji psychoaktywnych, szczególnie spożywanie alkoholu, przez osoby w coraz młodszym wieku stało się od kilku lat poważnym problemem na całym świecie (1, 2). Z tego powodu powstały różne międzynarodowe organizacje – takie jak Health Behaviour in School-Aged Children czy Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention IMHPA – które wspólnie prowadzą badania oraz planują interwencje profilaktyczno-terapeutyczne, mające na celu zapobieganie używaniu tych substancji oraz ich negatywnym zdrowotnym konsekwencjom.

W naszym kraju w ostatnim dziesięcioleciu zaobserwowano stałą tendencję wzrostową w odniesieniu do częstego nadużywania alkoholu oraz większą częstotliwość epizodów upojenia alkoholowego wśród młodzieży, niezależnie od płci (3, 4). Badania wykazały, że w grupie 15-latków inicjacja picia alkoholu przypada na 12–13 rok życia, a pierwsze upicie się na 13–14 rok życia. Na przykład, badania przeprowadzone na terenie Łodzi ujawniły, że ponad 40% dzieci i młodzieży wieku od 12 do 18 roku życia doświadczyło co najmniej kilkakrotnie stanów upicia się (5). Odnotowano, że bardzo ważną rolę w inicjacji picia alkoholu w czasie adolescencji odgrywa grupa rówieśnicza. W tym okresie rozwojowym podatność na wpływy otoczenia jest szczególnie istotna – grupa rówieśnicza staje się źródłem samooceny, poczucia przynależności, tożsamości, akceptacji. Dlatego wartości aprobowane w konkretnej grupie rówieśniczej, formy spędzania wolnego czasu, zainteresowania, wytyczone normy postępowania mają bezpośredni wpływ na pojawianie się i intensywność różnych zachowań problemowych, w tym spożywania alkoholu (6–11).

Różne zachowania problemowe, w tym picie alkoholu, dobrze poznano i opisano w populacji młodzieży szkolnej bez dysfunkcji. Natomiast bardzo nieliczne prace z tego zakresu dotyczą młodzieży z niepełnosprawnością ruchową (12–16). Dlatego te badania zostały ukierunkowane na osoby z niepełnosprawnością ruchową, które podlegają tym samym prawom rozwojowym, co osoby w pełni sprawne, ich rozwój może być jednak utrudniony ze względu na rodzaj i nasilenie dysfunkcji narządu ruchu.

Specyficzne problemy młodzieży z dysfunkcją ruchu mogą wynikać z ograniczonej sprawności motorycznej i/lub z uwagi na wygląd zewnętrzny. Brak lub deformacja kończyn czy dużego stopnia skrzywienie kręgosłupa powodują trudności w swobodnym poruszaniu się. Osoby te często muszą korzystać z wózków inwalidzkich, kul czy balkoników. Te nieprawidłowości mogą mieć etiologię wrodzoną lub nabytą. Sytuacja przewlekłej choroby od urodzenia czy też późniejsze nabycie niepełnosprawności niekorzystnie wpływa na rozwój dziecka. Wrodzona niepełnosprawność ruchowa może mieć szczególne konsekwencje dla rozwoju społecznego, ponieważ utrudnia nawiązywanie relacji z rówieśnikami, czy dla kształtowania się adekwatnej samooceny. Natomiast niepełnosprawność nabyta może przyczynić się do dysfunkcji psychicznych, trudności w adaptacji do nowej roli, w akceptacji swojej fizyczności. Nagła zmiana w dotychczasowym funkcjonowaniu psychospołecznym może stać się przyczyną różnych zaburzeń psychicznych – od zaburzeń emocjonalnych, poprzez

depresję, do zaburzeń zachowania. Nabycie niepełnosprawności w okresie dojrzewania (np. amputacja kończyn, paraliż kończyn) może stanowić duże utrudnienie dla prawidłowego rozwoju tożsamości (17–20).

**Celem pracy** była analiza wzorów picia alkoholu u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z wzorami picia u osób bez dysfunkcji, które są w tym samym okresie rozwojowym.

Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy występują różnice pomiędzy osobami z niepełnosprawnością ruchową a osobami bez dysfunkcji w inicjacji alkoholowej oraz intensywności picia?
2. Czy występują różnice pomiędzy dziewczętami a chłopcami w obu grupach w inicjacji alkoholowej oraz intensywności picia?
3. Czy występuje związek pomiędzy rodzajem niepełnosprawności układu ruchu, historią jej powstania a intensywnością picia alkoholu?

## MATERIAŁ I METODA

### Charakterystyka badanej próby i procedury badawczej

Przedmiotem analizy były dane uzyskane od 291 osób, w tym 186 osób z niepełnosprawnością ruchową w wieku od 14 do 24 lat (średnia wieku 18,5) oraz od 105 osób w pełni sprawnych w wieku od 14 do 21 lat (średnia wieku 17,5). W grupie osób z niepełnosprawnością ruchową (Grupa I) znalazło się 88 dziewcząt i 98 chłopców, a w grupie bez dysfunkcji (Grupa II): 44 dziewczęta i 61 chłopców.

Do badań wybrano, z nielicznych istniejących w Polsce, specjalistyczne ośrodki szkolno-wychowawcze, które od lat pracują z młodzieżą z dysfunkcją układu ruchu. Badania obu grup<sup>1</sup> młodzieży przeprowadzono w czterech specjalistycznych ośrodkach w pobliżu lub w dużych miastach: w Policach, w Busku-Zdroju, we Wrocławiu, w Poznaniu oraz w jednym zespole szkół w Warszawie. Dyrektorzy tych ośrodków wyrazili zgodę na realizację projektu badawczego autorki.

Badani byli uczniami przede wszystkim szkół średnich (liceum ogólnokształcące, profilowane, uzupełniające, technikum) oraz zawodowych. Niewielka liczba osób uczyła się w ostatniej klasie gimnazjum. Do szkół przy ośrodkach uczęszczała zazwyczaj również młodzież bez dysfunkcji (w niewielkim procencie) z terenu miasta (klasy integracyjne). W ośrodkach specjalistycznych, oprócz możliwości uczenia się, prowadzona jest w szerokim zakresie rehabilitacja. Ośrodki te przeznaczone są szczególnie dla młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu, z możliwością kontynuowania nauki lub uczenia się zawodu do 24 roku życia; przyjmuje się tu młodzież z całej Polski, która na okres nauki korzysta z internatu. Do najczęstszych schorzeń należały

---

<sup>1</sup> Część badanej młodzieży bez dysfunkcji pochodziła z klas integracyjnych w specjalistycznych ośrodkach, a reszta – z zespołu szkół w Warszawie.

uszkodzenia narządu ruchu wrodzone i nabyte (choroby przewlekłe jak zanik mięśni, choroby reumatyczne, dużego stopnia skrzywienia kręgosłupa, stany poamputacyjne oraz niepełnosprawności sprzężone). Psychologowie i pedagodzy z ośrodków wybrali do badań osoby tylko z jedną dysfunkcją układu ruchu (bez sprzężeń), w normie intelektualnej. Grupa młodzieży bez dysfunkcji była dobierana przede wszystkim pod względem poziomu edukacji (konkretnej szkoły), a także wieku i płci, do grupy młodzieży z niepełnosprawnością ruchową (zaplanowano badanie 200 osób z Grupy I i 100 osób z Grupy II)

W badaniu brały udział osoby, które albo samodzielnie wyraziły zgodę albo też wyrazili ją pisemnie rodzice w przypadku młodzieży niepełnoletniej (jest to jedna z ważniejszych przyczyn ograniczenia liczby osób oraz nierównej liczebności dziewcząt i chłopców w obu grupach). Badania odbyły się na terenie szkół z zachowaniem anonimowości. Były przeprowadzone przez autorkę.

### Narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano pytania z kwestionariusza „Ty i Zdrowie” (21), który jest polską adaptacją kwestionariusza Jessor, Donovan i Costy „Health Behavior Questionnaire” (22). Pytania w kwestionariuszu obejmują różne dziedziny psychospołecznego funkcjonowania w okresie dorastania. W prezentowanym materiale wykorzystano odpowiedzi badanych na pytania dotyczące analizowanych aspektów picia alkoholu. Większość pytań miała charakter zamknięty, z wyjątkiem wieku inicjacji, który badani sami wpisywali.

### Wybrane pytania<sup>2</sup>

**Wiek inicjacji picia.** Zastanów się, kiedy pierwszy raz piłeś piwo, wino lub wódkę w swoim życiu? Ile wtedy miałeś lat? Miałem wtedy lat . . . . .

**Kontekst społeczny inicjacji.** Zastanów się, kiedy pierwszy raz piłeś piwo, wino lub wódkę to piłeś: w towarzystwie rodziców, w towarzystwie kolegów (przyjaciół), samotnie.

**Częstość picia alkoholu.** W ciągu ostatnich sześciu miesięcy jak często piłeś alkohol? (nigdy = 1; jeden–dwa razy w ciągu ostatniego półrocza = 2; trzy–cztery razy w ciągu ostatnich miesięcy = 3; raz na miesiąc = 4; dwa–trzy razy w miesiącu = 5; raz na tydzień = 6; dwa–trzy razy w tygodniu = 7; cztery–pięć razy w tygodniu = 8; codziennie = 9)

**Ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu.** Pomyśl o wszystkich tych sytuacjach, w których piłeś podczas ostatnich sześciu miesięcy. Ile zwykle wypijałeś za każdym razem? (mniej niż jedną puszkę/butelkę piwa, kieliszek wina lub wódki = 1;

---

<sup>2</sup> Pytania zawierały również wersję żeńską, która została usunięta ze względów technicznych, tylko na użytek tego artykułu (przyj. red.).

1 puszkę/butelkę piwa lub kieliszek wina lub wódki = 2; dwie puszkę/butelki piwa lub kieliszki wina lub wódki = 3; trzy puszkę/butelki piwa lub kieliszki wina lub wódki = 4; cztery puszkę/butelki piwa lub kieliszki wina lub wódki = 5; pięć puszek/butelek piwa lub kieliszków wina lub wódki = 6; sześć puszek/butelek piwa lub kieliszków wina lub wódki = 7; siedem–osiem puszek/butelek piwa lub kieliszków wina lub wódki = 8; dziewięć lub więcej puszek/butelek piwa lub kieliszków wina lub wódki = 9)

**Częstość picia dużych ilości alkoholu (powyżej 5 porcji).** Kiedy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy piłeś alkohol, ile razy wypijałeś za jednym razem pięć lub więcej butelek (puszek) piwa lub pięć lub więcej kieliszków wina lub wódki? (nigdy = 1; raz = 2; dwa–trzy razy = 3; cztery–pięć razy = 4; raz na miesiąc = 5; dwa–trzy dni w miesiącu = 6; raz na tydzień = 7; dwa razy na tydzień = 8; częściej niż dwa razy na tydzień = 9)

**Częstość upijania się.** W ciągu ostatnich sześciu miesięcy ile razy upiłeś się albo byłeś na bardzo dużym rauszu po alkoholu? (nigdy = 1; raz = 2; dwa–trzy razy = 3; cztery–pięć razy = 4; raz na miesiąc = 5; dwa–trzy dni w miesiącu = 6; raz na tydzień = 7; dwa razy na tydzień = 8; częściej niż dwa razy na tydzień = 9)

**Częstość picia w weekendy.** Jak często pijesz podczas weekendów? (wcale = 1; czasami = 2, przeważnie = 3; prawie zawsze = 4)

Dla ustalenia wskaźników – częstości picia alkoholu, ilości zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstości picia dużych ilości alkoholu (za jednym razem 5 lub więcej puszek piwa, kieliszków wina lub wódki), częstości upijania się i częstości picia w weekendy – wykorzystano odpowiedzi badanych na poszczególne pytania. Jak to widać powyżej, do każdej z odpowiedzi była przyporządkowana konkretna wartość liczbowa od 1 do 9, a w pytaniu dotyczącym picia w weekendy od 1 do 4. Im bardziej nasilone konkretne zachowanie, tym większa wartość liczbowa.

Dla ustalenia wskaźnika intensywności picia brano pod uwagę odpowiedzi badanych na cztery pytania: o częstość picia alkoholu, ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstość picia dużych ilości alkoholu (za jednym razem 5 lub więcej puszek piwa, kieliszków wina lub wódki) i częstość upijania się. Wskaźnik intensywności picia dla jednej osoby to suma punktów odpowiedzi na te cztery pytania. Otrzymany w ten sposób wskaźnik wyrażony był liczbowo od 4 do 36 punktów (alfa Cronbacha = 0,80).

Drugim narzędziem była, utworzona przez autorkę badań na potrzeby realizacji projektu, ankieta dotycząca różnych aspektów niepełnosprawności: okresu powstania, rodzaju i stopnia, możliwości samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb i/lub korzystania z pomocy innych, samodzielnego poruszania się bądź za pomocą wózka inwalidzkiego, kul lub balkonika. W części pytań były odpowiedzi do wyboru, część wymagała wpisania, np. wieku powstania niepełnosprawności. Młodzież wypełniała samodzielnie ankietę z informacjami dotyczącymi różnych aspektów – w tym także stopnia – niepełnosprawności. W Polsce dzieci z różnymi dysfunkcjami zaliczane są do osób niepełnosprawnych, lecz do 16 roku życia nie określa się stopnia ich niepełnosprawności.

## Analizy statystyczne

Charakter rozkładu zmiennych zbadano testem Shapiro-Wilka. W zależności od uzyskanych rozkładów badanych zmiennych do analiz zastosowano testy nieparametryczne. Do porównań statystycznej istotności różnic między badanymi grupami zastosowano test U Manna-Whitneya, ponieważ rozkład tych zmiennych nie był rozkładem normalnym. Zastosowano Chi-kwadrat do porównania statystycznej istotności różnic między grupami w wieku inicjacji alkoholowej w kontekście społecznym. Obliczeń statystycznych dokonano za pomocą programu komputerowego STATYSTYKA 7.

## WYNIKI

### 1. Wiek inicjacji picia alkoholu

Młodzież z niepełnosprawnością ruchową zaczynała pić alkohol ponad rok później niż jej rówieśnicy bez dysfunkcji (test U Manna-Whitneya  $Z = 3,9$ ;  $p < 0,001$ ). Niepełnosprawne dziewczęta miały pierwszy kontakt z alkoholem o ok. 15 miesięcy później w porównaniu z dziewczętami sprawnymi (test U Manna-Whitneya  $Z = 3,5$ ;  $p < 0,001$ ), a chłopcy z niepełnosprawnością – o ok. 11 miesięcy później niż ich rówieśnicy (test U Manna-Whitneya  $Z = 2,1$ ;  $p < 0,05$ ). Natomiast nie ma istotnych różnic w inicjacji alkoholowej pomiędzy chłopcami i dziewczętami w obu grupach (tab. 1).

Tabela 1.

Wiek inicjacji picia alkoholu w badanych grupach (wartości średnie)

*Age of alcohol initiation (mean values)*

Grupy <i>Groups</i>	Płeć <i>Gender</i>	Wiek inicjacji alkoholowej (lata) <i>Age of alcohol initiation (years)</i>	
Grupa/Group I młodzież z niepełnosprawnością ruchową <i>motor impaired youth</i>	Dziewczęta <i>Girls</i>	15,1*** N = 143	15,5 N = 67
	Chłopcy <i>Boys</i>		14,8 N = 76
Grupa/Group II młodzież bez dysfunkcji <i>control group</i>	Dziewczęta <i>Girls</i>	14,0*** N = 89	<b>14,2**</b> N = 39
	Chłopcy <i>Boys</i>		<b>13,9*</b> N = 50

Test U Manna-Whitneya \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

porównania dotyczą młodzieży z niepełnosprawnością ruchową (Grupa I) i młodzieży bez dysfunkcji (Grupa II), dziewcząt z niepełnosprawnością ruchową i dziewcząt bez dysfunkcji oraz chłopców z niepełnosprawnością ruchową i chłopców bez dysfunkcji

*Mann-Whitney U test* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

*comparisons relate to motor impaired group (Group I) and control group (Group II), girls with impairments and girls without impairments, boys with impairments and boys without impairments*

## 2. Kontekst inicjacji picia alkoholu

W obu grupach młodzieży inicjacja alkoholowa odbywała się przede wszystkim w gronie rówieśników. Młodzież z niepełnosprawnością ruchową (Grupa I) dużo częściej, niż rówieśnicy bez dysfunkcji (Grupa II), piła alkohol z rodzicami (tab. 2).

## 3. Intensywność picia alkoholu w okresie ostatnich 6 miesięcy

Młodzież z niepełnosprawnością ruchową (Grupa I) różniła się istotnie od rówieśników bez dysfunkcji (Grupa II) tylko co do częstotliwości picia alkoholu, tzn. że młodzież z niepełnosprawnością piła alkohol rzadziej niż jej rówieśnicy (test U Manna-Whitneya  $Z = -1,9$ ;  $p < 0,06$ ) (tab. 3).

Interesujące różnice zaobserwowano w Grupie I (osób z niepełnosprawnością ruchową). Dziewczęta znacznie rzadziej niż chłopcy piły alkohol, zwyczajowo piły dużo mniejsze ilości, bardzo rzadko piły duże ilości czy upijały się. Ogólnie, dziewczęta

Tabela 2.

Kontekst społeczny inicjacji picia alkoholu w badanych grupach  
*Social context of alcohol initiation*

Grupa I młodzież niepełnosprawna ruchowo <i>motor impaired youth</i> (N = 143)	Grupa II młodzież bez dysfunkcji <i>control group</i> (N = 89)	Kontekst społeczny inicjacji picia alkoholu <i>Social context of alcohol initiation</i>
20,3% (N = 29)	7,9% (N = 7)	z rodzicami <i>with parents</i>
76,9% (N = 110)	89,9% (N = 80)	z kolegami <i>with peers</i>
2,8% (N = 4)	2,3% (N = 2)	samotnie <i>alone</i>

$\chi^2 = 6,63$ ;  $p < 0,05$

Tabela 3.

Intensywność picia alkoholu w okresie ostatnich 6 miesięcy w badanych grupach (wartości średnie)  
*Alcohol use intensity in the last six months (mean values)*

Grupy <i>Groups</i>	Częstość picia alkoholu <i>Alcohol consumption frequency</i>	Ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu <i>Amount of alcohol usually drunk</i>	Częstość picia dużych ilości alkoholu <i>Binge drinking frequency</i>	Częstość upijania się <i>Frequency of intoxication</i>	Wskaźnik intensywności picia <i>Alcohol use intensity</i>
Grupa I N = 143	3,9	3,9	3,1	2,5	13,0
Grupa II N = 89	<b>4,4*</b>	4,1	3,3	2,6	14,2

Test U Manna-Whitneya \*  $p = 0,06$  (tendencja); porównania dotyczą młodzieży z niepełnosprawnością ruchową (Grupa I) i młodzieży bez dysfunkcji (Grupa II)

*Mann-Whitney U test \*  $p = 0.06$  (tendency); comparisons relate to motor impairment group (Group I) and control group (Group II)*

Tabela 4.

Intensywność picia alkoholu w okresie ostatnich 6 miesięcy w badanych grupach i według płci (wartości średnie)

*Alcohol use intensity in the last six months in the groups and by gender (mean values)*

Grupy <i>Groups</i>	Płeć <i>Gender</i>	Częstość picia alkoholu <i>Alcohol consumption frequency</i>	Ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu <i>Amount of alcohol usually drunk</i>	Częstość picia dużych ilości alkoholu <i>Binge drinking frequency</i>	Częstość upijania się <i>Frequency of intoxication</i>	Wskaźnik intensywności picia <i>Alcohol use intensity</i>
Grupa I N = 143	Dziewczęta <i>Girls</i> N = 67	3,1	2,9	2,4	1,9	9,7
	Chłopcy <i>Boys</i> N=76	4,6***	4,7***	3,7***	3,1***	15,9***
Grupa II N = 89	Dziewczęta <i>Girls</i> N = 39	4,5***	3,6**	2,6	2	12,7**
	Chłopcy <i>Boys</i> N = 50	4,3	4,5	3,9**	3,1	15,3

Test U Manna-Whitneya \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$  – dotyczy zarówno porównania między dziewczętami i chłopcami znajdującymi się w tej samej grupie, jak i porównań między grupami

*Mann-Whitney U test \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$  – concerns both the comparisons between boys and girls in the same group and comparisons between groups*

te uzyskały znacznie niższy wskaźnik intensywności picia alkoholu niż chłopcy (test U Manna-Whitneya  $Z = -5,36$ ;  $p < 0,001$ ). Natomiast w Grupie II (osób bez dysfunkcji) istnieją jedynie różnice pomiędzy dziewczętami a chłopcami dotyczące częstości picia dużych ilości alkoholu (test U Manna-Whitneya  $Z = -2,8$ ;  $p < 0,05$ ). Dziewczęta rzadziej piją duże ilości alkoholu w porównaniu z chłopcami. Najistotniejszą jednak różnicę zaobserwowano pomiędzy dziewczętami z obu grup. Dziewczęta z niepełnosprawnością ruchową piły rzadziej alkohol niż ich rówieśniczki bez dysfunkcji (test U Manna-Whitneya  $Z = -3,9$ ;  $p < 0,001$ ), a także piły go w znacznie mniejszych ilościach (test U Manna-Whitneya  $Z = -2$ ;  $p < 0,05$ ). Ogólnie, dziewczęta z niepełnosprawnością ruchową różniły się wielkością wskaźnika intensywności picia alkoholu od swoich rówieśniczek bez dysfunkcji (test U Manna-Whitneya  $Z = -2,8$ ;  $p < 0,01$ ). Nie zaobserwowano takich różnic pomiędzy chłopcami z obu grup (tab. 4).

#### 4. Rodzaj niepełnosprawności a spożywanie alkoholu

Młodzież z niepełnosprawnością ruchową samodzielnie zaspokajająca swoje codzienne potrzeby (ubieranie się, mycie, przygotowywanie posiłków itp.) piła częściej alkohol w porównaniu z młodzieżą, która potrzebowała pomocy w samoobsłudze (młodzież samodzielnie zaspokajająca potrzeby – średnia wartość = 4,06, młodzież wymagająca pomocy – średnia wartość = 3,09, Test U Manna-Whitneya  $Z = 2,2$ ;  $p < 0,05$ ). Należy jednak podkreślić, że problemy z samodzielnym zaspokajaniem podstawowych potrzeb nie eliminowały całkowicie doświadczeń związanych z piciem



Tabela 5.  
Stopień niepełnosprawności a częstość picia alkoholu oraz picie w czasie weekendów w ciągu ostatnich 6 miesięcy (wartości średnie)  
*Severity of disability and the frequency of alcohol use and drinking alcohol during weekends in the last six months (mean values)*

	Stopień niepełnosprawności lekkiej <i>Mild degree of disability</i> N = 25	Stopień niepełnosprawności umiarkowanej <i>Moderate degree of disability</i> N = 58	Stopień niepełnosprawności znacznej <i>Severe degree of disability</i> N = 60	Porównanie – stopień niepełnosprawności lekkiej i umiarkowanej Wartość Z dla pomiarów niezależnych i poziom istotności <i>Comparison – mild and moderate degree of disability</i> <i>Value Z of the independent measures and level of significance</i>	Porównanie – stopień niepełnosprawności lekkiej i znacznej Wartość Z dla pomiarów niezależnych i poziom istotności <i>Comparison – mild and severe degree of disability</i> <i>Value Z of the independent measures and level of significance</i>	Porównanie – stopień niepełnosprawności umiarkowanej i znacznej Wartość Z dla pomiarów niezależnych i poziom istotności <i>Comparison – moderate and severe degree of disability</i> <i>Value Z of the independent measures and level of significance</i>
Częstość picia alkoholu <i>Alcohol consumption frequency</i>	4,5	3,9	3,7	Z = 1,4 n.i.	Z = 1,8*	Z = 0,5 n.i.
Picie w czasie weekendów <i>Drinking alcohol during weekends</i>	2,5	1,9	2,0	Z = 2,0*	Z = 1,6 t	Z = -0,7 n.i.

Test U Manna-Whitneya \*  $p < 0,05$ ;  $t = 0,6$  (tendencja), n.i. – nieistotne statystycznie  
Mann-Whitney U test \*  $p < 0,05$ ;  $t = 0,6$  (tendencja), n.i. – no significance (ns)

Tabela 6.  
Obszar niepełnosprawności a intensywność picia alkoholu (wartości średnie)  
*Onset of motor impairment and alcohol use intensity (mean values)*

Intensywność picia alkoholu <i>Alcohol use intensity</i>	Kończyny dolne <i>Lower limbs</i> N = 57	Kończyny górne <i>Upper limbs</i> N = 27	Kończyny górne i dolne <i>Upper and lower limbs</i> N = 59	Porównanie – kończyny dolne i górne Wartość Z dla pomiarów niezależnych i poziom istotności <i>Comparison – lower and upper limbs Value Z of the independent measures and level of significance</i>	Porównanie – kończyny dolne oraz górne i dolne Wartość Z dla pomiarów niezależnych i poziom istotności <i>Comparison – lower limbs and upper and lower limbs Value Z of the independent measures and level of significance</i>	Porównanie – kończyny górne oraz górne i dolne Wartość Z dla pomiarów niezależnych i poziom istotności <i>Comparison – upper limbs and upper and lower limbs Value Z of the independent measures and level of significance</i>
Częstość picia alkoholu <i>Alcohol consumption frequency</i>	3,8	5,1	3,7	Z = -2,6**	Z = 0,5 n.i.	Z = 2,7**
Ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu <i>Amount of alcohol usually drunk</i>	3,6	5,2	3,9	Z = -2,1*	Z = -0,7 n.i.	Z = 1,6 n.i.
Częstość picia dużych ilości alkoholu <i>Binge drinking frequency</i>	3,1	4,7	2,7	Z = -2,3**	Z = 1,5 n.i.	Z = 3,0**
Częstość upijania się <i>Frequency of intoxication</i>	2,2	3,8	2,5	Z = -2,5**	Z = -1,3 n.i.	Z = 1,7 n.i.
Picie alkoholu w czasie weekendów <i>Drinking alcohol during weekends</i>	2,1	2,5	1,9	Z = -1,4 n.i.	Z = 0,4 n.i.	Z = 1,8 n.i.

Test U Manna-Whitneya \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; n.i. – nieistotne statystycznie  
Mann-Whitney U test \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; n.i. – no significance (ns)

Tabela 7.

Czas powstania niepełnosprawności a picie dużych ilości alkoholu oraz picie alkoholu w weekendy (wartości średnie)

*Onset of impairment versus binge drinking and drinking alcohol during weekends (mean values)*

	Niepełnosprawność wrodzona <i>Congenital (in-born) impairment</i> N = 107	Niepełnosprawność nabyta (w późniejszym okresie) <i>Acquired impairment</i> N = 36	Porównanie niepełnosprawności wrodzonej z nabytą Wartość Z dla pomiarów niezależnych i poziom istotności <i>Comparison of in-born impairment and acquired impairment</i> Value Z of the independent measures and level of significance
Picie dużych ilości alkoholu <i>Binge drinking</i>	2,8	4,2	Z = -2,4*
Picie alkoholu w weekendy <i>Drinking alcohol during weekends</i>	2,0	2,5	Z = -2,3*

Test U Manna-Whitneya \*  $p < 0,05$

*Mann-Whitney U test \*  $p < 0.05$*

alkoholu w grupie rówieśniczej. Nie wykazano natomiast różnic istotnych statystycznie dotyczących picia alkoholu pomiędzy osobami poruszającymi się na wózkach inwalidzkich, o kulach czy z użyciem balkonika.

Uzyskane wyniki sugerują, że intensywność picia alkoholu związana była ze stopniem niepełnosprawności oraz z obszarem ciała, którego dotyczyła. Osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności piły alkohol częściej niż osoby ze znacznym stopniem oraz częściej piły alkohol w weekendy niż osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (tab. 5). Natomiast osoby, u których niepełnosprawność dotyczyła kończyn górnych znacznie częściej – piły alkohol, zwyczajowo większe ilości, jednorazowo duże ilości alkoholu, a także znacznie częściej upijały się, w porównaniu z osobami z niepełnosprawnością w obrębie kończyn dolnych oraz częściej spożywały alkohol i jednorazowo większe ilości niż osoby z niepełnosprawnością w obrębie kończyn dolnych i górnych (tab. 6).

Osoby, u których niepełnosprawność układu ruchu nie była wrodzona i powstała w późniejszym okresie, znacznie częściej piły duże ilości alkoholu oraz częściej piły alkohol w weekendy, w porównaniu z osobami od urodzenia niepełnosprawnymi (tab. 7).

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Otrzymane wyniki wykazały, że wiek inicjacji alkoholowej wyraźnie różnicuje badane grupy. Młodzież z niepełnosprawnością ruchową miała pierwszy kontakt z alkoholem ponad rok później niż ich rówieśnicy. Dziewczęta z niepełnosprawnością

ruchową pierwsze doświadczenia z alkoholem miały o 15 miesięcy później w porównaniu z rówieśniczkami bez dysfunkcji, a chłopcy z niepełnosprawnością ruchową – prawie o 11 miesięcy później niż ich rówieśnicy. We wstępnych badaniach przeprowadzonych przez autorkę wiek inicjacji dodatkowo różnicował dziewczęta i chłopców z niepełnosprawnością ruchową (23). Tej zależności nie stwierdza się w prezentowanych badaniach.

Wyniki dotyczące intensywności picia alkoholu wykazały także różnicę w częstotliwości picia alkoholu w ostatnich 6 miesiącach między dwoma badanymi grupami, natomiast pozostałe wskaźniki – ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstość picia dużych ilości oraz częstość upijania się – były identyczne. Istotne różnice w częstości picia alkoholu dotyczyły jednak przede wszystkim dziewcząt z niepełnosprawnością ruchową, które sięgały po alkohol rzadziej, piły mniejsze ilości niż ich rówieśniczki i koledzy z niepełnosprawnością ruchową. Natomiast w grupie osób bez dysfunkcji dziewczęta różniły się od chłopców tylko w jednym aspekcie – picia dużych ilości alkoholu. W pełni sprawne dziewczęta piły więc tak samo często jak chłopcy, zwyczajowo podobne ilości alkoholu. Podobny wzór spożywania alkoholu, niezależnie od płci, u młodzieży bez dysfunkcji jest zgodny z obserwacjami innych badaczy, którzy w ostatnich latach podkreślają, że dziewczęta i chłopcy coraz mniej różnią się od siebie w sposobie spożywania alkoholu (np. 5).

Opisywane dane pozwalają na zwrócenie uwagi na związek różnych aspektów niepełnosprawności z częstością picia alkoholu. Jednym z nich jest możliwość samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb. Osoby z niepełnosprawnością ruchową, wymagające pomocy asystenta w zaspokajaniu tych potrzeb, rzadziej piły alkohol. Wynik jest zrozumiały, ponieważ miały one ograniczone możliwości spontanicznego nawiązywania kontaktów z kolegami. Należy jednak podkreślić, że problemy w samodzielnym zaspokajaniu podstawowych potrzeb nie eliminowały całkowicie doświadczeń związanych z piciem alkoholu w grupie rówieśniczej. Wszyscy przebywali w internacie przez cały okres szkolny, co sprzyjało nawiązywaniu kontaktów z innymi i wchodzeniu w różne interakcje, w tym – sprzyjało wspólnej inicjacji alkoholowej.

Drugim istotnym czynnikiem związanym z częstością picia alkoholu okazał się stopień niepełnosprawności. Osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności miały więcej doświadczeń z piciem alkoholu niż osoby z umiarkowanym czy znacznym. Zależności takie wydają się też zrozumiałe. Mniejszy stopień inwalidztwa mniej ogranicza kontakty z grupą rówieśniczą, umożliwia większą samodzielność w poruszaniu się, w porównaniu z osobami o bardziej nasilonej niepełnosprawności.

Interesujące są wyniki wskazujące na brak różnic w intensywności picia alkoholu między osobami poruszającymi się na wózkach inwalidzkich, o kulach czy z balkonikiem. Natomiast różnice te wykazano w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością ruchową konkretnych części ciała. I tak, osoby z niepełnosprawnością w obrębie rąk częściej spożywały alkohol i większe jego ilości w porównaniu z osobami z niepełnosprawnością w obrębie nóg i/lub kończyn dolnych i górnych. Różnice

te są zrozumiałe, ponieważ wynikają z możliwości swobodniejszego poruszania się. Osoby z większymi trudnościami w poruszaniu się prawdopodobnie są przez kolegów „zaopatrywane” czy zapraszane do wspólnej konsumpcji alkoholu (przykład z rozmów z młodzieżą z niepełnosprawnością ruchową: butelka z colą zmieszaną z alkoholem – napój podawany przez rurkę osobie z paraliżem kończyn górnych i dolnych).

Ważnym czynnikiem związanym z częstością picia dużych ilości alkoholu okazał się czas powstania niepełnosprawności. Osoby, u których niepełnosprawność powstała w późniejszym okresie, piły znacznie większe ilości alkoholu niż osoby z dysfunkcjami wrodzonymi. Utrata pełnosprawności może znacznie utrudniać proces kształtowania się poczucia tożsamości, własnej wartości jako osoby, akceptacji swojego wyglądu. Szczególnie w okresie adolescencji, nagła czy nieoczekiwana zmiana roli – z osoby samodzielnej i autonomicznej na osobę w różnym stopniu zależną od innych (okresowo lub trwale) – może nasilać poczucie odmienności, krzywdy, niższości i być jedną z ważniejszych przyczyn angażowania się w zachowania problemowe, będące sposobem radzenia sobie z tą sytuacją. Ze względu na małą liczbę osób z nabytą niepełnosprawnością, możemy jedynie wysunąć hipotezę, że w ich przypadku – w porównaniu do osób z niepełnosprawnością wrodzoną – zachowania problemowe mogą mieć dużo bardziej negatywne skutki dla rozwoju psychospołecznego oraz spełniać odmienne funkcje. Nagła utrata pełnosprawności, szczególnie w okresie dorastania, jest jednym z ważnych czynników dezorganizujących funkcjonowanie psychiczne, może być przyczyną zaburzeń psychicznych, np. depresji, zachowań autoagresywnych czy innych zachowań dysfunkcyjnych (20). Osoby te powinny być objęte profesjonalną pomocą psychologiczną. Badania chorwackie wskazują, że młodzież z niepełnosprawnością ruchową ma znacznie niższą samoocenę w porównaniu z rówieśnikami, co m.in. skutkuje u części z nich częstym spożywaniem alkoholu w celu poprawy samopoczucia psychicznego (13). Jak wykazano, piją one alkohol z innych powodów niż ich rówieśnicy bez dysfunkcji – przede wszystkim, aby poradzić sobie z problemami, uciec od rzeczywistości, zmniejszyć ból, napięcie czy depresję.

Badania Steele i wsp. (14) również wykazały podobne różnice dotyczące występowania różnych zachowań problemowych, w tym spożywania alkoholu, wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową, w porównaniu z rówieśnikami z ogólnej populacji. Według autorów młodzież w wieku 15–16 lat z niepełnosprawnością ruchową angażuje się w zachowania problemowe mniej intensywnie niż rówieśnicy bez dysfunkcji, a w podobnym stopniu jak młodsi koledzy w wieku 11–12 lat. Natomiast badania Bluma i wsp. (12) wykazały większe zaangażowanie w różne zachowania problemowe, w tym używanie substancji psychoaktywnych, młodzieży z różnymi rodzajami niepełnosprawności, w porównaniu z rówieśnikami. Z tych badań wynikało m.in., że młodzież z niepełnosprawnością ruchową intensywniej paliła papierosy i piła alkohol w porównaniu z ich rówieśnikami, częściej też podejmowała próby samobójcze. Podobne wyniki uzyskano z badań National Education Longitudinal Study (15, 16) dotyczących występowania zachowań ryzykownych

wśród młodzieży z sześcioma kategoriami niepełnosprawności, w tym fizycznej. Analizy danych wykazały, że młodzież z niepełnosprawnościami, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami z populacji ogólnej, ma istotnie większe doświadczenia w używaniu alkoholu, papierosów i innych substancji psychoaktywnych (ATOD – *alcohol, tobacco and other drugs*).

Wydaje się, że stwierdzone różnice pomiędzy młodzieżą niepełnosprawną a ich rówieśnikami bez dysfunkcji, wskazujące raz na mniejszą intensywność używania substancji psychoaktywnych przez tych pierwszych, a raz na większą, mogą wynikać z bardzo różnych przyczyn. Można do nich zaliczyć: różnice kulturowe, wiek i intensywność angażowania się w zachowania problemowe młodzieży w ogólnej populacji w danym kraju, miejsce zamieszkania i rodzaj szkoły (np. szkoła z klasami integracyjnymi lub bez, szkoła specjalistyczna z internatem przeznaczona dla młodzieży z niepełnosprawnościami), środowisko rodzinne, wsparcie ze strony profesjonalistów (psychologów, pedagogów). Niezależnie jednak od wielkości różnic między badanymi grupami, wyniki cytowanych prac oraz badań własnych pokazują, jak ważnym problemem jest picie alkoholu przez młodzież niepełnosprawną ruchowo.

Uzyskane przeze mnie wyniki sugerują, że intensywność picia alkoholu związana jest ze stopniem niepełnosprawności, z obszarem ciała, którego dotyczy oraz z czasem jej powstania.

W prezentowanych badaniach wykazano również, że młodzież niepełnosprawna ruchowo, tak samo jak rówieśnicy bez dysfunkcji, pije alkohol po raz pierwszy przede wszystkim w towarzystwie kolegów, dużo rzadziej w samotności czy z rodzicami. Natomiast istotna okazała się różnica dotycząca inicjacji alkoholowej w towarzystwie rodziców w obu grupach. Znacznie więcej osób niepełnosprawnych ruchowo próbowało alkoholu w rodzinie (20,3%) w porównaniu z rówieśnikami (7,9%). Ta istotna różnica może wynikać z obaw rodziców, że ich dzieci, przy ograniczonych relacjach z rówieśnikami, będą miały znacznie mniej interakcji społecznych, przez które mogłyby nabywać różne umiejętności społeczne. W ten sposób mogą ich zachęcać do eksperymentowania z różnymi zachowaniami, które pomogą im w podjęciu roli osoby dorosłej. Badania jakościowe dotyczące postaw rodziców wobec potomstwa ze znaczną niepełnosprawnością, wykazały, że rodzice, w celu poprawy ogólnego psychospołecznego funkcjonowania dzieci, chcieliby – oprócz zwykłej nauki – zapewnić im rozwój umiejętności społecznych w zakresie: komunikacji interpersonalnej, oceny sytuacji społecznych, rozwiązywania problemów, rozwoju empatii, wytrwałości i motywacji do podejmowania różnych aktywności (24).

Podsumowując: analiza otrzymanego materiału ukazuje ważną rolę grupy rówieśniczej w inicjacji picia alkoholu zarówno w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową, jak w grupie rówieśników bez dysfunkcji. Dlatego przy tworzeniu programów profilaktycznych i terapeutycznych dla młodzieży niepełnosprawnej ruchowo powinno się brać pod uwagę, oprócz roli grupy rówieśniczej, także specyfikę samej niepełnosprawności, ze szczególnym zwróceniem uwagi na osoby, których niepełnosprawność nie jest wrodzona, lecz powstaje w późniejszym okresie, np. w czasie adolescencji.

**Ograniczenia badań.** Otrzymane wyniki należy przyjmować z pewną ostrożnością, ponieważ w badaniach wzięły udział osoby z niepełnosprawnością ruchową w wieku 14–24 lata oraz osoby bez dysfunkcji w wieku 14–21 lat – jest to duża rozpiętość, która utrudnia uogólnianie wyników na populację jednorodnej wiekowo grupy młodzieży. Grupy osób z niepełnosprawnością ruchową i rówieśników bez dysfunkcji były nierównoliczne, nie udało się dobrać do osób z niepełnosprawnością ruchową osób bez dysfunkcji pod względem płci i wieku. Grupa młodzieży z niepełnosprawnością nabytą w późniejszym okresie była znacznie mniej liczna w porównaniu z grupą młodzieży z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Uzyskanych wyników nie należy uogólniać na populację młodzieży z niepełnosprawnością ruchową z powodu specyfiki ośrodków, w których były przeprowadzone badania. W tych szkołach pedagodzy, psychologowie i rehabilitanci poświęcają dużo czasu młodzieży. Inne prawdopodobnie otrzymalibyśmy wyniki wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową, która uczęszcza do klas integracyjnych w ogólnych szkołach i młodzieży, która ma indywidualny tok nauczania. Badania te wymagają kontynuacji, ponieważ dotyczą ważnego aspektu okresu dorastania, jakim są zachowania problemowe młodzieży.

## **Wnioski**

Na podstawie przedstawionych wyników można stwierdzić, że picie alkoholu różnicuje badane grupy pod względem wieku inicjacji, płci i historii powstania niepełnosprawności ruchowej i jej różnych aspektów.

### ***Wiek inicjacji***

Młodzież z niepełnosprawnością ruchową pierwszy kontakt z alkoholem miała znacznie później niż jej rówieśnicy bez dysfunkcji.

### ***Płeć***

Dziewczęta z niepełnosprawnością ruchową piły rzadziej alkohol i w znacznie mniejszych ilościach niż ich rówieśniczki bez dysfunkcji, natomiast nie było różnic w intensywności picia alkoholu pomiędzy chłopcami z niepełnosprawnością ruchową a ich rówieśnikami bez dysfunkcji.

Dziewczęta z niepełnosprawnością ruchową piły alkohol znacznie mniej intensywnie niż chłopcy niepełnosprawni ruchowo.

W grupie młodzieży bez dysfunkcji zaobserwowano podobny wzór picia, niezależnie od płci.

### ***Historia powstania niepełnosprawności ruchowej i jej różne aspekty***

Osoby z niepełnosprawnością ruchową nabytą w późniejszym okresie piły znacznie większe ilości alkoholu niż osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.

Osoby ze znacznym nasileniem niepełnosprawności ruchowej piły mniejsze ilości alkoholu niż osoby z mniej nasilonymi dysfunkcjami, jednak nawet znaczny stopień niepełnosprawności ruchowej nie eliminował całkowicie doświadczeń związanych z pićem alkoholu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Wu K, Yen CF (2006) Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 887–894.
2. Lampert T, Thamm M (2007) Consumption of tobacco, alcohol and drugs among adolescents in Germany. Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50, 600–608.
3. Mazur J, Woynarowska B (2004) Współwystępowanie palenia tytoniu i picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych u młodzieży szkolnej, tendencje zmian w latach 1990–2002. *Alkoholizm i Narkomania*, 17, 1–2, 29–43.
4. Maciorkowska E, Buraczewska E, Sacharewicz A (2007) Familial and social conditions of alcohol drinking in children and adolescents. *Advances in Medical Sciences*, 52, 115–118.
5. Juczynski Z, Chodkiewicz J, Pisarski A, Juczynski A (2006) Od próbowania do zażywania środków psychoaktywnych. Badania dzieci i młodzieży ze środowiska wielkomiejskiego. W: Ogińska-Bulik N (red.) *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, 9–23.
6. Wójtowicz S (1993) Relacje z rówieśnikami a picie alkoholu przez dorastających. *Alkoholizm i Narkomania*, 14, 89–101.
7. Stępień E (2001) Rówieśniczy kontekst używania środków odurzających od dorastania do wczesnej dorosłości. *Alkoholizm i Narkomania*, 14, 4, 553–564.
8. Dishion TJ, Owen LD (2002) A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Developmental Psychology*, 38, 480–491.
9. Bonino S, Cattellino E, Ciairano S (2005) *Adolescents and risk behaviors, functions and protective factors*. Milano: Springer-Verlag Italia.
10. Preston P, Goodfellow M (2006) Cohort comparisons: social learning explanations for alcohol abuse among adolescents and older adults. *Addictive Behaviors*, 31, 2268–2283.
11. Passeti LL, Godley SH, White MK (2008) Adolescents' perceptions of friends during substance abuse treatment: A qualitative study. *Contemporary Drug Problems*, 35, 99–114.
12. Blum RW, Kelly A, Ireland M (2001) Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities. *Journal of Adolescent Health*, 28, 481–490.
13. Janekovic K (2003) Comparative research on substance abuse and self-perception among adolescents with physical handicap. *Collegium Antropologicum*, 27, 479–489.
14. Steele CA, Kalnins IV, Rossen BE, Biggar DW, Bortolussi JA, Jutai JW (2004) Age-related health risk behaviors of adolescents with physical disabilities. *Social and Preventive Medicine*, 49, 132–141.
15. Hollar D (2005) Risk behaviors for varying categories of disability in NELS: 88. *Journal of School Health*, 75, 350–358.
16. Hollar D, More D (2004) Relationship of substance use by students with disabilities to long-term educational employment, and social outcomes. *Substance Use and Misuse*, 39, 929–960.
17. Szychowiak B (2005) Wychowywanie dzieci niepełnosprawnych ruchowo. W: Obuchowska I (red.) *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. WSIP.



18. Teleporos G, McCabe MP (2005) The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology and Health*, 20, 637–650.
19. Brzezińska AJ (2007) Drogi rozwoju w okresie dzieciństwa i dorastania. W: Brzezińska AJ (red.) *Zadania rodziny i szkoły: od samodzielności dziecka do efektywności pracownika*. Wydawnictwa SWPS.
20. Stalker K (2007) Young disabled people. W: Coleman J & Hagell A (red.) *Adolescence, risk and resilience: Against the odds*. England: John Wiley and Sons Ltd., 107–124.
21. Frączek A, Stępień E (1991) *Kwestionariusz TY i ZDROWIE*. Warszawa: IPiN.
22. Jessor R, Donovan JE, Costa F (1989) *Health Behavior Questionnaire*. University of Colorado, IBS.
23. Hintze B (2008) *School achievement and problem behaviours of the physically handicapped adolescents*. Referat wygłoszony na European Association for Research on Adolescence Conference, Turin, Italy.
24. Kolb SM, Hanley-Maxwell Ch (2003) Critical social skills for adolescents with high incidence disabilities: parental perspectives. *Council for Exceptional Children*, 69, 163–179.

Adres do korespondencji  
Instytut Psychologii Stosowanej  
Akademia Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej  
ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa  
e-mail: bhintze@aps.edu.pl

otrzymano: 27.06.2011

przyjęto do druku: 22.08.2011