

Wybrane przekonania i doświadczenia związane z piciem alkoholu i paleniem marihuany wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową i ich rówieśników bez dysfunkcji

Selected beliefs and experiences concerning alcohol consumption and smoking marijuana among the motor impairment group and their peers without dysfunction

Beata Hintze

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

Abstract – Introduction. The study analyzes the covariance of beliefs and experiences concerning alcohol consumption and marijuana among adolescents with motor impairments and their peers without dysfunction.

Methods. The study group consisted of 291 individuals, including 186 subjects with motor impairments aged 14 to 24, and 105 non-impaired individuals aged 14 to 21. The surveys were conducted in special school and education centers for children and adolescents with motor impairments in Poland. The research was carried out administering the use of the “You and Your Health” questionnaire, which is a Polish adaptation of the “Health Behavior Questionnaire”.

Results. Relationships between selected beliefs and experiences of drinking alcohol and smoking marijuana showed significant differences between groups with experience of drinking alcohol and smoking marijuana, perceived approval for drinking alcohol / smoking marijuana with friends, and conviction about drinking or smoking marijuana by a majority of friends being most significant.

Key words: alcohol consumption, smoking marijuana, adolescence, motor impairment

Streszczenie – Wstęp. Celem pracy była analiza wybranych przekonań i doświadczeń związanych z piciem alkoholu i paleniem marihuany wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową i wśród ich rówieśników bez dysfunkcji.

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 specjalistycznych ośrodkach szkolno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w różnych miastach Polski. W badaniu wykorzystano pytania z kwestionariusza „Ty i Zdrowie”, który jest polską adaptacją kwestionariusza „Health Behaviour Questionare”.

Wyniki. Przeprowadzone analizy związków pomiędzy wybranymi przekonaniami a doświadczeniami dotyczącymi picia alkoholu i palenia marihuany wykazały istotne różnice pomiędzy badanymi grupami.

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

Jednak najbardziej znacząca dla badanych doświadczeń związanych z piciem alkoholu i palenia marihuany okazała się postrzegana aprobata dla picia alkoholu / palenia marihuany wśród przyjaciół oraz przekonanie o picciu alkoholu bądź paleniu marihuany przez większość przyjaciół w obu grupach.

Słowa kluczowe: picie alkoholu, palenie marihuany, okres dorastania, osoby z niepełnosprawnością ruchową

WSTĘP

Młodzież na całym świecie eksperymentuje ze środkami psychoaktywnymi z bardzo różnych powodów. Nabywane w tym okresie rozwojowym nawyki mogą mieć negatywny wpływ na rozwój psychospołeczny młodzieży, a także stać się przyczyną różnych schorzeń i uzależnień w przyszłości. Dlatego też prowadzone są badania dotyczące nie tylko wieku inicjacji ale właśnie przyczyn eksperymentowania i dalszego używania różnych substancji psychoaktywnych (np. 1–3).

Uzyskane wyniki badań pozwoliły na wyłonienie wspólnych czynników sprzyjających inicjacji oraz dalszemu używaniu tych substancji. Na przykład w modelu Jessora (4) tzw. czynniki ochrony i ryzyka angażowania się w zachowania problemowe rozpatrywane są w dwóch kontekstach: indywidualnym i społecznym wraz z uwzględnieniem relacji pomiędzy nimi. Do czynników indywidualnych zalicza się postawy, wartości, przekonania, a do społecznych – oddziaływania najbliższego środowiska: rodziny, grupy rówieśniczej, szkoły i bliskiego sąsiedztwa. Wykazano, że środowisko rówieśników jest najbardziej istotne dla rozwoju i angażowania się młodzieży w różne zachowania, w tym zachowania ryzykowne związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Dzieje się tak, ponieważ w okresie tym podatność na wpływy rówieśnicze jest największa i zgodna z naturalnymi tendencjami do kierowania się normami grupy rówieśniczej (np. 5–7). W konsekwencji sprzyja to kształtowaniu się subiektywnych norm na podstawie przekonań normatywnych. Przekonania normatywne dotyczą właśnie aprobaty/dezaprobaty najbliższego otoczenia dla różnych przejawianych przez ludzi zachowań. Według twórców Teorii Uzasadnionego Działania (8) dla wielu podejmowanych zachowań znaczące jest przede wszystkim środowisko osób najbliższych jak np. rodzice, rówieśnicy, przyjaciele, współmałżonek, sąsiedzi. Subiektywne normy są więc „wypadkową” ukształtowanych przekonań normatywnych i siły motywacji do ich realizowania. Odnosi się to również do kształtowania się subiektywnych norm związanych z używaniem różnych środków psychoaktywnych. Zatem w okresie dorastania picie alkoholu czy palenie marihuany zależec będzie szczególnie od spostrzeganej aprobaty najbliższego otoczenia dla tych zachowań.

Badania katamnesticzne Stępień dotyczące spożywania alkoholu w populacji młodzieży wykazały, że oprócz spostrzeganej akceptacji rówieśników dla picia alkoholu, większej intensywności picia sprzyjało przekonanie młodzieży, że większość ich przyjaciół regularnie pije alkohol oraz przeświadczenie o jego łatwym dostępie i niewielkiej szkodliwości dla zdrowia (9). Podobne zależności badaczka otrzymała dla używania narkotyków w okresie dorastania i wczesnej dorosłości. Badania te

pozwoły na opisanie czynników związanych z używaniem tych substancji. Najważniejszymi z nich, w obu okresach rozwojowych, okazały się przekonania o rozpowszechnieniu używania narkotyków wśród przyjaciół oraz o ich aprobacie dla używania (5). Autorka w swoich pracach wykazała także wzajemne powiązania pomiędzy różnymi przekonaniem i doświadczeniami dotyczącymi alkoholu oraz narkotyków w okresie dorastania odpowiadającymi za kształtowanie się w okresie dorosłości stylu spożywania alkoholu oraz za eksperymentowanie z narkotykami.

Wiele badań poświęcono problematyce używania substancji psychoaktywnych w populacji młodzieży bez dysfunkcji (np. 3, 10–14). Natomiast bardzo nieliczne prace z tego zakresu dotyczą młodzieży z niepełnosprawnością ruchową (15–17). A przecież, młodzież ta podlega tym samym biopsychospołecznym prawom rozwojowym, co ich rówieśnicy bez dysfunkcji. Jednak ich rozwój, w różnym stopniu, jest obciążony schorzeniem narządu ruchu, co wpływa na ogólne funkcjonowanie oraz zdobywanie doświadczenia tak w życiu osobistym jak i społecznym. W zależności od nasilenia dysfunkcji ruchu często osoby te przebywają długie okresy w szpitalach, ośrodkach rehabilitacji, w których oprócz konieczności radzenia sobie z bólem muszą nauczyć się żyć w nowych, często trudnych dla nich warunkach, w izolacji od najbliższego otoczenia. Takie doświadczenia mogą mieć wpływ na kształtowanie się różnych zachowań problemowych. Na przykład badania chorwackie pokazują, że młodzież z niepełnosprawnością ruchową piła alkohol z innych powodów niż ich rówieśnicy bez dysfunkcji, częściej aby poradzić sobie z problemami, zmniejszyć ból, napięcie, poprawić obniżony nastrój (15). Uzyskane z tych badań dane (18) wykazały, że młodzież z niepełnosprawnością ruchową zainicjowała pierwszy kontakt z alkoholem ponad rok później niż ich rówieśnicy, a intensywność picia alkoholu w tej grupie związana była nie tylko z płcią, ale również ze stopniem niepełnosprawności, obszarem ciała, którego dotyczyła, oraz czasem jej powstania. Dlatego prezentowane badania stanowią kontynuację, opisywanej problematyki dotyczącej doświadczeń młodzieży z niepełnosprawnością ruchową związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (18–19). Prezentowane badania mają na celu opisanie związków pomiędzy przekonaniem i doświadczeniami dotyczącymi postrzeganego poziomu: akceptacji dla picia alkoholu/palenia marihuany wśród rówieśników, rozpowszechnienia picia alkoholu/palenia marihuany wśród rówieśników oraz ich wpływu na zdrowie a różnymi doświadczeniami picia alkoholu i palenia marihuany w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z osobami bez dysfunkcji w tym samym okresie rozwojowym.

PRZEDMIOT I CEL BADAŃ

Głównym celem przeprowadzonych analiz było opisanie związku pomiędzy przekonaniem i doświadczeniami dotyczącymi rozpowszechnienia picia alkoholu wśród młodzieży, jego wpływu na zdrowie oraz postrzeganego poziomu akceptacji dla picia alkoholu

wśród rówieśników a doświadczeniami picia alkoholu takimi jak: częstość picia, ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstość picia dużych ilości, częstość upijania się, częstość picia w weekendy w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z ich rówieśnikami bez dysfunkcji, a także opisanie związku pomiędzy przekonaniami dotyczącymi rozpowszechnienia palenia marihuany wśród młodzieży, wpływu tej substancji na zdrowie oraz spostrzeganego poziomu akceptacji dla tego typu zachowań wśród rówieśników a doświadczeniami palenia marihuany takimi jak: częstość palenia i bycie pod wpływem marihuany w szkole w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z ich rówieśnikami bez dysfunkcji.

Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje związek pomiędzy przekonaniami dotyczącymi rozpowszechnienia picia alkoholu wśród młodzieży, jego wpływu na zdrowie, spostrzeganego poziomu akceptacji dla picia alkoholu wśród rówieśników a doświadczeniami związanymi z piciem alkoholu (częstość picia, ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstość picia dużych ilości, częstość upijania się, częstość picia w weekendy) w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową?
2. Czy istnieje związek pomiędzy badanymi przekonaniami a doświadczeniami dotyczącymi picia alkoholu w grupie młodzieży bez dysfunkcji?
3. Czy istnieje związek pomiędzy badanymi przekonaniami dotyczącymi rozpowszechnienia palenia marihuany wśród młodzieży, wpływu tej substancji na zdrowie oraz spostrzeganego poziomu akceptacji dla palenia marihuany wśród rówieśników a doświadczeniami dotyczącymi palenia marihuany (częstość palenia i bycie pod wpływem marihuany w szkole) w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową?
4. Czy istnieje związek pomiędzy badanymi przekonaniami a doświadczeniami dotyczącymi palenia marihuany w grupie młodzieży bez dysfunkcji?
5. Czy wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową doświadczenia i przekonania dotyczące picia alkoholu oraz palenia marihuany są ze sobą wzajemnie powiązane tak samo jak u ich rówieśników bez dysfunkcji?

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 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 zgody 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 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 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.

W badaniu brały udział tylko 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” (20), który jest polską adaptacją kwestionariusza R. Jessora, J. Donovana, F. Costy pt.: „Health Behaviour Questionnaire” (21). W prezentowanym materiale wykorzystano odpowiedzi badanych na pytania dotyczące analizowanych aspektów przekonań i doświadczeń związanych z alkoholem i marihuaną. Wszystkie pytania były zaopatrzone w odpowiedzi do wyboru.

Wybrane pytania dotyczyły:

- **alkoholu**

- przynajmniej raz w życiu wypicia alkoholu: „Czy piłeś(aś) kiedykolwiek piwo, wino lub wódkę (nie chodzi tu tylko o łyk czy skosztowanie z czyjegoś kieliszka)?” (tak = 1, nie = 2).
- częstości picia alkoholu – „W ciągu ostatnich sześciu miesięcy jak często piłeś(aś) alkohol?” (skala 9-punktowa od 1 = nigdy do 9 = codziennie)

- ilości zazwyczaj wypijanego alkoholu – „Pomyśl o wszystkich tych sytuacjach, w których piłeś(aś) podczas ostatnich sześciu miesięcy. Ile zwykle wypijałeś(aś) za każdym razem?” (skala 9-punktowa od 1 = mniej niż jedną puszkę (butelkę) piwa, kieliszek wina lub wódki do 9 = dziewięć lub więcej puszek (butelek) piwa, kieliszków wina lub wódki)
 - częstości picia dużych ilości alkoholu (powyżej 5 porcji) – „Kiedy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy piłeś(aś) alkohol, ile razy wypijałeś(aś) za jednym razem pięć lub więcej butelek (puszek) piwa lub pięć lub więcej kieliszków wina lub wódki?” (skala 9-punktowa od 1 = nigdy do 9 = częściej niż 2 razy na tydzień)
 - częstości upijania się – „W ciągu ostatnich sześciu miesięcy ile razy upiłeś(aś) się albo byłeś(aś) na bardzo dużym rauszu po alkoholu?” (skala 9-punktowa od 1 = nigdy do 9 = częściej niż dwa razy na tydzień)
 - częstości picia w weekendy – „Jak często pijesz podczas weekendów?” (skala 4-punktowa od 1 = wcale do 4 = prawie zawsze).
 - spostrzeganego poziomu akceptacji przyjaciół dla picia alkoholu: „Jak odnosi się większość Twoich przyjaciół do tego, że ktoś w Twoim wieku pije alkohol?” (skala 4-punktowa od 1 = zdecydowanie nie pochwalają do 4 = są zdecydowanie za)
 - oceny jak wielu przyjaciół pije alkohol regularnie: „Ilu z Twoich przyjaciół pije alkohol w miarę regularnie?” (skala 4 punktowa od 1 = nikt do 4 = prawie wszyscy)
 - oceny wpływu picia alkoholu na zdrowie – „Czy sądzisz, że picie alkoholu może mieć wpływ na zdrowie młodych ludzi w Twoim wieku?” (skala 4-punktowa od 1 = tak, bardzo poważny do 4 = nie ma prawie żadnego wpływu)
- **marihuany**
- przynajmniej raz w życiu spróbowania marihuany: – „Czy kiedykolwiek próbowałeś(aś) „trawy” (marihuany, haszyszu, konopi)?” (skala 4-punktowa od 1 = nie nigdy do 4 = tak wiele razy)
 - częstości palenia marihuany – „W ciągu ostatnich sześciu miesięcy jak często paliłeś(aś) „trawę”?” (skala 10-punktowa od 1 = ani razu do 10 = codziennie)
 - częstości bycia pod wpływem marihuany w szkole – „Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy byłeś(aś) na „haju” po „trawie” w szkole?” (skala 4-punktowa od 1 = ani razu do 4 = często).
 - spostrzeganego poziomu akceptacji przyjaciół dla palenia marihuany – „Jak odnosi się większość Twoich przyjaciół do tego, że ktoś w Twoim wieku pali „trawę”?” (skala 4-punktowa od 1 = zdecydowanie nie pochwalają do 4 = są zdecydowanie za)
 - oceny jak wielu przyjaciół pali marihuanę: „Ilu z Twoich przyjaciół pali „trawę” (marihuanę, haszysz, konopie)?” (skala 4-punktowa od 1 = nikt do 4 = prawie wszyscy)
 - oceny wpływu palenia marihuany na zdrowie – „Czy sądzisz, że palenie „trawy” może mieć wpływ na zdrowie młodych ludzi w Twoim wieku?” (skala 4-punktowa od 1 = tak, bardzo poważny do 4 = nie ma prawie żadnego wpływu)

- Wskaźniki dla analizowanych doświadczeń picia alkoholu i palenia marihuany

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. Każdej z odpowiedzi była przyporządkowana konkretna wartość liczbowa od 1 do 9, a w pytaniu dotyczącym picia w weekendy od 1 do 4. Wartość liczbowa była tym większa im bardziej nasilone było konkretne zachowanie. Natomiast dla ustalenia wskaźnika picia alkoholu co najmniej raz w życiu wykorzystano odpowiedź „tak/nie” na jedno pytanie.

Dla ustalenia wskaźników: palenia marihuany co najmniej jeden raz w życiu, częstości bycia pod wpływem marihuany w szkole i częstości palenia marihuany wykorzystano odpowiedzi badanych na poszczególne pytania. Każdej z odpowiedzi była przyporządkowana konkretna wartość liczbowa od 1 do 4 a w częstości palenia od 1 do 10. Wartość liczbowa była tym większa im bardziej nasilone było konkretne zachowanie.

- Wskaźniki dla analizowanych przekonań odnośnie do picia alkoholu i palenia marihuany

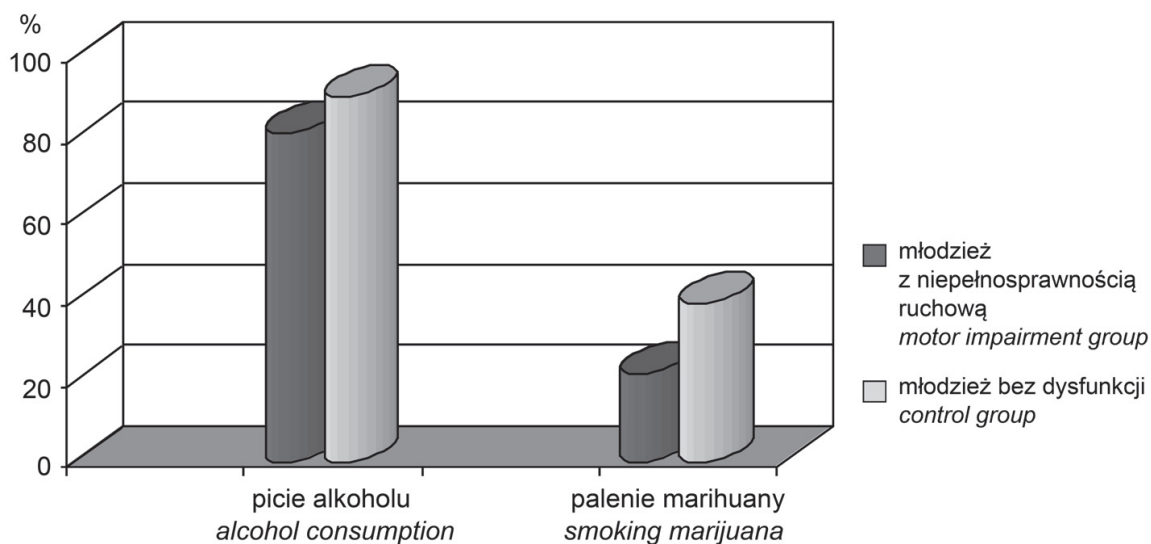
Dla ustalenia wskaźników: spostrzeganego poziomu akceptacji przyjaciół dla picia alkoholu i palenia marihuany, oceny jak wielu przyjaciół pije alkohol i pali marihuanę oraz oceny wpływu picia alkoholu i palenia marihuany na zdrowie wykorzystano odpowiedzi badanych na poszczególne pytania. Każdej z odpowiedzi była przyporządkowana konkretna wartość liczbowa od 1 do 4. Wyższa wartość liczbowa odpowiedzi oznaczała większą, postrzeganą akceptację używania tych substancji przez przyjaciół, a tym samym silniejsze przekonanie, że większość z nich pije/pali nie dostrzegając negatywnego wpływu tych używek na zdrowie.

Analizy statystyczne

Do oceny zależności pomiędzy badanymi aspektami przekonań i doświadczeń związanych z piciem alkoholu i paleniem marihuany została zastosowana macierz korelacji. Pozwala ona na sprawdzenie wzajemnych powiązań pomiędzy wybranymi przekonaniami a doświadczeniami. Jednak wybór tej metody statystycznej spowodował znaczne zmniejszenie liczebności grup, ponieważ w analizach tych wykorzystywane są dane uzyskane od tych osób, które odpowiedziały na wszystkie pytania wchodzące w skład badanych przekonań i doświadczeń. Do zbadania różnic między grupami pod względem siły tych związków zastosowano Z Fishera. Użyto też Chi-kwadrat do porównania statystycznej istotności różnic między grupami w liczebności osób mających doświadczenia z piciem alkoholu i paleniem marihuany. Obliczeń statystycznych dokonano za pomocą programu komputerowego STATYSTYKA 7.

WYNIKI

1. Picie alkoholu i palenie marihuany przez młodzież z niepełnosprawnością ruchową i młodzież bez dysfunkcji.



$Ch^2 = 4,96$ $p < 0,05$ (dla picia alkoholu); $Ch^2 = 10,34$ $p < 0,05$ (dla palenia marihuany)

Rys. 1.

Procent osób w badanych grupach mających doświadczenia z piciem alkoholu i paleniem marihuany
Percentage of people in the study groups reporting experience with drinking alcohol and smoking marijuana

W grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową na 186 osób badanych 151 osób tj. 81,2 % potwierdziło, że ma za sobą doświadczenie przynajmniej jeden raz w życiu picia alkoholu i 41 osób – tj. 22,2% ma za sobą doświadczenie palenia marihuany. Natomiast w grupie młodzieży bez dysfunkcji na 105 osób badanych 95 osób tj. 90,5% potwierdziło, że ma za sobą doświadczenie przynajmniej jeden raz w życiu picia alkoholu i 41 osób tj. 39,4% ma za sobą doświadczenie palenia marihuany. Uzyskane wyniki wskazują, że niższy odsetek osób w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w porównaniu z grupą rówieśników miał co najmniej jedno doświadczenie picia alkoholu oraz palenia marihuany.

2. Związek pomiędzy przekonaniem i doświadczeniami dotyczącymi picia alkoholu w badanych grupach.

Dane przedstawione w tabeli 1 pokazują, że analizowane aspekty różnych doświadczeń związanych z alkoholem w obu grupach młodzieży są wzajemnie ze sobą istotnie, pozytywnie skorelowane. Dotyczy to doświadczeń związanych z intensywnością picia alkoholu takich jak: częstość picia, ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstość picia dużych ilości, które są ze sobą skorelowane i każde z nich wiąże się także z częstością upijania się i częstością picia w weekendy. Badane grupy różnią się między sobą tylko pod względem siły tych zależności. Uzyskane istotne statystycznie różnice

Tabela 1.

Matryca korelacji pomiędzy przekonaniami a doświadczeniami związanych z piciem alkoholu w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową i w grupie młodzieży bez dysfunkcji

Correlation matrix: correlations between alcohol-related beliefs and experiences in the motor impairment group and in the control group

Przekonania i doświadczenia <i>Beliefs and experiences</i>	Grupa I <i>Group I</i> N = 134 Grupa II <i>Group II</i> N = 84	Współczynnik korelacji pomiędzy przekonaniami a doświadczeniami oraz Z Fishera dla różnic pomiędzy tymi korelacjami – Grupa I a Grupa II <i>Correlation coefficients between beliefs and experiences, and Z Fisher for the differences between these correlations – Group I and Group II</i>							
		1. Spostrzegany poziom akceptacji przyjaciół wobec picia <i>Perceived level of acceptance of friends to drink</i>	2. Ocena jak wielu przyjaciół pije regularnie <i>Perception of the number of friends who drink alcohol regularly</i>	3. Ocena wpływu picia na zdrowie <i>Perception of alcohol-related health effects</i>	4. Częstość picia alkoholu <i>Alcohol consumption frequency</i>	5. Ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu <i>Quantity of alcohol usually consumed</i>	6. Częstość picia w ilości powyżej 5 porcji <i>Binge drinking frequency (more than 5 drinks)</i>	7. Częstość upijania się <i>Frequency of intoxication</i>	8. Częstość picia w weekendy <i>Weekend drinking frequency</i>
1. Spostrzegany poziom akceptacji przyjaciół wobec picia <i>Perceived level of acceptance of friends to drink</i>	Grupa I Grupa II	-							
2. Ocena jak wielu przyjaciół pije regularnie <i>Perception of the number of friends that drink alcohol regularly</i>	Grupa I Grupa II	0,22** (0,36)*** Z = 0,98	-						
3. Ocena wpływu picia na zdrowie <i>Perception of alcohol-related health effects</i>	Grupa I Grupa II	0,24** (0,51)*** Z = 2,23*	0,13 (0,30**) Z = 1,26	-					
4. Częstość picia alkoholu <i>Alcohol consumption frequency</i>	Grupa I Grupa II	0,23** (0,25*) Z = 0,19	0,24** (0,28**) Z = 0,31	0,18* (0,07) Z = 0,79	-				

		Współczynnik korelacji pomiędzy przekonaniem a doświadczeniami oraz Z Fishera dla różnic pomiędzy tymi korelacjami – Grupa I a Grupa II <i>Correlation coefficients between beliefs and experiences, and Z Fisher for the differences between these correlations – Group I and Group II</i>							
		1. Spostrzegany poziom akceptacji przyjaciół wobec picia <i>Perceived level of acceptance of friends to drink</i>	2. Ocena jak wielu przyjaciół pije regularnie <i>Perception of the number of friends who drink alcohol regularly</i>	3. Ocena wpływu picia na zdrowie <i>Perception of alcohol-related health effects</i>	4. Częstość picia alkoholu <i>Alcohol consumption frequency</i>	5. Ilość wypijanego alkoholu <i>Quantity of alcohol usually consumed</i>	6. Częstość picia w ilości powyżej 5 porcji <i>Binge drinking frequency (more than 5 drinks)</i>	7. Częstość upijania się <i>Frequency of intoxication</i>	8. Częstość picia w weekendy <i>Weekend drinking frequency</i>
Grupa I <i>Group I</i> N = 134	Przekonania i doświadczenia <i>Beliefs and experiences</i>	0,17 *	0,21 *	0,16	0,52***	–	–	–	–
Grupa II <i>Group II</i> N = 84		(0,36***) Z = 1,44	0,25* Z = 0,28	(0,11) Z = 0,40	(0,31**) Z = 1,81*	–	–	–	–
Grupa I <i>Group I</i> Grupa II <i>Group II</i>	5. Ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu <i>Quantity of alcohol usually consumed</i>	0,15 (0,24*) Z = 0,61	0,36*** (0,18) Z = 1,37	0,14 (-0,07) Z = 1,46	0,54*** (0,49**) Z = 0,48	0,53*** (0,67**) Z = 1,61t	–	–	–
Grupa I <i>Group I</i> Grupa II <i>Group II</i>	6. Częstość picia w ilości powyżej 5 porcji <i>Binge drinking frequency (more than 5 drinks)</i>	0,11 (0,14) Z = 0,20	0,25** (0,09) Z = 1,17	0,28*** (0,02) Z = 1,89*	0,45*** (0,57***) Z = 1,13	0,57*** (0,41***) Z = 1,46	0,58*** (0,63***) Z = 0,55	–	–
Grupa I <i>Group I</i> Grupa II <i>Group II</i>	7. Częstość upijania się <i>Frequency of intoxication</i>	0,30*** (0,34**) Z = 0,28	0,24** (0,26*) Z = 0,16	0,25** (0,20) Z = 0,35	0,52*** (0,51***) Z = 0,13	0,50*** (0,28**) Z = 1,78*	0,51*** (0,39***) Z = 1,01	0,48*** (0,42***) Z = 0,51	–
Grupa I <i>Group I</i> Grupa II <i>Group II</i>	8. Częstość picia w weekendy <i>Weekend drinking frequency</i>								

t = 0,06 tendencja, *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Grupa I – młodzież z niepełnosprawnością ruchową / *Group I – motor impairment group.*Grupa II – młodzież bez dysfunkcji / *Group II – control group.*

pomiędzy grupą młodzieży z niepełnosprawnością ruchową a grupą młodzieży bez dysfunkcji dotyczą siły związku między ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu a: częstością picia (Z Fishera = 1,81); częstością picia dużych ilości (Z Fishera = 1,61); częstością picia w weekendy (Z Fishera = 1,78). Związek pomiędzy ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu a częstością picia jest silniejszy w grupie młodzieży bez dysfunkcji. Natomiast związek pomiędzy ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu a częstością picia dużych ilości i częstością picia w weekendy jest silniejszy w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. W obu grupach otrzymane zależności wskazują, że większym ilościom zazwyczaj wypijanego alkoholu towarzyszy większa częstość picia, większa częstość picia dużych ilości oraz częstsze picie w dni wolne od nauki.

Wykazano także istotne zależności, w obu grupach młodzieży, pomiędzy różnymi aspektami przekonań wobec picia alkoholu (spozrzanym poziomem akceptacji przyjaciół wobec picia, oceną jak wielu przyjaciół pije alkohol regularnie, oceną wpływu alkoholu na zdrowie) a niektórymi doświadczeniami związanymi z jego piciem (częstością picia, ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstością picia dużych ilości, częstością upijania się, częstością picia w weekendy). Badane grupy różnią się między sobą pod względem siły tych zależności. Istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą młodzieży z niepełnosprawnością ruchową a grupą młodzieży bez dysfunkcji dotyczą siły związku między oceną wpływu picia alkoholu na zdrowie i spozrzanego poziomu akceptacji przyjaciół wobec picia alkoholu (Z Fishera = 2,23). Związek ten jest silniejszy w grupie rówieśników bez dysfunkcji. W obu grupach otrzymane zależności sugerują, że młodzież która ma przekonanie o braku wpływu alkoholu na zdrowie spozrza również większy poziom akceptacji przyjaciół wobec spożywania alkoholu. Kolejna różnica dotyczy oceny wpływu picia alkoholu na zdrowie a częstości upijania się (Z Fishera = 1,89), przy czym w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową korelacja ta jest istotna w przeciwieństwie do grupy młodzieży bez dysfunkcji. Wskazuje to, że młodzież z niepełnosprawnością ruchową oceniająca mniejszy wpływ alkoholu na zdrowie ma częstsze doświadczenia upijania się.

W grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową spozrzegana większa akceptacja przyjaciół wobec picia alkoholu istotnie pozytywnie koreluje z oceną większej liczby przyjaciół pijących alkohol, oceną niewielkiego wpływu alkoholu na zdrowie, większą częstością picia alkoholu, większą ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu i większą częstością picia w weekendy. Natomiast istotnie nie koreluje z częstością picia dużych ilości alkoholu i z częstością upijania się. Również w grupie tej nie wykazano istotnych korelacji pomiędzy oceną wpływu alkoholu na zdrowie a ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu oraz częstością picia dużych ilości (powyżej 5 porcji).

Natomiast w grupie młodzieży bez dysfunkcji spozrzegany poziom akceptacji przyjaciół wobec picia alkoholu istotnie koreluje jeszcze z częstością picia dużych ilości alkoholu. W grupie tej nie uzyskano żadnego istotnego związku między przekonaniem dotyczącym oceny wpływu picia alkoholu na zdrowie a badanymi aspektami doświadczeń z picia alkoholu takimi jak częstość picia, ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu, częstość picia dużych ilości, częstość upijania się i częstość picia w weekendy.

Tabela 2.

Matryca korelacji pomiędzy przekonaniem a doświadczeniami z paleniem marihuany w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową i w grupie młodzieży bez dysfunkcji

Correlation matrix: between beliefs and experiences connected with marihuana smoking in the motor impairment group and in the control group

Przekonania i doświadczenia <i>Beliefs and experiences</i>		Współczynnik korelacji pomiędzy przekonaniem a doświadczeniami oraz Z Fishera <i>Correlation coefficients between beliefs and experiences, and Z Fisher for the differences between these correlations – Group I and Group II</i>				
Grupa I <i>Group I</i> N = 79	Grupa II <i>Group II</i> N = 41	1. Spostrzeczony poziom akceptacji przyjaciół wobec palenia marihuany <i>Perceived level of acceptance of friends to smoking marijuana</i>	2. Ocena jak wielu przyjaciół pali marihuanę <i>Perception of the number of friends that smoke marijuana</i>	3. Ocena wpływu palenia na zdrowie <i>Perception of marijuana's health effects</i>	4. Częstość palenia marihuany <i>Frequency of marijuana smoking</i>	5. Bycie pod wpływem marihuany w szkole <i>Being under the influence of marijuana in school</i>
Grupa I Grupa II	Grupa I Grupa II	-	-	-	-	-
Grupa I Grupa II	Grupa I Grupa II	0,43*** (0,65**) Z = 1,58t	-	-	-	-
Grupa I Grupa II	Grupa I Grupa II	0,40*** (0,57***) Z = 1,09	0,55*** (0,50***) Z = 0,32	-	-	-
Grupa I Grupa II	Grupa I Grupa II	0,55*** (0,54***) Z = 0,06	0,56*** (0,66***) Z = 0,84	0,48*** (0,50***) Z = 0,19	-	-
Grupa I Grupa II	Grupa I Grupa II	0,32** (0,42**) Z = 0,61	0,16 (0,63***) Z = 2,92**	0,26* (0,33*) Z = 0,38	0,36** (0,67***) Z = 2,24*	-

t – = 0,06 tendencja; *p < 0,05 ; **p < 0,01; ***p < 0,001

Grupa I – młodzież z niepełnosprawnością ruchową / Group I – motor impairment group; Grupa II – młodzież bez dysfunkcji / Group II – control group

3. Związek pomiędzy przekonaniem i doświadczeniami dotyczącymi palenia marihuany

Dane przedstawione w tabeli 2 pokazują, że prawie wszystkie badane aspekty przekonania i doświadczeń związanych z paleniem marihuany w obu grupach młodzieży są wzajemnie ze sobą istotnie pozytywnie skorelowane. Doświadczenia związane z paleniem marihuany takie jak: częstość palenia marihuany i bycie pod wpływem marihuany w szkole są związane ze spostrzeganym poziomem akceptacji przyjaciół dla palenia marihuany, oceną jak wielu z przyjaciół pali marihuanę oraz oceną jej wpływu na zdrowie. Jednak badane grupy różnią się między sobą pod względem siły tych zależności. Istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą młodzieży z niepełnosprawnością ruchową a grupą młodzieży bez dysfunkcji dotyczą oceny jak wielu przyjaciół pali marihuanę i spostrzeganym poziomem akceptacji przyjaciół wobec palenia marihuany (Z Fishera = 1,58). W obu grupach korelacje pomiędzy tymi przekonaniem są istotne, jednak związek ten jest silniejszy w grupie rówieśników bez dysfunkcji. Sugeruje, że młodzież w obu grupach, która ma przekonanie, że wielu przyjaciół pali marihuanę spostrzega również większą aprobatę przyjaciół dla jej palenia. Kolejne różnice istotne statystycznie dotyczą bycia pod wpływem marihuany w szkole a częstości palenia marihuany (Z Fishera = 2,24) oraz oceny jak wielu przyjaciół pali marihuanę (Z Fishera = 2,92). Związki te są silniejsze w grupie rówieśników bez dysfunkcji. Sugerują, że osoby mające doświadczenia w byciu w szkole pod wpływem marihuany częściej palą marihuanę i spostrzegają większą aprobatę przyjaciół dla tych zachowań. Jedynie w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową nie było istotnych korelacji pomiędzy oceną jak wielu przyjaciół pali marihuanę a byciem pod wpływem marihuany w szkole.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przeprowadzone badania wykazały, że mniejszy odsetek osób z niepełnosprawnością ruchową miał przynajmniej raz w życiu doświadczenie picia alkoholu, a szczególnie palenia marihuany w porównaniu z młodzieżą bez dysfunkcji. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach Janeković (15). Stwierdziła ona, że w grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową znacznie mniejszy odsetek osób miał doświadczenia z piciem alkoholu oraz z używaniem narkotyków w porównaniu z rówieśnikami. Jej analizy wykazały, że wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową piło alkohol około 72% osób, a wśród rówieśników około 85%. Natomiast najbardziej istotne różnice w badaniach chorwackich dotyczyły używania różnych narkotyków, w tym marihuany. 4% młodzieży z niepełnosprawnością ruchową miało takie doświadczenia, a w grupie rówieśników powyżej 26%. Na podstawie otrzymanych wyników można powiedzieć, że mniejszy odsetek młodzieży z niepełnosprawnością ruchową miał co najmniej jedno doświadczenie z piciem alkoholu i paleniem marihuany w porównaniu z ich rówieśnikami, ale doświadczenia te są obecne w ich życiu.

Analiza związków pomiędzy wybranymi przekonaniami a doświadczeniami dotyczącymi picia alkoholu i palenia marihuany wykazała istotne różnice w sile tych związków w obu grupach.

W grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową zaobserwowano silniejsze związki między ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu a częstością picia dużych ilości oraz częstością picia w weekendy niż w grupie rówieśników bez dysfunkcji. Natomiast w grupie rówieśników odnotowano silniejsze związki między ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu a częstością jego picia. Jednak w obu grupach młodzieży otrzymane zależności sugerują, że osoby, które zazwyczaj wypijają większe ilości alkoholu również częściej piją, częściej piją duże ilości (powyżej 5 porcji) oraz częściej spożywają alkohol w dni wolne od nauki. Opisane zależności warto wziąć pod uwagę przy tworzeniu programów profilaktyczno-terapeutycznych, ponieważ mogą być one zapowiedzią zwiększonej intensywności spożywania alkoholu w okresie dorosłości. Już wcześniejsze badania wykazały, że większa intensywność picia alkoholu w okresie dorosłości była skutkiem powiązań pomiędzy takimi doświadczeniami jak częstość picia, picie dużych ilości, upijanie się i picie w czasie wolnym od nauki a wczesnym wiekiem inicjacji oraz przekonaniami o łatwym dostępie do alkoholu i jego niewielkim wpływie na zdrowie w okresie dorastania (9).

Ciekawym wynikiem, szczególnie w grupie młodzieży bez dysfunkcji, jest brak istotnych korelacji pomiędzy oceną wpływu alkoholu na zdrowie a wszystkimi doświadczeniami związanymi z jego piciem. Dane takie mogą sugerować, że przekonania młodzieży czy alkohol jest, czy nie jest szkodliwy dla zdrowia nie mają żadnego znaczenia dla intensywności picia. Mogą także świadczyć o małej wiedzy dotyczącej wpływu alkoholu na funkcjonowanie organizmu a także o małym zainteresowaniu własnym zdrowiem. Na przykład badania Łuczak i Juczyńskiego (22) wykazały, że osoby z doświadczeniami w zakresie palenia, picia i zażywania narkotyków ponad dwukrotnie częściej niż osoby bez tych doświadczeń nie zaliczały dobrego zdrowia do pięciu najważniejszych symboli szczęścia i w mniejszym stopniu traktowały zdrowie jako najważniejszą wartość w swoim życiu. Podobne zależności badacze otrzymali dla osób próbujących jednej lub dwóch z tych substancji. W sytuacjach wysokiego ryzyka wg Reifman i współpracowników (23) niska wartość przypisywana zdrowiu może właśnie sprzyjać podejmowaniu różnych zachowań szkodliwych dla zdrowia.

W grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową nie wykazano istotnych korelacji pomiędzy oceną wpływu alkoholu na zdrowie a ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu oraz częstością picia dużych ilości (powyżej 5 porcji). Ten brak zależności, szczególnie dotyczący picia dużych ilości alkoholu, może wynikać z innych motywów spożywania alkoholu, np. związanych z aktualnym stanem psychofizycznym i postawą wobec niepełnosprawności. Wcześniejsze analizy autorki wykazały, że znacznie większe ilości alkoholu piła młodzież, która nabyła niepełnosprawność w późniejszym okresie życia w porównaniu z osobami z wrodzoną niepełnosprawnością (18). Wiadomo, że utrata pełnosprawności, w tym różnych aspektów zdrowia jest bardzo trudnym doświadczeniem, które może powodować różne reakcje emocjonalne, w tym depresję i sprzyjać np. picciu alkoholu w celu uśmierzania bólu

jak wykazała Janecović (15). Na podstawie rozmów indywidualnych z młodzieżą, z personelem ośrodków oraz obserwacji zachowania młodzieży można postawić hipotezę, że im krócej młody człowiek jest niepełnosprawny ruchowo, tym bardziej przeżywa silne, negatywne emocje i ma duże trudności w adaptacji do nowej jakości życia. Niektóre osoby przyznawały się, że piją alkohol, aby zapomnieć. Natomiast młodzież, która urodziła się z niepełnosprawnością ruchową prezentowała odmienną postawę wobec swojej niepełnosprawności fizycznej i poruszania się np. za pomocą wózka inwalidzkiego. Niektóre osoby w ogóle nie czuły się niepełnosprawne a wózek traktowały jako część siebie a nie zewnętrzny element. Wielu z tych młodych ludzi było zaangażowanych w różne aktywności np. sportowe, teatralne, taneczne (taniec na wózku) i inne.

Najbardziej znacząca dla badanych doświadczeń picia alkoholu okazała się spostrzegana akceptacja dla picia alkoholu wśród najbliższego grona rówieśników oraz przekonanie o picu przez większość przyjaciół w obu grupach. Wyniki te są zrozumiałe w kontekście społecznej inicjacji picia alkoholu. Jak dowiedziono w wielu badaniach inicjacja picia alkoholu a także dalsze picie najczęściej odbywa się w grupie rówieśniczej, ponieważ stanowi ona dla młodzieży istotne źródło kształtowania się samooceny, systemu wartości czy przynależności (3, 6, 24–25). W obu badanych grupach młodzież zainicjowała picie alkoholu przede wszystkim w gronie rówieśników, dużo rzadziej w samotności czy z rodzicami (18). Jest to ważna informacja dla rozumienia różnych zachowań młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. Pokazuje nam, że doświadczanie niepełnosprawności, które może powodować mniejszą gotowość do kontaktów z innymi, testowania granic stawianych przez dorosłych czy eksperymentowania z nowymi zachowaniami, nie wyklucza angażowania się w próbowanie substancji psychoaktywnych. Należy jednak podkreślić, że dla młodzieży uczestniczącej w tych badaniach grupą rówieśniczą była właśnie grupa kolegów z terenu ośrodka, z którą spędzali większość czasu począwszy do zajęć lekcyjnych po rehabilitację i wspólne mieszkanie w internacie.

Wyniki prezentowanych badań sugerują również, że spostrzeganie akceptacji wobec palenia marihuany w grupie rówieśniczej, przekonanie, że większość przyjaciół pali marihuanę oraz przeświadczenie o znikomym wpływie marihuany na zdrowie wiąże się z większą intensywnością jej palenia. Podobne zależności opisano w badaniach dotyczących używania różnych narkotyków w tym marihuany. Wyniki cytowanych badań wskazują, że w okresie dorastania, a także we wczesnej dorosłości przekonanie badanych o rozpowszechnieniu używania różnych narkotyków, szczególnie marihuany wśród przyjaciół oraz spostrzeganie aprobaty przyjaciół dla ich używania są znacząco ze sobą powiązane niezależnie od okresu rozwojowego. Należy podkreślić, że doświadczenie w zakresie używania narkotyków lub brak takiego doświadczenia związane są właśnie z aspektami percepcji środowiska rówieśniczego (5, 26).

Analizowanie różnych czynników związanych z piciem alkoholu i paleniem marihuany wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową może pomóc w tworzeniu odpowiednich dla nich programów profilaktyczno-terapeutycznych. Warto

podkreślić, że w grupie tej związek pomiędzy spostrzeganą akceptacją wśród przyjaciół dla picia a różnymi doświadczeniami picia alkoholu jest istotny. Czyli kształtujące się w ich środowisku przekonania normatywne odnośnie do używania substancji psychoaktywnych mogą być jednym z czynników odpowiedzialnych za picie alkoholu równoległe z czynnikami związanymi z różnymi aspektami ich niepełnosprawności (18).

Ograniczenia badań

Badane grupy młodzieży były nierównoliczne, nie udało się dobrać do osób z niepełnosprawnością ruchową osób bez dysfunkcji pod względem płci i wieku. Dodatkowo zastosowane analizy statystyczne spowodowały znaczne zmniejszenie liczebności grup, ponieważ w analizach tych wykorzystano jedynie pełne dane uzyskane od tych osób, które odpowiedziały na wszystkie pytania wchodzące w skład badanych przekonań i doświadczeń. Z tych powodów wyniki te należy interpretować z dużą ostrożnością. Uzyskanych wyników nie należy również uogólniać na populację młodzieży z niepełnosprawnością ruchową z powodu specyfiki ośrodków, w których były przeprowadzone badania. Możemy spodziewać się innych wyników wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową, która ma ograniczony kontakt z rówieśnikami z powodu indywidualnego toku nauczania w domu lub uczęszczania do szkół ogólnych, w których młodzież ta stanowi mniejszość i/lub została objęta nauczaniem indywidualnym.

Wnioski:

Na podstawie przedstawionych wyników można stwierdzić, że:

1. W grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową istnieją związki pomiędzy analizowanymi przekonaniem takimi jak spostrzegany poziom akceptacji przyjaciół wobec picia alkoholu a oceną wpływu alkoholu na zdrowie, oceną jak wielu przyjaciół pije alkohol a doświadczeniami takimi jak częstość picia alkoholu, ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu i częstość picia w weekendy oraz między oceną wpływu picia alkoholu na zdrowie a doświadczeniami takimi jak częstość upijania się i częstość picia w weekendy.
2. W grupie młodzieży bez dysfunkcji istnieją związki pomiędzy analizowanymi przekonaniem takimi jak spostrzegany poziom akceptacji przyjaciół wobec picia alkoholu a oceną jak wielu przyjaciół pije alkohol, oceną wpływu alkoholu na zdrowie oraz wszystkimi badanymi doświadczeniami picia alkoholu poza częstością upijania się. W grupie tej natomiast nie znaleziono związków pomiędzy oceną wpływu alkoholu na zdrowie a żadnym z doświadczeń z picia alkoholu.
3. W grupie młodzieży z niepełnosprawnością ruchową istnieją związki pomiędzy analizowanymi przekonaniem dotyczącymi palenia marihuany takimi jak spostrzegany poziom akceptacji przyjaciół dla palenia, oceną jak wielu przyjaciół pali, oceną wpływu palenia na zdrowie a doświadczeniem związanym z częstością palenia marihuany.

4. W grupie młodzieży bez dysfunkcji istnieją związki pomiędzy analizowanymi przekonaniem dotyczącymi palenia marihuany takimi jak: spostrzegany poziom akceptacji przyjaciół dla palenia, oceną jak wielu przyjaciół pali, oceną wpływu palenia na zdrowie a doświadczeniami związanymi z częstością palenia marihuany i byciem pod wpływem marihuany w szkole.
5. Analiza związków pomiędzy wybranymi przekonaniem a doświadczeniami dotyczącymi picia alkoholu i palenia marihuany w obu grupach różniła się między sobą siłą tych związków, co może wynikać z innych przyczyn używania środków psychoaktywnych przez młodzież z niepełnosprawnością ruchową.

PIŚMIENNICTWO

1. Costa FM, Jessor R, Turbin MS (2007) College student involvement in cigarette smoking: the role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Nicotine and Tobacco Research*, 9, 213–224.
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. Bonino S, Cattellino E, Ciairano S (2005) *Adolescents and risk: behaviors, functions and protective factors*. Milano: Springer-Verlag Italia.
4. Jessor R, Turbin MS, Costa FM (1998) Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents. *Applied Developmental Science*, 2, 194–208.
5. Stępień E (2001) Rówieśniczy kontekst używania środków odurzających od dorastania do wczesnej dorosłości. *Alkoholizm i Narkomania*, 14, 4, 553–564.
6. Passetti LL, Godley SH, White MK (2008) Adolescents' perceptions of friends during substance abuse treatment: a qualitative study. *Contemporary Drug Problems*, 35, 99–114.
7. Obuchowska I (2000) Rozwój psychiczny i społeczny. W: Woynarowska B (red.) *Zdrowie i szkoła*. Warszawa: PZWL, 52–62.
8. Ajzen I, Fishbein M (1980) *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs: Prentice Hall.
9. Stępień E (2001) Doświadczenia i przekonania związane z alkoholem z okresu dorastania a intensywność picia alkoholu przez młodych dorosłych. Badania katamnesticzne. *Alkoholizm i Narkomania*, 14, 2, 289–300.
10. Dinh KT, Roosa MW, Tein JY, Lopez VA (2002) The relationship between acculturation and problem behavior proneness in Hispanic youth sample: a longitudinal mediation model. *J Abnorm. Child Psychol.*, 30, 295–309.
11. Woynarowska B, Mazur J (2003) Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne u młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce w 2002 roku. *Alkoholizm i Narkomania*, 16, 3–4, 155–171.
12. Getz JG, Bray JH (2005) Predicting heavy alcohol use among adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 102–116.
13. 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.
14. Turbin MS, Jessor R, Costa FM, Dong Q, Zhang H, and Wang Ch (2006) Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does social context matter? *Health Psychology*, 25, 445–454.
15. Janeković K (2003) Comparative research on substance abuse and self-perception among adolescents with physical handicap. *Collegium Antropologicum*, 27, 479–489.

16. 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.
17. Hollar D (2005) Risk behaviors for varying categories of disability in NELS: 88. *Journal of School Health*, 75, 350–358.
18. Hintze B (2011) Wzory picia alkoholu wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. *Alkoholizm i Narkomania*, 24, 2, 99–115.
19. 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.
20. Frączek A, Stępień E (1991) Kwestionariusz *TY i ZDROWIE*. Warszawa: IPIŃ.
21. Jessor R, Donovan JE, Costa F (1989) *Health Behavior Questionnaire*. Boulder: University of Colorado, IBS.
22. Łuczak J, Juczyński Z, (2006) Motywacja do zażywania środków psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. W: Ogińska-Bulik WN (red.) *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, 25–40.
23. Rejman A, Barnes G, Dintcheff B, Uhtteg L, Farrell M (2001) Health values buffer social-environmental risk for adolescent alcohol misuse. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 249–254.
24. Steinberg L, Morris AS (2001) Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83–110.
25. Wójtowicz S (1993) Relacje z rówieśnikami a picie alkoholu przez dorastających. *Alkoholizm i Narkomania*, 14, 89–101.
26. Stępień E (2001) Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami w okresie od dorastania do wczesnej dorosłości. Badania katamnesticzne. *Alkoholizm i Narkomania*, 14, 3, 407–419.

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

otrzymano: 09.08.2011
przyjęto do druku: 08.11.2011