

## PRACE ORYGINALNE

### Zdrowie psychiczne i zachowania ryzykowne 15-latków – badania mokatowskie

#### **Mental health and risk behaviours among 15-years old students – the Mokotów study**

Krzysztof Bobrowski

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

**Abstract – Introduction.** The aim of the study was to examine prevalence of mental health problems, drug abuse and other risk behaviours among adolescents.

*Methods.* The questionnaire was administrated to 15-years old students (n=1493) in a random sample of middle schools classes from three Warsaw districts: Mokotów, Ursynów and Wilanów.

*Results.* About 17–19% of students are at risk, because of depressive symptoms and other emotional problems. In the past year 40% of students performed at least one delinquent behaviour and half of adolescents were involved in violence (physical or psychological) against others. About 30% adolescents used legal or illegal psychoactive substances, including marijuana, alcohol or tobacco. Drug abuse was strongly connected with other risk behaviours (violence, delinquency). Everyday smoking was associated with symptoms of poor mental health.

*Conclusions.* The relationship between symptoms of poor mental health and drug abuse are complex and they require further research.

**Key words:** mental health, prevalence of risk behaviours, adolescents

---

Praca w całości finansowana ze środków budżetowych na naukę w latach 2005–2006 jako projekt badawczy.

**Streszczenie – Wstęp.** Celem badań była ocena rozpowszechnienia problemów w zakresie zdrowia psychicznego, nadużywania substancji psychoaktywnych oraz innych zachowań ryzykownych wśród młodzieży.

*Metody.* Badania ankietowe przeprowadzono wśród 15-letnich uczniów (n=1.493), w losowo dobranej próbie klas gimnazjalnych, w części Warszawy obejmującej dzielnice: Mokotów, Ursynów i Wilanów.

*Wyniki.* Zdrowie psychiczne ok. 17–19% badanych uczniów jest zagrożone z powodu objawów depresji lub innych problemów emocjonalnych. W ostatnim roku 40% uczniów cechowało przynajmniej jedno zachowanie sprzeczne z prawem, a połowa uczniów brała udział w przemocy (fizycznej lub psychicznej) wobec innych. Około 30% młodzieży nadużywało legalnych lub nielegalnych substancji psychoaktywnych, alkoholu marihuany lub tytoniu. Nadużywanie substancji silnie wiązało się z innymi zachowaniami ryzykownymi (przemoc, wykroczenia). Codzienne palenie papierosów występowało z symptomami zaburzeń zdrowia psychicznego.

*Wnioski.* Związki pomiędzy symptomami zaburzeń zdrowia psychicznego a nadużywaniem substancji psychoaktywnych są złożone i wymagają dalszych badań.

**Słowa kluczowe:** zdrowie psychiczne, rozpowszechnienie zachowań ryzykownych, młodzież

## WSTĘP

Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież coraz częściej badane jest w szerszym kontekście – innych zachowań ryzykownych i zdrowia psychicznego (1, 2, 3, 4, 5). Można wymienić co najmniej dwie przesłanki decydujące o upowszechnianiu się takiej praktyki badawczej. Od około 30 lat obserwujemy rozwój koncepcji teoretycznych i badań empirycznych opisujących współwystępowanie różnych zachowań ryzykownych wśród młodzieży, ich uwarunkowania i związki ze zdrowiem (6, 7, 8, 9). Warto tu przywołać koncepcję „substancji torujących drogę” Kandel (10), mówiącą o zależnościach pomiędzy używaniem kolejnych (legalnych i nielegalnych) substancji psychoaktywnych, a także teorię zachowań problemowych Jessor (11) czy koncepcję psychospołecznej odporności (*psychosocial resilience*), której prekursorami byli Gamrezy i Rutter (12, 13).

Z drugiej strony, w ostatnich latach znacznie wzrosło zainteresowanie badaczy problemami zdrowia psychicznego i promocją zdrowia. Z tej perspektywy używanie (lub nadużywanie) substancji psychoaktywnych traktowane jest jako jedno z zachowań ryzykownych dla zdrowia (1, 2, 7, 14, 15, 16).

Ten nowy „duch” badawczy, niosący ze sobą holistyczną wizję człowieka i jego problemów, zawitał pewien czas temu także do Polski. Przykładem mogą być badania Frączka i Stępień (4, 17) czy międzynarodowe badania HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) prowadzone w Polsce od 1990 roku i stanowiące jedno z głównych źródeł statystycznej wiedzy o stanie zdrowia polskiej młodzieży i o rozpowszechnieniu zachowań ryzykownych (5). Warto zacytować jeden z interesujących wyników z ostatniej edycji tych badań. W porównaniu z sytuacją w innych krajach europejskich, szczególnie problem stanowi częste stosowanie przez polską młodzież przemocy wobec innych. „Za-

chowania te wydają się być dla szkoły znacznie większym problemem niż używanie przez uczniów narkotyków” (18: 165). Przykład ten pokazuje, że szerszy zakres badań to jednocześnie pełniejszy układ odniesienia dla oceny skali rozpowszechnienia poszczególnych problemów, jakich doświadczają młodzi ludzie.

Badania mokotowskie, realizowane cyklicznie co cztery lata w jednej z warszawskich dzielnic, skoncentrowane były na obserwacji długoletnich trendów w rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktywnych wśród dorastającej młodzieży (19, 20). Z czasem zakres badań ulegał rozszerzeniu. Nasze zainteresowania dotyczyły zarówno uwarunkowań używania substancji psychoaktywnych, jak i związków pomiędzy różnymi problemami, jakich doświadczają młodzież. W poprzedniej edycji badań (w 2000 roku) analizowano osobowościowe korelaty używania substancji psychoaktywnych – poczucie własnej skuteczności (21) i poczucie koherencji (22). W opisywanej tu edycji, zakres badań poszerzono o dwa obszary, które w przyszłości mają być systematycznie monitorowane: zdrowie psychiczne oraz zachowania ryzykowne, obejmujące przemoc, zachowania sprzeczne z prawem i nadużywanie substancji psychoaktywnych. W wyborze pytań ankietowych i głównych wskaźników wykorzystaliśmy doświadczenia z projektu badawczego dotyczącego oceny stanu zdrowia psychicznego warszawskich gimnazjalistów (2, 23).

Celem prezentowanej tu pracy jest oszacowanie rozpowszechnienia problemów w zakresie zdrowia psychicznego oraz zachowań ryzykownych wśród mokotowskiej populacji 15-letnich uczniów. Cele szczegółowe dotyczą analizy związków pomiędzy używaniem substancji psychoaktywnych a innymi zachowaniami problemowymi oraz symptomami zaburzeń zdrowia psychicznego. W związku z tym sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jaka część 15-letniej młodzieży doświadcza problemów ze zdrowiem psychicznym, tj. ma symptomy depresji, złego samopoczucia psychicznego?
2. Jaka część badanej grupy nadużywa substancji psychoaktywnych oraz podejmuje inne zachowania ryzykowne, takie jak: zachowania sprzeczne z prawem, uczestniczenie w bójkach, przemoc fizyczna lub psychiczna wobec innych?
3. Jakie są relacje pomiędzy analizowanymi zmiennymi, a w szczególności – czy nadużywanie substancji psychoaktywnych wiąże się z innymi zachowaniami ryzykownymi oraz z występowaniem problemów dotyczących zdrowia psychicznego?

## MATERIAŁ I METODY

### **Procedura badań, badana grupa**

Badania przeprowadzono jesienią 2004 roku metodą audytoryjną w czasie lekcji szkolnych, z zapewnieniem anonimowości i pełnej poufności danych ankietowych (20). Obejmowały populację uczniów klas trzecich gimnazjów na obszarze trzech dzielnic Warszawy: Mokotowa, Ursynowa oraz Wilanowa. Losowo dobrano 55% klas znajdujących się na tym terenie, w sumie 82 klasy, do których uczęszczało 1.646 uczniów. W badaniach wzięło udział 1.493 uczniów, co stanowiło ok. 91% wylos-

wanej próby. Z analiz wyeliminowano ankiety 22 osób ze względu na nierzetelne ich wypełnienie. Były niekompletne, zawierały sprzeczne odpowiedzi, bądź wypełniane były w sposób świadczący o niepoważnym traktowaniu badania (np. komentarze, wulgarne dopiski). Dziesięć osób nie odpowiedziało na pytanie o płeć. Ostatecznie w analizach uwzględniono odpowiedzi 1.461 respondentów, wśród których było 51,9% chłopców i 48,1% dziewcząt.

## Wskaźniki i sposoby ich pomiaru

Uwzględniono trzy wskaźniki symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego.

**1. Podwyższony poziom stresu psychologicznego** – do pomiaru tej zmiennej wykorzystano skróconą wersję Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia, tj. skróconą skalę GHQ-12 Goldberga (24), w wersji zaadaptowanej z badań kanadyjskich (1). Przyjęto, że występowanie przynajmniej trzech, spośród 12 objawów pogorszonego samopoczucia lub funkcjonowania, jest wskaźnikiem podwyższonego poziomu dystresu psychicznego.

**2. Nasilenie objawów depresyjnych** – mierzone za pomocą skróconej skali CES-D Radloffa (25), również adaptacja wersji kanadyjskiej składająca się z czterech pytań o objawy smutku, samotności, przygnębienia i płaczu w ciągu ostatnich siedmiu dni przed badaniem. Przyjęto, że występowanie wszystkich czterech objawów jest wskaźnikiem podwyższonego ryzyka występowania depresji.

**3. Negatywna samoocena zdrowia psychicznego** – do pomiaru tej zmiennej wykorzystano pytanie o ocenę własnego zdrowia psychicznego w ostatnich 30 dniach przed badaniem: „Jeśli chodzi o Twoje zdrowie psychiczne, a w tym stres, przygnębienie i problemy emocjonalne, w ciągu ilu dni, w ostatnich 30 dniach, Twoje zdrowie nie było dobre”. Przyjęto za twórcami tego sposobu pomiaru, że wskaźnikiem negatywnej samooceny zdrowia psychicznego są odpowiedzi badanych mówiące o przynajmniej 14 „złych” dniach w ostatnim miesiącu (26).

Na podstawie pytań ankietowych określono następujące, złożone wskaźniki różnego typu zachowań problemowych:

**1. Nadużywanie substancji psychoaktywnych** – wskaźnikiem było potwierdzenie przez badanych codziennego palenia papierosów, upijania się w ostatnim miesiącu lub używania środków narkotyzujących w ciągu roku poprzedzającego badanie. Pula pytań ankietowych, stanowiących podstawę dla konstrukcji wskaźnika, w porównaniu z innymi tego typu badaniami, była dość wąska: pojedyncze, proste pytania ankietowe opisywały palenie („czy palisz papierosy?”) i używanie narkotyków („czy w okresie od września zeszłego roku do teraz zdarzyło się, że używałeś środków narkotyzujących?”). W szerszym zakresie badano jedynie picie alkoholu. Respondenci odpowiadali na szereg pytań dotyczących ostatniego przypadku picia alkoholu – zarówno kiedy ostatnio pili poszczególne napoje alkoholowe, jak i ile porcji alkoholu wtedy wypili. Upijanie się jest tradycyjnie definiowane w badaniach mokotowskich jako wypicie przy jednej okazji co najmniej trzech dużych porcji alkoholu – 3 butelek piwa (1,5 l), 3 dużych lampek wina (600 ml) lub trzech dużych kieliszków wódki (150 ml). W przybliżeniu taka ilość jest równoznaczna z wypiciem ok. 60 gram 100-procentowego alkoholu (20).

**2. Aktywny udział w przemocy wobec innych** obejmował występowanie w ciągu roku poprzedzającego badanie przynajmniej jednego spośród trzech doświadczeń: celowe uderzenie lub uszkodzenie kogoś, udział (przynajmniej raz) w bójkach na terenie szkoły oraz stosowanie przemocy psychicznej wobec innych, które definiowano w ankiecie następująco: „przemoc ma miejsce wtedy, gdy jedna lub więcej osób dokucza, obraża lub niepokoi celowo słabszą osobę” (1).

**3. Zachowania sprzeczne z prawem** – przynajmniej jedno spośród pięciu zachowań występujących w ostatnim roku: zabieranie samochodu na przejażdżkę bez zgody właściciela, niszczenie (celowo) czyjejs własności, handel narkotykami, drobne kradzieże, ucieczki z domu (1).

W wielozmiennowych analizach regresji uwzględniano, oprócz wyżej opisanych, szereg innych zmiennych, o których wiadomo było, według wcześniejszych badań nad czynnikami ryzyka, że mają istotne znaczenie dla bieżącego używania substancji psychoaktywnych:

1. Zmienne z obszaru wpływów środowiska rówieśniczego: uczestniczenie w ciągu ostatniego roku w spotkaniach towarzyskich, w czasie których używane były środki narkotyzujące lub w trakcie których pito alkohol.

2. Zmienne z obszaru środowiska rodzinnego: *nałogowe palenie papierosów przez oboje lub jedno z rodziców* spostrzegane przez badanych oraz *częstość picia alkoholu przez rodziców*.

3. Zmienne socjodemograficzne: płeć i wiek (opóźnienie w nauce).

## WYNIKI

### Symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego

Wszystkie uwzględnione w badaniach symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego występowały częściej wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Podwyższony poziom stresu psychologicznego charakteryzował około 41% badanych nastolatków, w tym

Tabela 1.

Symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego  
Symptoms of poor mental health

Wskaźniki zaburzeń zdrowia psychicznego	Odsetki badanych			Wartości testu $\chi^2$
	Cała próba N = 1461	Chłopcy N = 758	Dziewczęta N = 703	
Podwyższony poziom stresu psychologicznego w skali GHQ-12	40,9	30,1	52,5	75,8***
Wysokie nasilenie objawów depresyjnych w skróconej skali CES-D	6,3	2,2	10,7	43,9***
Negatywna samoocena zdrowia psychicznego – 14 lub więcej „złych” dni w ostatnim miesiącu	17,3	10	25,2	58,5***
Ogółem – jakiegokolwiek symptomy problemów ze zdrowiem psychicznym	44,4	33,1	56,6	81,6***

\*\*\* istotne statystycznie różnice w nasileniu objawów u dziewcząt i chłopców  $p < 0,001$

53% dziewcząt i 30% chłopców (tab. 1). Młodzi ludzie sygnalizowali przede wszystkim: przygnębienie, poczucie stałego napięcia, nie radzenie sobie z trudnościami i problemy ze snem z powodu zmartwień.

Znaczne nasilenie objawów depresyjnych charakteryzowało ok. 11% dziewcząt i 2% chłopców, ogółem – 6,3% badanych. Stan swojego zdrowia psychicznego oceniało jako zły przez 14 lub więcej dni w ostatnim miesiącu ok. 25% dziewcząt i 10% chłopców, ogółem wskaźnik ten wyniósł 17,3%. Biorąc pod uwagę trzy analizowane wskaźniki możemy powiedzieć, że jakiegokolwiek symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego obserwowano u blisko połowy badanych: 57% dziewcząt i 33% chłopców.

Stwierdzono, że samoocena zdrowia psychicznego jest dość czułym wskaźnikiem, obejmującym trzy czwarte grupy ze znacznym nasileniem objawów depresji. Około 80% badanych oceniających negatywnie stan swego zdrowia psychicznego, to jednocześnie osoby z podwyższonym poziomem stresu psychologicznego (w skali GHQ).

Biorąc pod uwagę nakładanie się dwóch wskaźników – depresji i samooceny zdrowia psychicznego – można oszacować, że ok. 19% badanej młodzieży doświadczało złego samopoczucia psychicznego przez dłuższy czas w ostatnim miesiącu.

### Nadużywanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania problemowe

Nadużywanie substancji psychoaktywnych zaobserwowano u blisko 1/3 badanej grupy (tab. 2) i było podobnie rozpowszechnione zarówno wśród dziewcząt (31,3%), jak i chłopców (31,8%). Około 20% badanych upiło się w ostatnim miesiącu, a 18% w ostatnim roku przynajmniej raz sięgnęło po środki narkotyzujące. Codzienne palenie papierosów charakteryzowało 13% nastolatków i było ono bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt (15%) niż wśród chłopców (ok. 11%).

Przemoc wśród młodzieży była dość powszechna. W roku poprzedzającym badanie, swój udział w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych uczniów na terenie szkoły potwierdziła połowa badanych: 63% chłopców i 37% dziewcząt (tab. 3). We wszystkich analizowanych formach przemocy zdecydowanie dominowali chłopcy. Do przemocy fizycznej (przynajmniej raz w ostatnim roku) przyznało się 51% chłopców i 29% dziewcząt. Przemoc psychiczna wobec innych na terenie

Tabela 2.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych  
Substance abuse

Nadużywanie substancji psychoaktywnych	Odsetki badanych			Wartości testu chi <sup>2</sup>
	Cała próba N = 1461	Chłopcy N = 758	Dziewczeta N = 703	
Upijanie się (ostatni miesiąc)	20,2	21,4	18,9	n.i.
Palenie papierosów (codzienne)	12,9	10,6	<b>15,4</b>	7,5**
Używanie środków narkotyzujących (ostatni rok)	18,2	18,1	18,3	n.i.
Ogółem nadużywanie substancji psychoaktywnych	31,6	<b>31,8</b>	31,3	n.i.

\*\* istotne statystycznie różnice w nasileniu objawów u dziewcząt i chłopców  $p < 0,01$

Tabela 3.  
Przemoc wśród młodzieży  
Violence among adolescents

Przemoc	Odsetki badanych			Wartości testu $\chi^2$
	Cała próba N = 1461	Chłopcy N = 758	Dziewczęta N = 703	
Przemoc fizyczna				
Udział w bójkach (ostatni rok):				
Co najmniej 1 raz	24,0	34,6	12,7	95,9***
Co najmniej 2 razy	14,4	20,8	7,4	53,6***
Co najmniej 3 razy	7,7	11,9	3,1	39,4***
Celowe uderzenie/uszkodzenie kogoś (ostatni rok)	30,9	36,8	24,5	26,0***
Ogółem – udział w przemocy fizycznej (w ostatnim roku)	40,5	50,7	29,4	68,1***
Przemoc psychiczna (ostatni rok) – dokuczanie, obrażanie, celowe niepokojenie innej osoby				
Doświadczenie przemocy	42,7	50,1	34,7	35,5***
Bycie świadkiem przemocy	75,2	78,1	72,0	7,3**
Aktywny udział w przemocy psychicznej	35,5	47,2	22,9	94,2***
Ogółem – aktywny udział w przemocy fizycznej lub psychicznej w ostatnim roku	50,2	62,8	36,7	99,4***

\*\*\* istotne statystycznie różnice w nasileniu objawów u dziewcząt i chłopców  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$

Tabela 4.  
Zachowania sprzeczne z prawem  
Delinquent behaviours

Zachowania sprzeczne z prawem (ostatni rok):	Odsetki badanych			Wartości testu $\chi^2$
	Cała próba N = 1461	Chłopcy N = 758	Dziewczęta N = 703	
Przejażdżka samochodem bez zgody właściciela	3,5	5,7	1,1	22,3***
Niszczenie celowo czyjejś własności	21,0	27,4	14,1	39,2***
Handel narkotykami	3,6	4,6	2,4	5,1*
Drobne kradzieże, zabieranie czyjejś rzeczy	25,0	24,9	25,0	n.i.
Ucieczki z domu	9,4	5,8	13,2	23,7***
Ogółem – zachowania sprzeczne z prawem	38,8	40,2	37,3	n.i.

\*\*\* istotne statystycznie różnice w nasileniu objawów u dziewcząt i chłopców  $p < 0,001$ ; \*  $p < 0,05$

szkoły, czyli dokuczanie, obrażanie lub celowe niepokojenie innej osoby, cechowała ok. 36% uczniów: blisko 50% chłopców i 25% dziewcząt. Ponad 40% badanych było ofiarami przemocy psychicznej, a 75% badanych zauważyło takie akty przemocy na terenie szkoły.

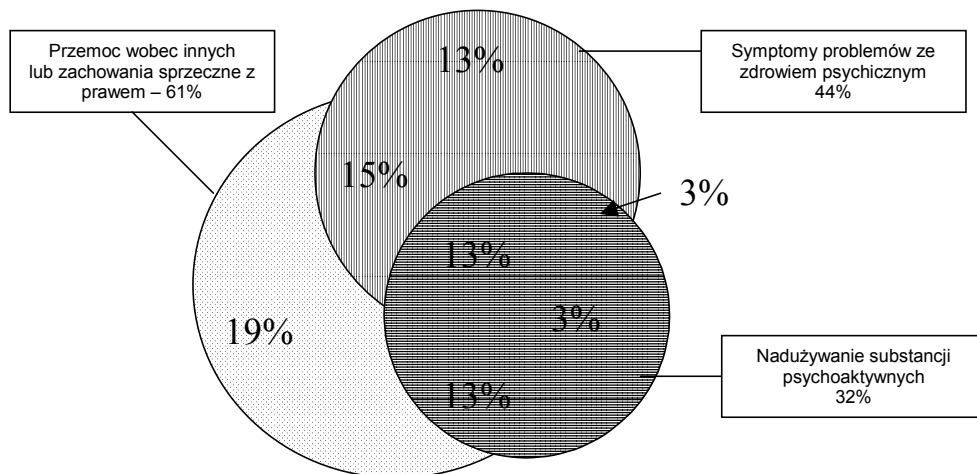
Do zachowań sprzecznych z prawem przyznało się około 40% badanych (tab. 4). Najpowszechniejszym wykroczeniem było naruszanie czyjejś własności: drobne kradzieże – 25% oraz celowe niszczenie czyjejś rzeczy – 21% badanych. Do tej grupy zachowań można zaliczyć jeszcze zabieranie samochodu na przejażdżkę (3,5%). Ucieczki z domu (ok. 9%) nieco częściej zdarzały się dziewczętom niż chłopcom, a niszczenie czyjejś własności, handel narkotykami (ogółem 3,6%) czy zabieranie samochodu na przejażdżkę były raczej domeną chłopców.

Zachowania problemowe, takie jak wykroczenia, przemoc fizyczna lub psychiczna wobec innych, charakteryzowały łącznie większość badanej młodzieży – 61%, w tym 68% chłopców i 53% dziewcząt.

### Relacje pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych a innymi zachowaniami ryzykownymi oraz symptomami zaburzeń zdrowia psychicznego

Powyżej zaprezentowano wyniki dotyczące rozpowszechnienia różnego rodzaju problemów wśród badanych 15-latków. Interesujące wydaje się pytanie, czy analizowane obszary problemów są rozłączne, czy też przeciwnie – nakładają się na siebie? Jak duża część badanej młodzieży, nadużywającej substancji psychoaktywnych, ma także problemy w innych obszarach, charakteryzuje się innymi zachowaniami ryzykownymi lub symptomami złego stanu zdrowia psychicznego? Nakładanie się zakresów różnych obszarów problemowych prezentuje rysunek 1. Na przykład, w grupie osób, które nadużywały substancji psychoaktywnych, zdecydowana większość (ok. 90%) doświadczała także innych problemów: ponad 80% osób nadużywających substancji zachowywało się także ryzykownie w inny sposób (przemoc lub zachowania sprzeczne z prawem), a połowa tej grupy miała symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego.

Biorąc pod uwagę liczebność całej badanej grupy można stwierdzić, że 13% to osoby, które mają problemy we wszystkich trzech wyróżnionych obszarach, a więc



Rys. 1. Relacje pomiędzy analizowanymi wskaźnikami: nadużywaniem substancji psychoaktywnych a innymi zachowaniami problemowymi oraz problemami ze zdrowiem psychicznym. Odsetki w odniesieniu do liczebności całej badanej grupy (n=1471)

Relationship between analyzed indicators: drug abuse, other problem behaviours and symptoms of poor mental health. Sample size n=1471



Tabela 5.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych a inne zachowania problemowe oraz symptomy złego stanu zdrowia psychicznego

Substance abuse, other risk behaviours and symptoms of poor mental health

		Odsetki badanych używających i nie używających substancji psychoaktywnych w grupach wyróżnionych ze względu na przejawy innych zachowań problemowych oraz symptomy pogorszonego stanu zdrowia psychicznego					
		Narkotyki w ostatnim roku		Upijanie się w ostatnich 30 dniach		Codzienne palenie papierosów	
		Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak
Wskaźniki złego stanu zdrowia psychicznego							
Symptomy dystresu	Nie	84,2	15,8	81,1	18,9	89,7	10,3
	Tak	78,5	21,5	78,1	21,9	83,1	16,9
	chi <sup>2</sup>	7,79**		n.i.		13,44***	
Symptomy depresji	Nie	82,5	17,5	80,4	19,6	87,7	12,3
	Tak	71,7	28,3	71,7	28,3	76,1	23,9
	chi <sup>2</sup>	6,75**		4,04*		10,37**	
Negatywna samoocena zdrowia psychicznego	Nie	82,9	17,1	80,4	19,6	88,9	11,1
	Tak	76,7	23,3	77,5	22,5	77,9	21,1
	chi <sup>2</sup>	5,50*		n.i.		22,64***	
Zachowania ryzykowne							
Przemoc wobec innych (fizyczna lub psychiczna)	Nie	90,6	9,4	90,8	9,2	93,6	6,4
	Tak	73,2	26,8	69,1	30,9	80,5	19,5
	chi <sup>2</sup>	74,23***		108,53***		55,26***	
Zachowania sprzeczne z prawem	Nie	91,1	8,9	87,6	12,4	92,9	7,1
	Tak	67,4	32,6	67,8	32,2	77,9	22,1
	chi <sup>2</sup>	131,89***		85,85***		69,62***	

\*\*\* oznacza poziom istotności  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; wyodrębnione pola oznaczają słabe lub nie istotne statystycznie związki pomiędzy zmiennymi

nadużywają substancji psychoaktywnych i jednocześnie zachowują się ryzykownie w inny sposób oraz przejawiają symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego. W przypadku 44% uczniów z badanej grupy zachodziły na siebie co najmniej dwa obszary problemów. Współwystępowanie różnego typu problemów może stanowić kryterium wyróżniania grupy młodzieży szczególnie zagrożonej. W świetle uzyskanych wyników wielkość tej grupy można oszacować w przedziale 13–44%.

Naszą wiedzę na temat relacji pomiędzy nadużywaniem substancji a innymi problemami doświadczanymi przez młodzież wzbogaciły wyniki przeprowadzonych kolejnych testów chi-kwadrat dla par zmiennych. Jak widać w tabeli 5, wysokie wartości statystyk, świadczące prawdopodobnie o silnych związkach, dotyczą relacji pomiędzy grupą zmiennych opisujących nadużywanie substancji a zmiennymi opisującymi inne zachowania problemowe: przemoc wobec innych i zachowania sprzeczne z prawem. Najsilniejsze związki uwidoczniły się pomiędzy używaniem narkotyków w ostatnim roku a zachowaniami sprzecznymi z prawem. Jeśli w grupie osób popełniających wykroczenia ponad 30% stanowiły osoby, które w ostatnim

roku sięgnęły po narkotyki, to w grupie tych nie popełniających wykroczeń jedynie 9% używało narkotyków. Podobnie silne związki możemy zaobserwować pomiędzy upijaniem się a przemocą wobec innych.

Na tym tle związki pomiędzy miarami używania substancji psychoaktywnych a wskaźnikami zdrowia psychicznego wydają się dużo słabsze. W przypadku upijania się zależności te w większości są nieistotne, a związki pomiędzy używaniem narkotyków a wskaźnikami zdrowia psychicznego niewiele przekraczają próg istotności statystycznej. Najwyższa wartość współczynnika chi-kwadrat dotyczy związku pomiędzy codziennym paleniem papierosów a samooceną zdrowia psychicznego – w grupie osób oceniających negatywnie stan swego zdrowia psychicznego są dwukrotnie wyższe odsetki palących codziennie (21 do 11%).

### Czynniki związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych

Kolejnym krokiem w analizie związków pomiędzy zmiennymi było przeprowadzenie kilku analiz regresji (logistycznych, krokowych, ze statystyką Walda), w których uwzględniano szeroką grupę zmiennych – potencjalnych predyktorów używania substancji psychoaktywnych.

W pierwszej z przeprowadzonych analiz zmienną wyjaśnianą był złożony wskaźnik określający nadużywanie jakichkolwiek substancji psychoaktywnych, czyli codzienne palenie papierosów, upijanie się lub używanie w ostatnim roku narkotyków.

Najsilniejszymi czynnikami wyjaśniającymi nadużywanie substancji były zmienne opisujące wpływy rówieśnicze – uczestniczenie w spotkaniach młodzieżowych, w trakcie których pito alkohol lub używano środków narkotyzujących. Uczestniczenie w takich spotkaniach, jak widać w tabeli 6, ponad dwu-

Tabela 6.

Wyniki analizy regresji logistycznej (krokowej ze statystyką Walda, n=1400). Zmienna objaśniana: „nadużywanie substancji” (papierosy, alkohol lub narkotyki). Zmienne włączane były do równania regresji, jeśli zwiększały moc predykcyjną modelu ( $p < 0,05$  dla statystyki Walda)

The results of logistic regression analysis (stepwise, with the Wald statistics, n=1400). Explained variable: “drug abuse” (cigarette, alcohol or any illegal drugs). Variables were included into equation of regression, if they increased prediction of the model ( $p < 0,05$  for Wald statistics)

Model pozwala prawidłowo przewidywać nadużywanie substancji wśród 82,5% badanych The model correctly predicts drug abuse at 82,5% subjects					
Zmienne objaśniające i kategorie referencyjne	Wald	Sig	EXP(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Towarzystwo alkoholowe (często)	112,252	0,000	2,098	1,829	2,407
Towarzystwo narkotykowe (często)	93,576	0,0000	2,156	1,845	2,518
Rodzice – palenie papierosów (częste)	5,726	0,017	1,124	1,021	1,237
Wiek (nie opóźnieni)	11,274	0,001	0,367	0,204	0,659
Zachowania sprzeczne z prawem (nie)	4,359	0,037	0,708	0,512	0,979
Przemoc wobec innych (nie)	15,582	0,000	0,521	0,377	0,720
Wartość stała	82,672	0,000	0,025		

Tabela 7.

Wyniki analizy regresji logistycznej (krokowej ze statystyką Walda, n=1400). Zmienna objaśniana: „używanie narkotyków” (w ostatnim roku). Zmienne włączane były do równania regresji, jeśli zwiększały moc predykcyjną modelu ( $p < 0,05$  dla statystyki Walda)

The results of logistic regression analysis (stepwise, with the Wald statistics, n=1400). Explained variable: Illegal “drug use” (last year). Variables were included into equation of regression, if they increased prediction of the model ( $p < 0,05$  for Wald statistics)

Model pozwala prawidłowo przewidywać używanie narkotyków wśród 89,1% badanych The model correctly predicts drug use at 89,1% subjects					
Zmienne objaśniające i kategorie referencyjne	Wald	Sig	EXP(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Towarzystwo alkoholowe (często)	16,426	0,000	1,450	1,211	1,735
Towarzystwo narkotykowe (często)	132,017	0,000	2,656	2,248	3,138
Codziennie palenie papierosów (nie)	31,605	0,000	0,273	0,174	0,429
Zachowania sprzeczne z prawem (nie)	8,816	0,003	0,552	0,373	0,817
Wartość stała	67,403	0,000	0,023		

Tabela 8.

Wyniki analizy regresji logistycznej (krokowej ze statystyką Walda, n=1400). Zmienna objaśniana: „upijanie się” (w ostatnich 30 dniach). Zmienne włączane były do równania regresji, jeśli zwiększały moc predykcyjną modelu ( $p < 0,05$  dla statystyki Walda)

The results of logistic regression analysis (stepwise, with the Wald statistics, n=1400). Explained variable: “drunkenness” (last 30 days). Variables were included into equation of regression, if they increased prediction of the model ( $p < 0,05$  for Wald statistics)

Model pozwala prawidłowo przewidywać upijanie się wśród 83,2% badanych The model correctly predicts drunkenness at 83,2% subjects					
Zmienne objaśniające i kategorie referencyjne	Wald	Sig	EXP(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Towarzystwo alkoholowe (często)	91,739	0,000	2,124	1,821	2,478
Towarzystwo narkotykowe (często)	21,287	0,000	1,360	1,194	1,550
Codziennie palenie papierosów (nie)	7,758	0,005	0,561	0,374	0,843
Przemoc wobec innych (nie)	13,739	0,000	0,507	0,354	0,726
Płeć (chłopcy)	5,933	0,015	1,521	1,085	2,131
Wartość stała	104,457	0,000	0,014		

krotnie zwiększa ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych. Świadczą o tym wartości tzw. „ilorazu szans” (oznaczone w tabeli jako exp (B)) przekraczające w przypadku tych zmiennych wartość 2. Istotnymi czynnikami, które znalazły się w równaniu regresji były także: palenie papierosów przez rodziców, opóźnienie uczniów w nauce, zachowania sprzeczne z prawem i przemoc fizyczna lub psychiczna wobec innych.

W następnych analizach regresji zmiennymi wyjaśnianymi były kolejne zmienne opisujące używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych. Niezmiennie

Tabela 9.

Wyniki analizy regresji logistycznej (krokowej ze statystyką Walda,  $n=1400$ ). Zmienna objaśniana: „codzienne palenie papierosów”. Zmienne włączone były do równania regresji, jeśli zwiększały moc predykcyjną modelu ( $p<0,05$  dla statystyki Walda)

The results of logistic regression analysis (stepwise, with the Wald statistics,  $n=1400$ ). Explained variable: “everyday smoking”. Variables were included into equation of regression, if they increased prediction of the model ( $p<0,05$  for Wald statistics)

Model pozwala prawidłowo przewidywać palenie papierosów wśród 89,7% badanych The model correctly predicts cigarette smoking at 89,7% subjects					
Zmienne objaśniające i kategorie referencyjne	Wald	Sig	EXP(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Towarzystwo alkoholowe (często)	27,824	0,000	1,707	1,399	2,082
Towarzystwo narkotykowe (często)	19,339	0,000	1,470	1,238	1,746
Rodzice – picie alkoholu (częste)	13,308	0,000	0,671	0,542	0,832
Rodzice – palenie papierosów (częste)	8,450	0,004	1,194	1,060	1,346
Samoocena zdrowia psychicznego (<14 złych dni)	17,744	0,000	0,380	0,242	0,596
Upijanie się (ostatnie 30 dni) (nie)	5,259	0,022	0,608	0,397	0,930
Używanie środków narkotyzujących (ostatni rok) (nie)	28,861	0,000	0,283	0,179	0,448
Wiek (młodszy, nie opóźnieni)	11,032	0,001	0,357	0,195	0,656
Wartość stała	4,643	0,031	0,238		

najsilniejszymi czynnikiem, związanym z upijaniem się, sięganiem po narkotyki i codziennym paleniem papierosów, pozostawało uczestniczenie w spotkaniach młodzieżowych, w trakcie których pito alkohol lub używano środków narkotyzujących. Wyniki wskazują także, że upijanie się jest bezpośrednio związane z przemocą wobec innych, a sięganie po narkotyki – z zachowaniami sprzecznymi z prawem (tab. 7 i 8).

Kiedy zmienną wyjaśnianą było codzienne palenie papierosów (tab. 9), w równaniu regresji znalazła się dość szeroka pula czynników. Oprócz zmiennych „rówieśniczych”, istotne znaczenie miały zmienne „rodzicielskie” – palenie papierosów i częstość picia alkoholu przez rodziców, a także opóźnienie w nauce. Z codziennym paleniem papierosów przez uczniów wiązało się również upijanie się i sięganie po inne substancje psychoaktywne. Ponadto jedynie w przypadku palenia papierosów możemy mówić o bezpośrednich związkach pomiędzy symptomami zaburzeń zdrowia psychicznego a nadużywaniem substancji psychoaktywnych – w równaniu regresji znaczącym czynnikiem dla codziennego palenia papierosów była negatywna ocena stanu własnego zdrowia psychicznego.

## DYSKUSJA

Okolo połowa badanych gimnazjalistów przejawiała różnego rodzaju problemy dotyczące zdrowia psychicznego. Symptomy depresji, stresu psychologicznego, negatywne oceny stanu własnego zdrowia psychicznego częściej widoczne były u dziewcząt niż u chłopców. Uzyskane wyniki wskazują, że u części młodzieży problemy

emocjonalne, napięcie z powodu stresu czy przygnębienie nie miały tylko incydentalnego charakteru, ale utrzymywały się przez dłuższy czas. W związku z tym można ocenić, że z tego powodu zdrowie psychiczne blisko 1/5 badanych (19%) może być poważnie zagrożone. Zbliżone szacunki w przedziale 15–25%, choć przy innej operacjonalizacji zmiennych, można znaleźć w różnych pracach polskich i zagranicznych autorów (5, 23, 27, 28, 29, 30).

Analizowano także rozpowszechnienie tzw. „zachowań ryzykownych” wśród młodzieży. Okazało się, że bardzo powszechna była przemoc – około połowa badanych angażowała się w bójki lub w inne formy przemocy wobec innych osób na terenie szkoły, przynajmniej raz w ostatnim roku. Dość powszechne były zachowania sprzeczne z prawem charakteryzujące 40% uczniów, a wśród nich – szczególnie niszczenie celowo czyjejś własności oraz drobne kradzieże (blisko 25% badanych).

Tak duże rozpowszechnienie zachowań sprzecznych z prawem jest dość zaskakujące tym bardziej, że w badaniach z czerwca 2004 r. na próbie 15-letniej młodzieży warszawskiej, przy zastosowaniu podobnego zestawu pytań ankietowych, uzyskaliśmy znacznie niższy wynik dla całej grupy – ok. 25% (2). Różnice pomiędzy wynikami obu badań uwiadcniają się głównie w przypadku dziewcząt: jakiegokolwiek zachowania sprzeczne z prawem w badaniach mokotowskich charakteryzowały 36% dziewcząt, a w badaniach próby z całej Warszawy – 16% dziewcząt. Mamy więc do czynienia albo z mało precyzyjnym pomiarem, albo też młodzież z Mokotowa, Wilanowa i Ursynowa różni się wyraźnie pod tym względem od ogólnej populacji młodzieży warszawskiej. Dla interpretacji takich różnic w wynikach pewne znaczenie mogą mieć różnice w terminach obu badań i w wieku badanych uczniów. W badaniach mokotowskich młodzież była średnio o sześć miesięcy młodsza, niż w badaniach na próbie warszawskiej. Jeśli w trakcie nauki w trzeciej klasie gimnazjum zachowania związane z przemocą stają się mniej powszechne (niestety nie wiemy, czy taka jest prawidłowość), mogłoby to tłumaczyć w jakiejś mierze różnice w wynikach badań. I w końcu możliwa jest i taka hipoteza, że mamy do czynienia z gwałtownym zwiększaniem się rozpowszechnienia zachowań sprzecznych z prawem w badanej populacji 15-letniej młodzieży. Hipoteza ta wydaje się dość wątpliwa. Badano bowiem kolejne roczniki 15-latków, oba badania dzieliło zaledwie kilka miesięcy. Tak gwałtowne narastanie rozpowszechnienia przemocy wydaje się mało prawdopodobne. Z drugiej strony, w ostatnich latach pojawiały się jednak doniesienia mówiące o może nie tak dynamicznym, ale wyraźnym narastaniu rozpowszechnienia zachowań problemowych, szczególnie wśród dziewcząt (31, 32).

Ponad 30% badanych nadużywało substancji psychoaktywnych: upijało się, paliło codziennie papierosy lub sięgało (w ostatnim roku) po środki narkotyzujące. Tego typu zachowania bardzo wyraźnie wiązały się z innymi zachowaniami ryzykownymi. Wielokrotnie w różnych badaniach wykazywano takie związki (7). Natomiast korelacje pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych a symptomami zaburzeń zdrowia psychicznego nie były tak silne i bezpośrednie. Może to stanowić argument na rzecz traktowania zachowań problemowych i samopoczucia psychicznego jako dwóch osobnych wymiarów zdrowia psychicznego. Ma to zresztą swoją

tradycję w literaturze przedmiotu i badaniach empirycznych, w których analizowane są wskaźniki eksternalizacyjne i internalizacyjne zaburzeń zdrowia psychicznego (1, 2, 30).

Z przeprowadzonych analiz wyłania się dość ciekawy, szczegółowy obraz związków pomiędzy różnymi obszarami problemowymi. Warto zwrócić uwagę na fakt, że blisko połowa badanej grupy (44%) przejawiała problemy z co najmniej dwóch obszarów, a 13% – w trzech, a więc symptomy złego samopoczucia psychicznego, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz inne zachowania problemowe (przemoc lub zachowania sprzeczne z prawem).

Z całą pewnością nakładanie się różnych problemów jest zjawiskiem niekorzystnym i stanowi istotne zagrożenie dla zdrowia psychicznego części młodzieży. Wynika stąd potrzeba tworzenia adekwatnego systemu pomocy i wsparcia. Wczesna identyfikacja tego typu problemów i pomoc psychologiczna, czasem psychiatryczna, może uchronić młodych ludzi przed dalszą eskalacją problemów – próbami samobójczymi, rozwojem zaburzeń depresyjnych i lękowych, problemami dotyczącymi nadużywania substancji psychoaktywnych, urazami fizycznymi i psychicznymi jakie towarzyszą przemocy czy konsekwencjami prawnymi i społecznymi wykroczeń. Opisywane tu problemy mają także wymiar społeczny, dotyczą bowiem znaczącej grupy badanej populacji młodzieży i przynajmniej częściowo są społecznie uwarunkowane. Wskazuje to na potrzebę przeciwdziałania problemom młodzieży również na poziomie społecznym, instytucjonalnym. Ważną rolę mogą tu odegrać programy wczesnej profilaktyki adresowane do młodzieży, ukierunkowane na ograniczenie używania substancji psychoaktywnych, przemocy, uczące rozwiązywania konfliktów interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem. Widoczna jest potrzeba zintensyfikowania oddziaływań wychowawczych w celu ograniczenia zachowań młodzieży związanych z wykroczeniami. Jednym z kierunków takiej pracy może być pomoc w kształtowaniu silnego systemu wartości, włączanie młodzieży w aktywność społeczną, jako alternatywę zachowań problemowych (33).

Ważną rolę mogą spełniać działania skierowane do rodziców, ukierunkowane na pomoc w rozwijaniu dobrych relacji z dorastającymi dziećmi, a także informujące o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących dzieci przed rozwojem zachowań problemowych czy symptomów złego stanu zdrowia psychicznego.

Prowadząc przyszłe badania nad czynnikami ryzyka, warto zwrócić uwagę na rolę palenia papierosów w rozwoju zachowań problemowych. W naszych badaniach okazało się bowiem, że codzienne palenie papierosów przez dorastających zwiększa ryzyko upijania się oraz sięgania po narkotyki. Z drugiej strony, czynnikiem ryzyka dla używania substancji psychoaktywnych i występowania innych zachowań problemowych jest częste palenie papierosów przez rodziców. Podobne prawidłowości możemy znaleźć w wynikach badań dotyczących etapów w sięganiu po substancje psychoaktywne przez młodzież, których prekursorem była Kandel (9, 10).

Istotnym czynnikiem dla rozwoju zachowań problemowych wśród młodzieży, oprócz negatywnych wpływów społecznych ze strony środowiska rodzinnego (np. nałogowe palenie papierosów i częste picie alkoholu przez rodziców) i rówieśniczego (np. spotkania z kolegami używającymi substancji psychoaktywnych), może być

złe samopoczucie psychiczne (34). W naszych badaniach uwidoczniły się związki pomiędzy negatywną oceną własnego stanu zdrowia psychicznego a codziennym paleniem papierosów. Dane te mogą wyjaśniać w pewnej mierze hipotetyczny mechanizm nasilania się zachowań problemowych u dziewcząt. Właśnie one, częściej niż chłopcy, sygnalizują złe samopoczucie psychiczne (2). Stąd może wynikać tendencja do sięgania po papierosy, a w ślad za codziennym paleniem papierosów zwiększa się ryzyko nadużywania innych substancji i angażowania się w inne zachowania ryzykowne – związane ze stosowaniem przemocy czy sprzeczne z prawem.

Prezentowane badania miały przekrojowy charakter i na ich podstawie nie możemy mówić o związkach przyczynowych między zmiennymi. Pula czynników w analizach regresji była dość wąska, ponieważ badania miały głównie charakter epidemiologiczny. W związku z tym rozważania na temat etiologii zachowań problemowych mają hipotetyczny charakter, a obszar ten wymaga przede wszystkim badań longitudinalnych.

Pewne zastrzeżenia może budzić konstrukcja wskaźnika opisującego nadużywanie substancji psychoaktywnych. Niewielka liczba pytań ankietowych dotyczących tego obszaru ograniczała tu pole manewru. Planując badania można było co prawda ją zwiększyć, ale mogłoby to zaburzyć porównywalność wyników kolejnych edycji badań mokotowskich.

## WNIOSKI

1. Zdrowie psychiczne ok. 17–19% badanych uczniów jest zagrożone z powodu objawów depresji lub innych problemów emocjonalnych, doświadczanych przez dłuższy czas (przez jeden, a w większości co najmniej przez dwa tygodnie) w ostatnim miesiącu przed badaniem. Objawy te w większym stopniu dotyczyły dziewcząt (ponad 25%) niż chłopców (nieco powyżej 10%).

2. Skala rozpowszechnienia zachowań ryzykownych wśród młodzieży wydaje się bardzo duża: w ostatnim roku połowa badanych brała udział w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych, 40% manifestowało zachowania sprzeczne z prawem, 30% osób nadużywało substancji psychoaktywnych: upiło się w ostatnim miesiącu, codziennie paliło papierosy lub używało narkotyków (przynajmniej raz w ostatnim roku).

3. Stwierdzono istotne statystycznie związki pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież a innymi zachowaniami problemowymi: stosowaniem przemocy i zachowaniami sprzecznymi z prawem. Ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych przez młodzież zwiększa nałogowe palenie papierosów przez rodziców, a w największym stopniu – uczestniczenie w spotkaniach z rówieśnikami pijącymi alkohol lub używającymi narkotyków.

4. Codzienne palenie papierosów przez dorastających zwiększa ryzyko upijania się oraz sięgania po narkotyki.

5. Istotnym czynnikiem w procesie rozwoju zachowań problemowych młodzieży mogą być zaburzenia zdrowia psychicznego (stres, przygnębienie, problemy emo-

cyjonalne). Zwiększają one ryzyko codziennego palenia papierosów, ale nie mamy podstaw, by twierdzić, że są bezpośrednio związane z upijaniem się i używaniem środków narkotyzujących. Obszar ten wymaga dalszych badań.

## PIŚMIENNICTWO

1. Adalf EM, Pagila A (2001) *The mental health-being of Ontario students. Findings from the OSDUS 1991-1999*. Ontario: Centre for Addiction and Mental Health.
2. Bobrowski K, Czabała JC, Brykczyńska C (2005) Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (4), 285-292.
3. Ostaszewski K (2005) Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży. W: Deptuła M (red.) *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 111-137.
4. Stepień E (2001) Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnesticzne). *Alkoholizm i Narkomania*, 14 (3), 407-419.
5. Woynarowska B, Mazur J (2005) *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej 2001/2002*. Warszawa: Wydział Pedagogiczny UW.
6. Hawkins J, Catalano R, Miller J (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
7. Jessor R (red.) (1998) *New perspectives on adolescents risk behavior*. New York: Cambridge University Press.
8. Kumpfer K (1990) Prevention of Alcohol and Drug Abuse: A Critical Review of Risk Factors and Prevention Strategies. *Prevention of Mental Disorders, Alcohol, and Other Drug Use in Children and Adolescents. OSAP Prevention Monograph-2*, Rockville: U.S. Department of Health and Human Service, 309-371.
9. Kandel DB (red.) (2002) *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis*. New York: Cambridge University Press.
10. Kandel DB, Faust R (1975) Sequence and Stages in Patterns of Adolescent Drug Use. *Archives of General Psychiatry*, 32, 923-932.
11. Jessor R (1987) Problem-Behaviour Theory, Psychosocial Development, and Adolescent Problem Drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331-342.
12. Garnezy N (1985) Stress-resistant children: the search for protective factors. W: Stevenson J (red.) *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford: Pergamon Press, 213-234.
13. Rutter M (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
14. Czabała JC (red.) (2000) *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i pomocja*. Warszawa: IPiN.
15. Hosman C, Lopus JE (2001) *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe*. Report for European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 29-41.
16. Woynarowska B, Sokołowska M (red.) (2000) *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*. Warszawa: KOWEZ, s.15.



17. Frączek A, Stepien E (1991) *Kwestionariusz „Ty i Zdrowie”*. Warszawa: IPiN.
18. Woynarowska B (red.) (2003) *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. Raport z badań*. Warszawa: Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka.
19. Wolniewicz-Grzelak B, Ostaszewski K (1983) Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających. *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 4 (52), 68–82.
20. Ostaszewski K, Bobrowski K, Borucka A, Kocoń K, Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A (2005) *Raport techniczny z realizacji projektu badawczego pn: Monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych oraz wskaźników innych wybranych aspektów zdrowia psychicznego u młodzieży szkolnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
21. Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A (2001) Poczucie własnej skuteczności a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Badania pilotażowe. *Alkoholizm i Narkomania*, 14 (4), 565–577.
22. Bobrowski K (2002) Poczucie koherencji oraz inne zasoby odpornościowe a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Badania pilotażowe. *Alkoholizm i Narkomania*, 15 (2), 221–239.
23. Czabała JC, Brykczyńska C, Ostaszewski K, Bobrowski K (2005) Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (1), 1–9.
24. Goldberg D, Williams P (2001) Podręcznik dla użytkowników Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia. W: Dudek B (red.) *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga*. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy, 15–189.
25. Radloff L (1977) The CES-D scale: A self-report depression from research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
26. Center for Disease Control and Prevention Self-reported Frequent Mental Distress Among Adults – United States, 1993–1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1998, 47 (6) 325–331.
27. Mc Gee R, Feehan M, Williams S, Partridge F, Silva PA, Kelly J (1990) DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (4), 611–619.
28. Rabe-Jabłońska J (2001) Dziecięce zaburzenia lękowe. Epidemiologia, czynniki ryzyka, zasady rozpoznawania, przebieg, współchorobowość, leczenie, zapobieganie. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży*, 1 (3), 203–208.
29. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28 (1), 109–126.
30. Wolańczyk T (2002) *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna.
31. Mazur J (2004) Międzynarodowe badania zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (HBSC) jako źródło informacji o zachowaniach problemowych dorastających dziewcząt.

- W: *Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, 107–112.
32. Czapiński J, Panek T (red.) (2006) *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania .
  33. Bobrowski K, Okulicz-Kozaryn K (2004) Modelowe programy profilaktyczne dla młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych. W: *Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, 17–25.
  34. Horn K, Dino G, Kalsekar I, Massey CJ, Manzo-Tennant K, McGloin T (2004) Exploring the relationship between mental health and smoking cessation: A study of rural teens. *Prevention Science*, June, 5 (2), 113–126.

Adres do korespondencji

Krzysztof Bobrowski

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Pracownia „Pro-M”

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

tel. (022) 4582 887

e-mail kbob@ipin.edu.pl