



# **Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010**

**Joanna Mazur**

## ZDROWIE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE MŁODZIEŻY SZKOLNEJ NA PODSTAWIE BADAŃ HBSC 2010

*Joanna Mazur*

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

### **Wstęp**

Mające w Europie już prawie 30-letnią tradycję, badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study*) stanowią szeroko zakrojony projekt badawczy ukierunkowany na śledzenie zmian w zakresie zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej. Na poziomie kraju badania HBSC dostarczają szeregu wskaźników zalecanych do monitorowania Narodowego Programu Zdrowia (2007–2015), a w szczególności do monitorowania realizacji celu operacyjnego 8: „*Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży*”.

HBSC jest międzynarodową siecią naukowców, zrzeszającą obecnie 43 kraje. Są to kraje zaliczane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) do europejskiego regionu oraz Kanada i USA. Informacje na temat sieci HBSC można uzyskać na stronie [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org). Europejskie Biuro WHO jest w sieci HBSC partnerem, wydającym i rozpowszechniającym międzynarodowe raporty z kolejnych serii badań.

Głównym zadaniem zespołów z krajów członkowskich sieci HBSC jest prowadzenie na terenie szkół cyklicznych badań ankietowych uczniów. Polska brała udział w ich sześciu kolejnych seriach w latach: 1990, 1994, 1998, 2002, 2006 i 2010. Obecnie trwają już prace nad międzynarodowym protokołem do badań planowanych na rok szkolny 2013/14. Anonimowym badaniem ankietowym objęte są trzy roczniki szkolne, co w Polsce odpowiada klasom: V szkoły podstawowej (dalej używamy określenia 11-latki) oraz I i III gimnazjum (13- i 15-latki).

Międzynarodowym koordynatorem badań jest obecnie prof. Candace Currie z Uniwersytetu St. Andrews w Szkocji, a krajowym koordynatorem badań w Polsce – dr Joanna Mazur z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. W Polsce badania te zostały

---

zainicjowane i do maja 2004 r. kierowane były przez prof. Barbarę Wojnarowską (obecnie Wydział Pedagogiczny UW).

Szczególne zalety badań HBSC to:

- Stosowanie wspólnego dla wszystkich krajów, standardowego kwestionariusza, zawierającego pytania o udowodnionej trafności i rzetelności;
- Przeprowadzanie badań w tym samym czasie i w tych samych grupach wieku;
- Powtarzalny charakter badań, który umożliwia dla wybranych zmiennych śledzenie tendencji zmian w czasie;
- Interdyscyplinarny charakter grupy badawczej i wielowątkowy kwestionariusz, co pozwala na ocenę stanu zdrowia i stylu życia młodzieży szkolnej w szerokim kontekście psychospołecznych uwarunkowań;
- Dynamiczny charakter badań, uwzględniający pojawianie się nowych problemów i nowych podejść do pomiaru zdrowia dzieci i młodzieży.

Do tej pory opracowano 23 krajowe raporty zawierające wyniki kolejnych serii badań HBSC, trzy prace doktorskie oraz blisko 160 artykułów naukowych i popularnonaukowych. Ostatnio, około pół roku po zakończeniu kolejnej serii badań podstawowe zestawienia tabelaryczne są powszechnie udostępniane w formie elektronicznej na stronie internetowej Instytutu Matki i Dziecka – [http://www.imid.med.pl/klient2/pliki/hbsc\\_rap1.pdf](http://www.imid.med.pl/klient2/pliki/hbsc_rap1.pdf).

W poniższym opracowaniu, nawiązując do tytułu konferencji „Nowe wyzwania w wychowaniu i profilaktyce”, starano się scharakteryzować problemy zdrowotne młodzieży szkolnej, przedstawiając najważniejsze wskaźniki. Jednocześnie położono nacisk na wyłaniające się nowe problemy i nowe kierunki analiz, które mogą wspomagać działania profilaktyczne. W opracowaniu nawiązano do wielu wydanych w ciągu ostatnich 2 lat publikacji prezentujących wyniki badań HBSC 2010.

### **Badane osoby**

Dane dotyczą 4571 uczniów w wieku od 10,5 do 16,5 lat, uczestniczących w badaniach HBSC 2010. Liczebność poszczególnych roczników wynosiła: V klasa szkoły podstawowej – 1550; I klasa gimnazjum – 1650; III klasa gimnazjum – 1551 osób. W badaniach uczestniczyły szkoły z ośmiu województw: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, łódzkie, mazowieckie, podkarpackie, śląskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie. Próba była zrównoważona pod względem płci (2340 chłopców i 2411 dziewczynek).

Mieszkańcy dużych miast (pow. 50 tys.), małych miast i wsi stanowili odpowiednio: 42,3%; 23,2% i 34,65% ankietowanych.

### Zdrowie i rozwój

Obecnie poważnym problemem zdrowotnym polskich uczniów jest nadwaga i otyłość. Według wydanego w maju 2012 roku międzynarodowego raportu z badań HBSC, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbcs-study>, odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała jest w Polsce większy niż w większości krajów europejskich. Szczególnie wysokie odsetki notowane są w młodszych grupach wieku (tab.1). Przyjmując za podstawę wskaźnik masy ciała BMI (*Body Mass Index*) oraz ujednolicone kryteria definiowania nadwagi (wg IOTF – *International Obesity Task Force*), w latach 2002–2010 stwierdzono rosnący odsetek uczniów z nadwagą (tab.1).

W związku, z tym w polskim zespole realizującym badania HBSC zainicjowano szereg szczegółowych analiz poświęconych uwarunkowaniom nadmiaru masy ciała. Między innymi stwierdzono, że:

- Zmiany wzorców spędzania wolnego czasu mogą częściowo tłumaczyć nasilającą się epidemię otyłości wśród polskich uczniów. Wysoka aktywność fizyczna nie zawsze jest w stanie zrównoważyć niekorzystny wpływ zajęć sedenteryjnych (realizowanych w pozycji siedzącej). Szczególnie niekorzystne jest nadmierne przesiadywanie przy komputerze („Przeгляд Epidemiologiczny” 2012; 66:503-508).
- Młodzież z nadwagą lub otyłością narażona jest na szereg negatywnych skutków zdrowotnych. Na niektóre nie zwracano do tej pory uwagi. W świetle danych HBSC, w latach 2006–2010 stwierdzono współwystępowanie u młodzieży gimnazjalnej tendencji wzrostowej nadwagi lub otyłości oraz urazów wymagających pomocy medycznej („Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012; 93(2): 298-303).

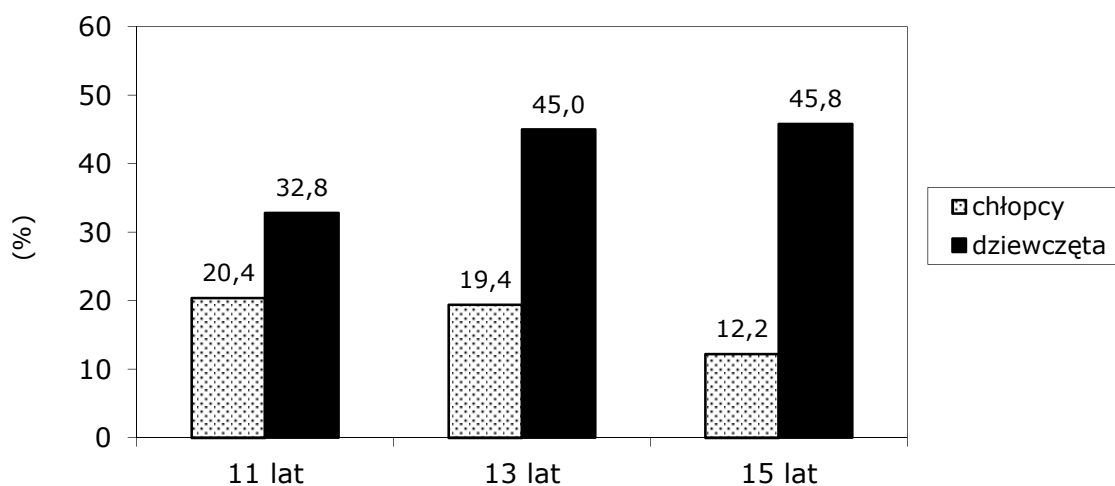
**Tabela 1. Odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała (wg IOTF) w latach 2002-2012**

Rok	Płeć	Grupa wieku		
		11-latki	13-latki	15-latki
2002	chłopcy	20,8	16,9	11,7
	dziewczęta	16,5	10,3	9,2

2006	chłopcy	21,2	17,1	15,8
	dziewczęta	15,9	10,6	8,6
2010	chłopcy	25,4	21,9	17,5
	dziewczęta	17,9	14,7	11,1

Kwestionariusz HBSC 2010 zawierał też pytanie dotyczące subiektywnej oceny masy ciała: *Gdy myślisz o swojej masie ciała, to sądzisz, że jesteś: zdecydowanie za szczupły; trochę za szczupły; w sam raz; trochę za gruby; zdecydowanie za gruby.*

Wysoki odsetek chłopców i dziewcząt uważających się za zbyt grubych, tylko częściowo znajduje potwierdzenie w rzeczywistej nadwadze. Odsetek oceniających swoją masę ciała, jako *w sam raz* jest dużo mniejszy od odsetka młodzieży z prawidłową masą ciała według wskaźnika BMI. Jeżeli analizowaną grupę ograniczy się do osób z masą ciała prawidłową lub poniżej normy, nadal prawie połowa uczennic gimnazjum uważa się za osoby zbyt grube (ryc.1.). Niezadowolenie ze swojego wyglądu obejmuje coraz młodsze roczniki.



**Ryc. 1. Odsetek chłopców i dziewcząt uważających, że są zdecydowanie zbyt grubi lub trochę za grubi w grupie mających BMI poniżej 85 centyla (badania HBSC 2010)**

Młodym ludziom trudno jest pogodzić się ze zmieniającym się wyglądem, znacznie w ich opinii odbiegającym od ideału szczupłej figury kobiecej i umięśnionej sylwetki męskiej. Stwarza to niebezpieczeństwo podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia – stosowania drastycznych diet odchudzających przez dziewczęta oraz sięgania po sterydy anaboliczne przez chłopców.

### **Subiektywna ocena zdrowia**

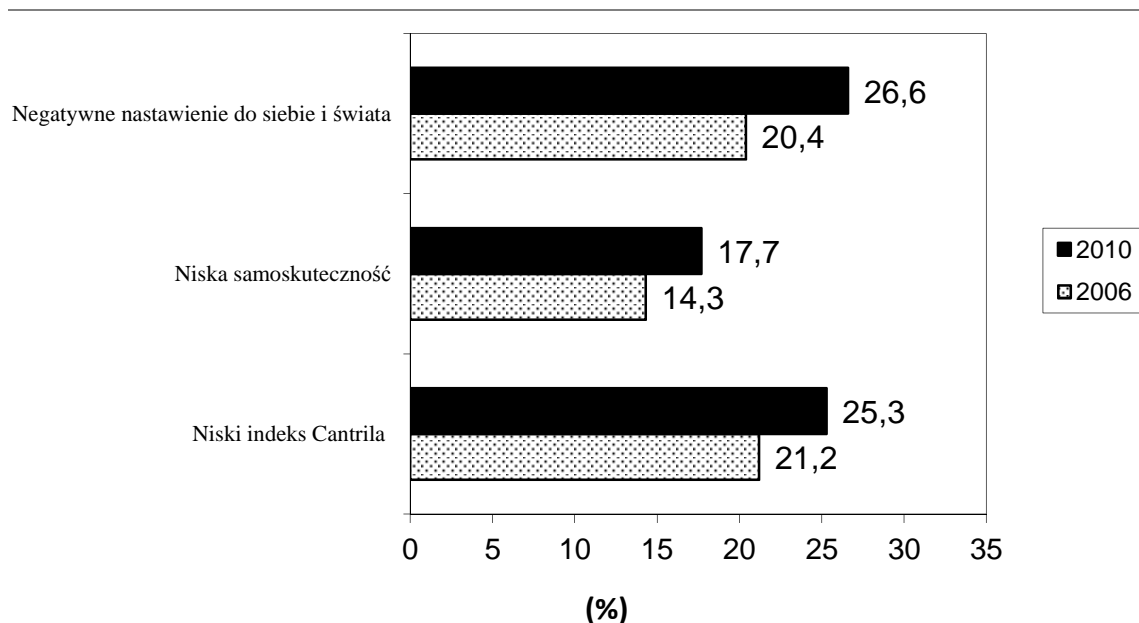
Za podstawowe wskaźniki zdrowia subiektywnego uznaje się w badaniach HBSC samoocenę zdrowia, nasilenie nieswoistych dolegliwości subiektywnych oraz dwa mierniki jakości życia związanej ze zdrowiem: ocena zadowolenia z życia w skali Cantrila i sumaryczny indeks KIDSCREEN-10. Podstawowe zestawienie dotyczące 2010 r. przedstawiono w tabeli 2. Dokładny opis odpowiednich pytań kwestionariusza znajduje się w innych opracowaniach, m.in. w cytowanym wcześniej raporcie tabelarycznym.

W zależności od przyjętego wskaźnika, płci i grupy wieku, odsetek młodzieży szkolnej sygnalizującej problemy ze zdrowiem waha się od około 10% (gorsza samoocena zdrowia u chłopców 11-letnich) do prawie 50% (powtarzające się dolegliwości subiektywne u dziewcząt 15-letnich). Prawie wszystkie wskaźniki – z wyjątkiem zespołu dolegliwości subiektywnych u chłopców – znacząco pogarszają się z wiekiem ankietowanych. Z wiekiem nasilają się też różnice zależne od płci. Biorąc pod uwagę ogólny indeks jakości życia związanej ze zdrowiem KIDSCREEN-10 stwierdza się różnicę w średniej jego wartości między dziewczętami i chłopcami rzędu 5,5% u 11-latków do 19,6% u 15-latków.

**Tabela 2. Zdrowie subiektywne młodzieży szkolnej na podstawie danych HBSC 2010**

Wskaźniki zdrowia subiektywnego	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Zdrowie gorsze niż dobre	9,8	14,4	17,2	13,8	20,4	31,0
Powtarzające się dwie lub więcej dolegliwości subiektywne	29,5	30,0	29,3	38,5	39,6	48,7
Niezadowolenie z życia (<6 punktów w skali Cantrila)	13,9	20,4	19,1	15,6	22,6	31,2
Ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (indeks KIDSCREEN-10=<50 pkt.)	10,3	19,2	20,5	15,8	26,7	40,1

Przedstawianie szczegółowych zestawień międzynarodowych przekracza ramy tego opracowania. W innych publikacjach zwrócono uwagę na bardzo niekorzystną pozycję Polski w rankingach międzynarodowych, jeśli chodzi o ogólne zadowolenie z życia (Remedium, 6/12). W grupie 39 krajów Polska zajęła jedną z ostatnich pozycji pod względem odsetka młodzieży, która jest bardzo zadowolona ze swojego życia. Gorzej było tylko w Turcji, Rumunii i na Ukrainie.



**Ryc. 2. Odsetek młodzieży szkolnej w wieku 15 lat w Polsce mającej pogorszoną kondycję psychiczną, tendencje zmian w latach 2006-2010**

Niepokojący jest też kierunek zmian. W latach 2006–2010 w grupie 15-latków stwierdzono pogorszenie nie tylko wskaźnika zadowolenia z życia w skali Cantrila, ale też szeregu pokrewnych wskaźników, co może świadczyć o ogólnie coraz gorszej kondycji psychicznej polskiej młodzieży (ryc. 2). Pogorszeniu ulegają też wskaźniki dotyczące relacji rodzinnych.

### **Podjęmowanie zachowań sprzyjających zdrowiu**

Właściwy styl życia i odpowiednie nawyki żywieniowe gwarantują zdrowie i prawidłowy rozwój fizyczny, psychospołeczny i umysłowy. Zachowania nabyte w okresie dorastania prawdopodobnie będą kontynuowane w wieku dorosłym.

W obszarze zachowań sprzyjających zdrowiu analizowano zachowania żywieniowe, higienę jamy ustnej i poziom aktywności fizycznej. Zdefiniowano osiem pozytywnych wskaźników zachowań zdrowotnych (tab. 3).

Prawidłowe odżywianie w okresie dorastania przynosi efekty bezpośrednie i pośrednie, ponieważ na bieżąco chroni przed wieloma chorobami (niedokrwistość, otyłość, próchnica), a w perspektywie całego życia zmniejsza ryzyko chorób serca i układu krążenia, chorób metabolicznych oraz nowotworów.

Za elementy zdrowego stylu życia uważa się regularne jedzenie posiłków, zwłaszcza pierwszego śniadania, spożywanie zalecanych ilości warzyw i owoców oraz ograniczanie spożycia produktów mniej zdrowych, szczególnie zawierających cukier i tłuszcz. Opuszczanie pierwszego śniadania i/lub niespożywanie posiłku w szkole wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie mózgu i ogólną sprawność fizyczną ucznia, co może prowadzić do gorszego funkcjonowania na lekcjach, w czasie zajęć sportowych na lekcjach wychowania fizycznego oraz w trakcie innych zajęć w czasie wolnym.

Kolejnym ważnym wskaźnikiem zachowań prozdrowotnych jest częstość czyszczenia zębów. Zakłada się, że próchnica zębów i inne choroby jamy ustnej są jednym z częściej występujących problemów zdrowotnych w populacji młodzieży w Polsce. Z danych międzynarodowych wynika, że występowanie tego typu problemów jest w krajach wysokorozwiniętych mniej powszechne. Biorąc pod uwagę konstrukcję pytania, za pozytywną praktykę zdrowotną przyjęto czyszczenie zębów częściej niż 1 raz dziennie.

Ważny element oceny stylu życia młodzieży szkolnej dotyczy aktywności fizycznej i sposobu spędzania wolnego czasu. Pomiar aktywności fizycznej w badaniach kwestionariuszowych jest bardzo trudny. W omawianym badaniu HBSC 2010 za podstawowy wskaźnik przyjęto MVPA (*moderate-to-vigorous physical activity*), czyli aktywność fizyczną od umiarkowanej do intensywnej, która przyspiesza czynność serca i przez jakiś czas powoduje brak tchu. Zadano pytanie pochodzące z testu przesiewowego J. Prochaski i wsp., pozwalające oszacować liczbę dni w ostatnim tygodniu (siedem dni), w których młodzież przeznaczała na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut. Pytanie to poprzedzono wstępem, wyjaśniającym pojęcie aktywności fizycznej. Obecnie przyjmuje się, że młodzież powinna ćwiczyć codziennie przez co najmniej 60 minut, czyli zalecana jest wartość MVPA=7. Kolejne pytania dotyczyły aktywności o dużej intensywności (*VPA – vigorous physical activity*) podejmowanej poza godzinami szkolnymi. Poniżej przedstawiono częstość występowania skrajnej pozytywnej odpowiedzi (*codziennie*), chociaż nie ma w tym zakresie tak wyraźnych rekomendacji, jak dla MVPA.



**Tabela 3. Podejmowanie zachowań korzystnych dla zdrowia**

Wskaźnik zachowań prozdrowotnych	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Śniadania we wszystkie dni szkolne	62,9	62,2	60,6	63,8	56,0	52,8
Owoce spożywane co najmniej 1 raz/dzień	33,5	24,5	19,8	44,4	36,6	26,4
Warzywa spożywane co najmniej 1 raz/dzień	26,1	22,1	22,0	35,3	28,6	30,2
Słodcyce nie częściej niż 1 raz/tydzień	31,2	23,2	19,4	26,6	23,2	17,8
Słodkie napoje nie częściej niż 1 raz/tydzień	38,7	26,0	25,6	48,2	41,0	43,5
Czyszczenie zębów częściej niż 1 raz/dzień	57,7	53,2	59,5	68,8	73,6	85,0
Aktywność fizyczna – MVPA=7	31,4	22,3	23,0	23,2	13,4	9,6
Intensywna aktywność fizyczna codziennie	23,3	19,3	20,2	18,9	11,5	8,1

Istnieją duże różnice zależnie od płci w częstości podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia. Dziewczęta wypadają dużo gorzej od chłopców pod względem poziomu aktywności fizycznej oraz niektórych zachowań żywieniowych (nie jedzą regularnie śniadań). Chłopcy rzadziej niż dziewczęta przyznają się do spożywania owoców lub warzyw, za to częściej piją napoje typu coca-cola. Rzadziej natomiast czyszczą zęby. Większość przedstawionych w tabeli 2 wskaźników pogarsza się z wiekiem. Poprawia się głównie higiena jamy ustnej i niektóre zachowania żywieniowe – starsza młodzież rzadziej sięga po niezdrową żywność zawierająca cukier i tłuszcz.

W zestawieniach międzynarodowych niepokoić powinna bardzo niekorzystna pozycja Polski pod względem poziomu VPA, szczególnie u 13-latków (6 miejsce od końca).

Międzynarodowy protokół badań HBSC 2010 uwzględniał też blok pytań na temat sedenteryjnego trybu życia, czyli spędzania czasu w sposób (fizycznie) bierny, przed telewizorem lub przy komputerze. Zakłada się, że umiarkowane i kontrolowane korzystanie z telewizji, a tym bardziej z komputera, ma pozytywny wpływ na rozwój dorastającej młodzieży. Posiadanie w domu co najmniej jednego komputera deklarowało 97,3% ankietowanych w Polsce uczniów. Zbyt długie przebywanie w pozycji siedzącej może jednak wpływać negatywnie na rozwój fizyczny, tym bardziej jeśli odbywa się ono kosztem zajęć ruchowych oraz jeśli zajęciom przed ekranem towarzyszy „pojadanie” niezdrowych

przekąsek. Jeżeli zaś filmy i gry komputerowe są nasycone agresją i fałszują obraz rzeczywistości, można się spodziewać negatywnych skutków dla rozwoju psychospołecznego. W związku z upowszechnieniem dostępu do komputerów, nowym zjawiskiem jest uzależnienie od komputera i Internetu, a symptomy uzależnienia pojawiają się już w okresie dorastania. Istnieją też dowody, że zajęcia przed ekranem mogą powodować zaburzenia snu i dalsze tego konsekwencje zdrowotne.

W kwestionariuszu HBSC 2010 pytano o liczbę godzin dziennie w czasie wolnym, odpowiednio w dniach szkolnych i w dniach weekendu, przeznaczoną na: oglądanie telewizji (w tym video i DVD), granie w gry komputerowe lub inne wykorzystywanie komputera (czat, internet, e-maile, odrabianie lekcji itd.). Brak jest jasnych kryteriów, jaka dawka zajęć sedenteryjnych jest szkodliwa dla zdrowia w tym wieku, tym bardziej, że różne typy aktywności się kumulują. Przyjęto robocze założenie, że niepokojącym objawem jest spędzanie przed telewizorem więcej niż 3 godzin dziennie, a przy komputerze lub grach komputerowych więcej niż 2 godzin dziennie.

**Tabela 4. Zajęcia sedenteryjne podejmowane przez młodzież szkolną**

Rodzaj zajęcia	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Oglądanie TV >3h w dniach szkolnych	25,0	27,4	20,5	19,8	24,0	21,1
Oglądanie TV >3h w dniach weekendu	45,3	50,4	40,8	43,5	50,1	47,1
Korzystanie z komputera >2h w dniach szkolnych	30,1	35,7	41,3	22,7	30,8	45,4
Korzystanie z komputera >2h w dniach weekendu	41,9	53,5	58,5	35,5	50,4	66,7
Gry komputerowe >2h w dniach szkolnych	36,4	48,1	41,3	15,7	13,5	12,4
Gry komputerowe >2h w dniach weekendu	58,8	70,6	63,2	34,8	28,8	21,8

Wyniki badań wskazują, że młodzież szkolna przeznaczą na zajęcia sedenteryjne więcej czasu w soboty i niedziele niż w dni szkolne. Chłopcy zdecydowanie częściej zajmują się grami komputerowymi, dziewczęta preferują inne wykorzystanie komputera. Zależność od wieku nie przyjmuje jednoznacznego kierunku – w wielu przypadkach niekorzystne wskaźniki obserwuje się u 13-latków. W latach 2006–2010 zaobserwowano w Polsce znaczący wzrost średniej liczby godzin spędzanych przez uczniów przy komputerze.

---

Wg zestawień z cytowanego najnowszego raportu międzynarodowego, polskie 11-latki zajęły pierwsze miejsce (najwyższy procent), wśród korzystających z komputera dwie lub więcej godzin dziennie w dniach szkolnych.

Zachowania prozdrowotne już w chwili obecnej przekładają się na lepszy stan zdrowia nastolatków. Na przykład średni indeks jakości życia KIDSCREEN-10 (przyjmujący zakres 0-100 punktów) zmienia się wyraźnie wraz z poziomem wskaźników MVPA i VPA. Indeks ten zwiększał się od 57,4 u młodzieży wcale nie ćwiczącej do 70,7 u tych, którzy ćwiczą intensywnie – 7 lub więcej godzin w tygodniu – poza zajęciami szkolnymi.

### **Zachowania ryzykowne dla zdrowia**

W badaniach przedstawiono siedem wskaźników dotyczących nadużywania substancji psychoaktywnych, kontaktów seksualnych oraz zachowań związanych z przemocą (tab.5).

Palenie tytoniu uznane jest za jeden z głównych czynników zwiększających ryzyko rozwoju chorób nowotworowych i przedwczesnej miażdżycy, a w efekcie za jedną z głównych przyczyn umieralności. Mimo, że umieralność z powodu chorób odtytoniowych dotyczy osób dorosłych, początki nałogu zazwyczaj sięgają okresu adolescencji, a wiek sięgnięcia po pierwszego papierosa stale obniża się.

Alkohol jest najczęściej stosowaną przez młodzież substancją psychoaktywną. Mimo, że nie prowadzi w tym wieku jeszcze do uzależnienia, może spowodować szereg szkód zdrowotnych i społecznych, jak:

- podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych (bez zabezpieczenia i/lub z przypadkowym partnerem);
- podejmowanie zachowań sprzyjających wypadkom (utonięcie lub uraz kręgosłupa w przypadku skoku do wody, wypadek drogowy, uraz w trakcie bójki);
- zaniedbywanie obowiązków szkolnych i utrata zainteresowań.

W bieżącym opracowaniu wykorzystano dostępne dla trzech grup wieku wskaźniki dotyczące częstości picia piwa oraz liczby epizodów upicia się w ciągu całego życia.

Przemoc w środowisku szkolnym definiowana jest jako dręczenie (ang. *bullying*). Są to świadome działania mające na celu zrobienie drugiej osobie przykrości lub krzywdy; są one systematycznie powtarzane oraz występuje w nich brak równowagi sił pomiędzy ofiarą a sprawcą (sprawcami). Protokół badania HBSC 2010 zakładał obowiązkowe

uwzględnienie dwóch pytań na temat częstości bycia ofiarą i sprawcą dręczenia w szkole, które były poprzedzone wstępem wyjaśniającym, co rozumiemy pod pojęciem dręczenia (dokuczania) innym. W pracy ograniczono się do analizy częstych przypadków bycia sprawcą *bullyingu*. Uwzględniono też pytanie o uczestniczenie w bójkach.

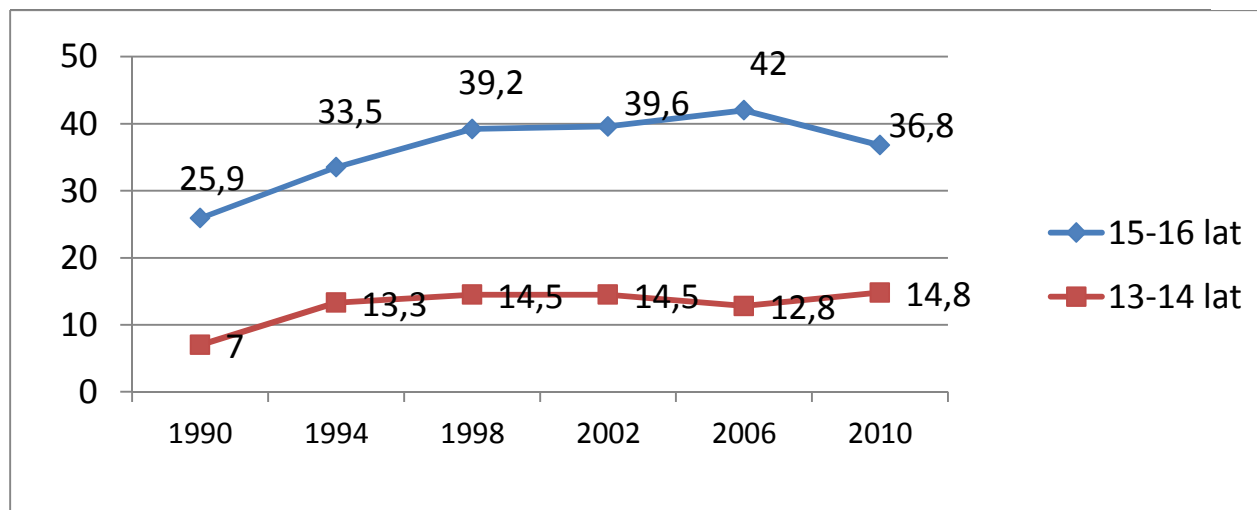
Pytania o niektóre zachowania ryzykowne zadawane były tylko w najstarszej grupie. Uczniów III klas gimnazjum pytano o używanie marihuany: w całym życiu, w ostatnim roku i w ostatnich 30 dniach. Dodatkowy blok pytań dotyczył kontaktów seksualnych. W tabeli 5 zamieszczono dwa wskaźniki odnoszące się do palenia marihuany w ostatnim roku i jeden dotyczący przejścia inicjacji seksualnej.

**Tabela 5. Podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia**

Zachowania ryzykowne dla zdrowia	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Palenie tytoniu codziennie	0,8	6,9	13,8	0,3	4,6	8,2
Picie piwa codziennie lub w każdym tygodniu	1,2	6,8	15,1	0,5	2,7	7,4
Więcej niż 1 epizod upicia się w życiu	2,5	14,8	36,7	1,3	8,7	26,6
Palenie marihuany w ostatnim roku	–	–	19,9	–	–	10,6
Inicjacja seksualna	–	–	20,0	–	–	13,7
Bycie sprawcą przemocy w szkole 2-3 razy w miesiącu lub częściej w ostatnich 2 miesiącach	15,2	14,7	17,7	5,6	8,2	4,8
Udział w bójkę więcej niż 1 raz w ostatnich 12 miesiącach	41,3	32,3	27,2	10,6	7,2	5,2

Jak można było przypuszczać, większość zachowań ryzykownych nasila się z wiekiem oraz częściej występuje u płci męskiej. Jedynie do uczestniczenia w bójkach częściej przyznają się młodsi uczniowie. Pogłębione analizy z wykorzystaniem dodatkowych pytań (HBSC 2002) wskazywały jednak, że o ile młodsi częściej biją się z rodzeństwem, o tyle starsi częściej wchodzą w stanowiące większe zagrożenie konflikty z nieznanymi.

Jeżeli jednak spojrzymy na tendencję zmian, to niepokojącym zjawiskiem jest wzrost wielu wskaźników zachowań ryzykownych w młodszych grupach wieku, szczególnie u 13-latków. Przy znaczącym spadku odsetka 15-letnich chłopców, którzy upili się więcej niż jeden raz w życiu, zaobserwowano w latach 2006–2010 dwuprocentowy wzrost odpowiedniego odsetka 13-latków (ryc.3).



**Ryc. 3. Odsetek chłopców, którzy upili się więcej niż 1 raz w życiu**

### Społeczne uwarunkowania zdrowia i zachowań związanych ze zdrowiem

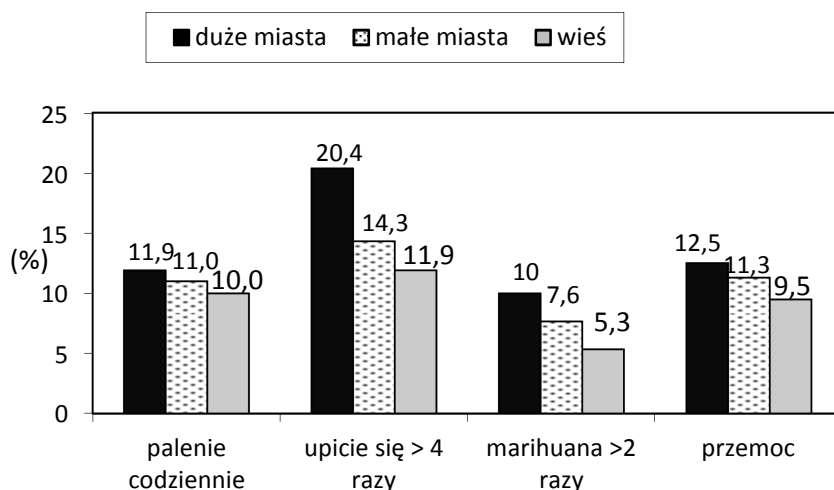
Polski zespół realizując badania HBSC wiele uwagi poświęca ostatnio społecznym uwarunkowaniom zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej. Poświęcone zostały temu tematowi trzy monografie wydane w latach 2007–2011. Przede wszystkim analizowano uwarunkowania socjoekonomiczne, które mierzone były na poziomie rodziny i miejsca zamieszkania, co jest zgodne z nurtem badan nad społecznymi nierównościami w zdrowiu.

W świetle wyników uzyskanych w 2010 r., wiele wskaźników pogarsza się w rodzinach ubogich. Pośrednio zdrowie i zachowania związane ze zdrowiem współwystępują z niższym poziomem osiągnięć szkolnych młodzieży z rodzin ubogich. W rodzinach o niższym statusie materialnym obserwuje się też gorszą komunikację dzieci z ojcem i matką, posiadanie mniejszej liczby bliskich kolegów i ogólnie negatywny stosunek do szkoły. Istnieją przykłady zachowań ryzykownych nasilających się w rodzinach zamożniejszych, co można ciągle tłumaczyć lepszymi możliwościami nabycia substancji psychoaktywnych. Analiza tendencji zmian zachowań ryzykownych w grupach społecznych, pozwala jednak sądzić, że tzw. gradient społeczny będzie się stopniowo odwracał. Zwrócić należy uwagę na przykład na wzrost częstości picia alkoholu przez dziewczęta z rodzin ubogich.

W analizach uwarunkowań zdrowia i zachowań zdrowotnych uwzględniających miejsce zamieszkania, punktem wyjścia były tradycyjnie porównania mieszkańców miast i wsi. Wiele wskaźników wykazuje niewielkie zróżnicowanie wg tego kryterium. Jeżeli występują różnice, to przeważnie na niekorzyść miast. U uczniów mieszkających na wsi coraz

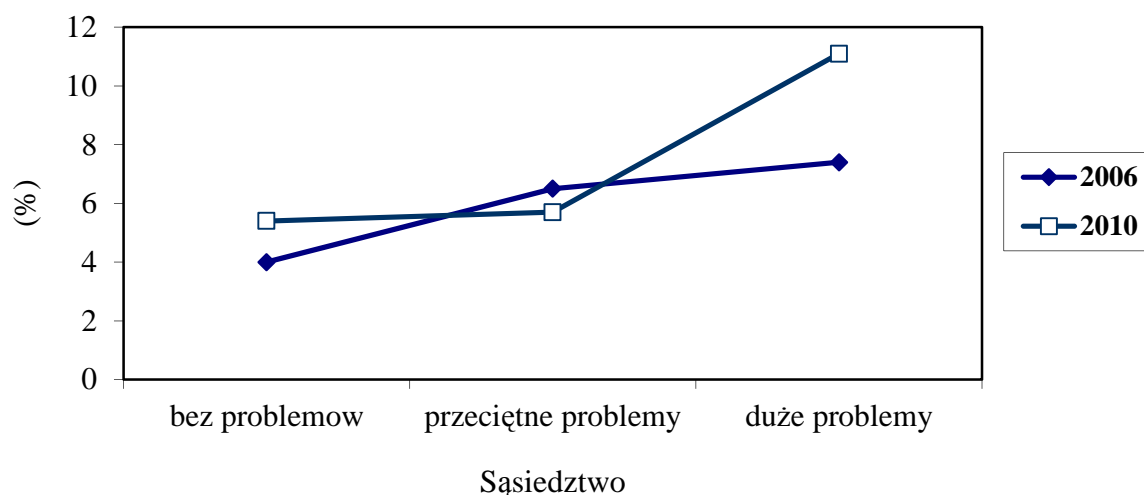
gorsza jest ciągle higiena jamy ustnej. Nowością ostatniej serii badań HBSC 2010 było uwzględnienie trzech kategorii miejscowości: dużych miast, małych miast i wsi. Większość zachowań ryzykownych systematycznie pogarsza się wraz ze wzrostem wielkości miejscowości (ryc.4).

Jak wykazano w drugim wydaniu raportu „Status materialny rodziny i otoczenia a zdrowie i styl życia młodzieży 15-letniej” (Instytut Matki i Dziecka, 2012), pod niektórymi względami społeczność małych miast jest podobna do wiejskiej. Dla wielu wskaźników celowe jest wyodrębnienie właśnie trzech kategorii wielkości miejscowości, dla innych, małe i duże miasta są do siebie podobne.



**Ryc. 4. Wybrane zachowania ryzykowne młodzieży 15-letniej w zależności od wielkości miejscowości**

Polski zespół HBSC stale rozszerza zestaw potencjalnych socjoekonomicznych uwarunkowań zdrowia. Ciekawe wyniki uzyskano, badając wpływ zamożności okolicy w miejscu zamieszkania (w sąsiedztwie). Młodzież z rejonów zaniedbanych dużo gorzej ocenia swoje zdrowie, jest mniej aktywna, przede wszystkim zaś częściej sięga po substancje psychoaktywne. W latach 2006–2010 zaobserwowano wzrost częstości palenia marihuany, który głównie dotyczył rejonów o znacznym nasileniu lokalnych problemów (ryc.5). O ile w całej grupie 15-latków odsetek palących marihuanę więcej niż 2 razy w ostatnim roku zwiększył się z 6,4% do 7,7%, o tyle w rejonach zaniedbanych zanotowano wzrost z 7,4% do 11,1%.



**Ryc. 5. Odsetek 15-latków, którzy palili marihuanę więcej niż 2 razy podczas ostatnich 12 miesięcy**

W dalszych pracach zakres potencjalnych zmiennych społecznych warunkujących zdrowie i zachowania zdrowotne był stale rozszerzany, na przykład o mierniki kapitału społecznego w okolicy zamieszkania, jakość relacji rodzinnych oraz charakterystykę środowiska społecznego szkoły, jak również o wewnętrzne zasoby wzmacniające zdrowie. Oznacza to zasadność odróżniania czynników socjoekonomicznych od społecznych, związanych z relacjami międzyludzkimi. W najnowszych krajowych opracowaniach opartych na wynikach badań HBSC wprowadza się podział na czynniki ryzyka i czynniki chroniące oraz na bliższe i dalsze uwarunkowania zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży.

W jednym z rozdziałów wydanego w 2011 raportu na temat społecznych determinantów zdrowia zbadano wpływ czterech czynników społecznych na nasilenie dolegliwości subiektywnych u 15-latków. We wnioskach stwierdzono, że społeczne uwarunkowania zdrowia nastolatków należy analizować właśnie na kilku poziomach, od najdalszych do najbliższych czynników. Najsilniejszą determinantą nieswoistych subiektywnych dolegliwości okazał się stres szkolny, który z kolei zależy od osiągnięć w nauce, klimatu społecznego szkoły i statusu materialnego sąsiedztwa. Udowodniono jedynie pośredni wpływ zamożności rodziny.

### **Uczniowie z chorobami przewlekłymi**

W grupie badanych w 2010 roku gimnazjalistów 20,8% stanowili uczniowie z długotrwałymi problemami związanymi ze zdrowiem (choroby przewlekłe,

niepełnosprawność). Wobec rosnącej populacji przewlekle chorych, trudno jest nie zauważać ich problemów. Średni indeks jakości życia związanej ze zdrowiem – KIDSCREEN uczniów z chorobami przewlekłymi był znacząco niższy niż zdrowych rówieśników (56,9 wobec 62,1). Dużo większy był też odsetek niezadowolonych z życia (30,5% wobec 23,1%). U co drugiego ucznia z chorobą przewlekłą występuje zespół mnogich dolegliwości subiektywnych (51,5% wobec 35,5% u zdrowych rówieśników). Wbrew oczekiwaniom, uczniowie z chorobami przewlekłymi nie powstrzymują się od zachowań szkodliwych dla zdrowia.

### **Podsumowanie**

Na przykładzie danych z 2010 r. przedstawiono znaczenie międzynarodowych badań HBSC jako źródła informacji o problemach zdrowotnych polskiej młodzieży. Szczegółowe zestawienia z uwzględnieniem płci i wieku ankietowanych dotyczyły 26 wskaźników odnoszących się do zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży, ale lista dostępnych wskaźników jest znacznie dłuższa. Badania HBSC dają możliwość porównania polskiej młodzieży z rówieśnikami z innych krajów, a dzięki ich powtarzalnemu charakterowi można śledzić tendencje zmian w czasie.

Interpretując wyniki, zwrócono uwagę na wskaźniki, w odniesieniu do których:

- pozycja Polski jest wyjątkowo niekorzystna w porównaniach międzynarodowych;
- trendy w ostatnich latach przybierają szczególnie niekorzystny kształt;
- notuje się nieuzasadnione względami rozwojowymi pogorszenie związane z wiekiem lub płcią ankietowanych, jak również nasilanie się z wiekiem różnic zależnych od płci.

Szukając nowych wyzwań dla wychowania i profilaktyki, zwrócono też uwagę na:

- przechodzenie niekorzystnych zachowań do młodszych roczników;
- choroby przewlekłe, jako narastający problem w drugiej dekadzie życia;
- coraz gorszą kondycję psychiczną młodzieży;
- konieczność analizowania wskaźników zdrowotnych w szerokim kontekście społecznych uwarunkowań, których nie należy utożsamiać jedynie z czynnikami socjoekonomicznymi;
- (w szczególności) konieczność szukania wśród uwarunkowań zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży elementów, które stanowią czynniki ryzyka i czynniki chroniące.