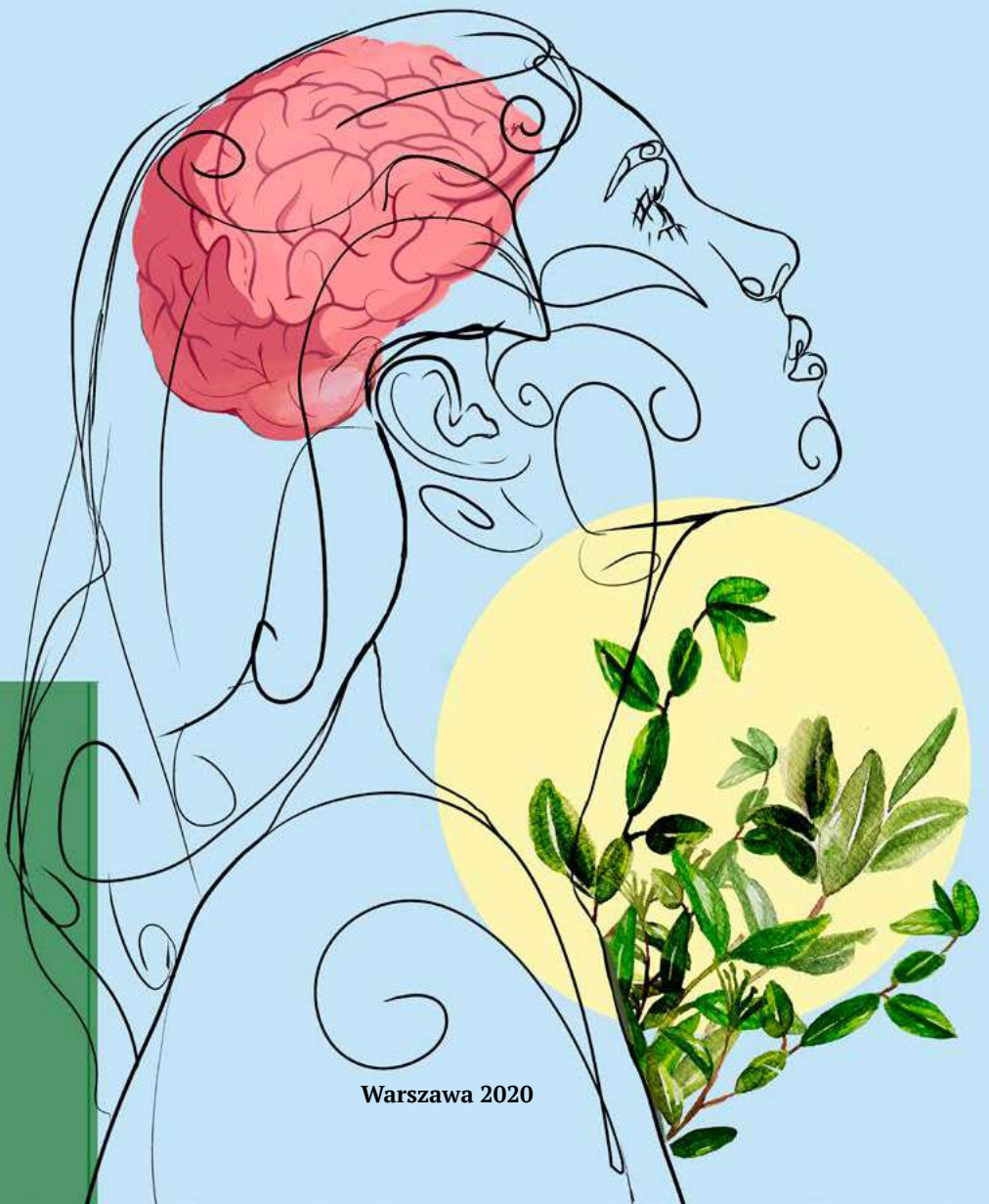


Instytut Matki i Dziecka

ZDROWIE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE UCZNIÓW 17-LETNICH NA TLE ZMIAN W DRUGIEJ DEKADZIE ŻYCIA

redakcja

Joanna Mazur, Anna Dzielska, Agnieszka Małkowska-Szcutnik



Warszawa 2020

Instytut Matki i Dziecka

**ZDROWIE I ZACHOWANIA
ZDROWOTNE UCZNIÓW 17-LETNICH
NA TLE ZMIAN
W DRUGIEJ DEKADZIE ŻYCIA**

redakcja

Joanna Mazur

Anna Dzielska

Agnieszka Małkowska-Szcutnik

Warszawa 2020

AUTORZY OPRACOWANIA (numery rozdziałów)

mgr Martyna Bójko¹ (6.4, 6.6, 7.2, 9.2)

dr n. społ. Anna Dzielska¹ (7.3, 7.4, 8.3)

dr n. o kult. fiz. Hanna Nałęcz¹ (5.3, 5.6, 5.7, 6.2, 7.1)

mgr Magdalena Korzycka¹ (4.5, 5.2, 5.3, 6.5, 6.7)

dr n. hum. Agnieszka Małkowska-Szkutnik² (2, 10)

dr hab. Joanna Mazur, prof. IMiD^{1,3} (1, 2, 4.3, 4.4, 4.6, 5.4, 6.1, 6.8, 7.5, 8.5, 9.4, 10)

dr hab. Anna Oblacińska, prof. IMiD¹ (4.1, 4.2, 4.4, 6.1, 6.8, 8.1, 9.4)

mgr Wisława Ostreża¹ (5.5, 8.2, 8.4)

mgr Katarzyna Radiukiewicz¹ (6.3, 6.9, 7.6, 8.2, 9.1, 9.3)

¹ Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

² Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego

³ Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski

Recenzent: dr hab. n. społ. Krzysztof Wąż, prof. UZ, Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Zielonogórski

ISBN 978-83-88767-90-6

Cytowanie z odwołaniem do źródła: Mazur J., Dzielska A., Małkowska-Szkutnik A. (red). (2020). Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów 17-letnich na tle zmian w drugiej dekadzie życia. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.



© 2020 Instytut Matki i Dziecka, z siedzibą przy ul. Kasprzaka 17A w Warszawie.

Treść publikacji jest dostępna na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Na tych samych warunkach 4.0/Międzynarodowa Licencja Publiczna CC BY-NC-SA 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.pl>

Projekt okładki: Klara Bójko (l. 17)

Skład i projekt graficzny: Autofokus

Opracowanie raportu w ramach działalności statutowej Instytutu Matki i Dziecka, zadanie bazowe Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży IMiD na lata 2020-2021; Nr 510-20-65; pt: Ocena stanu zdrowia dzieci, młodzieży i młodych dorosłych: przegląd wskaźników i bieżąca diagnoza sytuacji w Polsce na tle danych europejskich.

SPIS TREŚCI

1. WSTĘP	5
2. ROZWÓJ BIOLOGICZNY, PSYCHOSPOŁECZNY ORAZ ZDROWIE 17-LATKÓW W KONTEKŚCIE TYPU SZKOŁY.....	7
2.1. Rozwój biologiczny i psychospołeczny 17-latków	7
2.2. Wyniki badań w zakresie związku między rozwojem i zdrowiem 17-latków a ty- pem szkoły.....	10
3. ORGANIZACJA BADAŃ UCZNIÓW 17-LETNICH	12
4. ZDROWIE FIZYCZNE I ROZWÓJ	18
4.1. Wskaźnik masy ciała.....	18
4.2. Samoocena masy ciała	21
4.3. Samoocena zdrowia	24
4.4. Choroby przewlekłe i związane z nimi obciążenia	26
4.5. Odczuwanie zmęczenia.....	29
4.6. Długość snu.....	31
5. ZDROWIE PSYCHICZNE I CZYNNIKI POZNAWCZE.....	35
5.1. Powtarzające się nieswoiste dolegliwości	35
5.2. Ogólne samopoczucie i zagrożenie depresją.....	37
5.3. Odczuwany stres.....	41
5.4. Zadowolenie z życia	43
5.5. Empatia.....	44
5.6. Własna skuteczność w sytuacjach społecznych	48
5.7. Osiągnięcia szkolne.....	51
6. SPOŁECZNY KONTEKST ZDROWIA	53
6.1. Kapitał społeczny sąsiedztwa	53
6.2. Stosunek do szkoły.....	56
6.3. Stres szkolny.....	58
6.4. Wsparcie ze strony nauczycieli.....	60
6.5. Wsparcie rówieśnicze.....	62
6.6. Wsparcie kolegów z klasy.....	64
6.7. Wsparcie ze strony rodziny	66
6.8. Zainteresowanie rodziców szkołą.....	68
6.9. Podejmowanie obowiązków domowych	71
7. ZACHOWANIA ZDROWOTNE	75
7.1. Aktywność fizyczna.....	75
7.2. Zachowania sedentarne.....	79
7.3. Spożywanie śniadań	84

7.4. Spożywanie wybranych produktów	88
7.5. Wspólne posiłki z rodziną	94
7.6. Higiena jamy ustnej	96
8. ZACHOWANIA RYZYKOWNE.....	98
8.1. Nieuzasadnione odchudzanie się	98
8.2. Palenie papierosów	101
8.3. Picie alkoholu i upijanie się	108
8.4. Palenie marihuany	115
8.5. Zachowania seksualne	118
9. URAZY I PRZEMOC.....	121
9.1. Przemoc w szkole	121
9.2. Przemoc w sieci.....	125
9.3. Uczestniczenie w bójkach	129
9.4. Urazy wymagające pomocy medycznej	131
10. PODSUMOWANIE WYNIKÓW	133
Summary of key findings	143
Piśmiennictwo	147

1. WSTĘP

Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) prowadzone są od połowy lat 80. XX wieku we wrastającej liczbie krajów. Anonimowe badania ankietowe uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat realizowane są co 4 lata w środowisku szkolnym. Polska jest członkiem sieci HBSC od 1989 roku, co zaowocowało przeprowadzeniem ośmiu krajowych rund tych badań w latach 1990-2018. W tym czasie stopniowo zmieniała się zarówno struktura organizacyjna sieci HBSC, jak i kwestionariusz badania.

Grupa polska realizująca badania HBSC kilkakrotnie rozszerzyła badaną próbę o dodatkowe roczniki, włączając zarówno uczniów młodszych (10-letnich), jak i starszych (17-letnich). Dało to możliwość śledzenia zmian w stanie zdrowia, zachowaniach zdrowotnych i oceny środowiska dorastania na przestrzeni całej drugiej dekady życia.

We wcześniejszym opracowaniu wydanym pod koniec 2018 roku, bezpośrednio po zakończeniu ostatniej rundy badań HBSC, zatytułowanym *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, skoncentrowaliśmy się na trzech głównych rocznikach HBSC (próba 5225 uczniów) oraz tzw. pytaniach obowiązkowych (Mazur 2018). Zaprezentowane wówczas dane korespondują z wydanym w maju 2020 roku międzynarodowym raportem pt. *Spotlight on adolescent health and well-being*.

Poniższa publikacja stanowi uzupełnienie krajowego raportu o dane dotyczące 1700 uczniów 17-letnich ankietowanych w tym samym czasie, w tych samych powiatach i według identycznej procedury. Przyjęto konwencję krótkich rozdziałów zawierających dane statystyczne opatrzone komentarzem.

Ogółem, w poniższym raporcie zamieszczono 37 rozdziałów odnoszących się do około 70 wskaźników powiązanych ze zdrowiem nastolatków oraz ich stylem i warunkami życia. Czytelnik może zapoznać się z porównaniami czerech grup wieku (11,13, 15 i 17 lat) oraz szeregiem zestawień obrazujących różnice związane z płcią ankietowanych. W grupie 17-latków dodatkowo porównano uczniów dwóch typów szkół ponadpodstawowych, zwracając też uwagę na różnice związane z płcią w różnych typach szkół. Dodatkowym walorem poniższego opracowania jest włączenie analiz odpowiedzi na pytania dodatkowe, które nie zostały uwzględnione ani we wcześniejszym krajowym raporcie ani w raporcie międzynarodowym.

Publikacja powstała w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży w ramach działalności statutowej Instytutu Matki i Dziecka. Jednak znaczący wkład

w jej powstanie miał cały polski zespół HBSC oraz autorzy poprzedniego raportu, którym pragniemy wyrazić szczególne podziękowania.

Mamy nadzieję, że ta publikacja, mimo oszczędnej formy przekazu, wzbudzi zainteresowanie osób i instytucji prowadzących podobne badania i odpowiedzialnych za zdrowie nastolatków. Wydaje to się tym ważniejsze, że obecnie tworzona jest przez Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia nowa strategia ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, a sieć badawcza HBSC zaczyna przygotowywać kolejną rundę badań planowanych na rok szkolny 2021/22, finalizując prace nad kolejnym protokołem badań.

Zespół redakcyjny

2. ROZWÓJ BIOLOGICZNY, PSYCHOSPOŁECZNY ORAZ ZDROWIE 17-LATKÓW W KONTEKŚCIE TYPU SZKOŁY

W podrozdziale opisano wybrane aspekty rozwoju biologicznego i psychospołecznego 17-latków. Zwrócono także uwagę na związek między rozwojem i zdrowiem a typem szkoły.

Druga połowa drugiej dekady życia definiowana jest jako okres dorastania (perspektywa biologiczna) i dojrzewania/adolescencji (perspektywa psychologiczna). Na wstępie warto zauważyć, że okres dojrzewania trwa od 10-12 do około 20 roku życia. Przez psychologów rozwojowych uznawany jest on także za trzecią erę w życiu człowieka, która trwa od 10-12 do 20-25 roku życia. Rozpiętość tego okresu w rozwoju wiąże się z wielością i różnorodnością zadań rozwojowych. Jest to czas między zakończeniem dzieciństwa i początkiem dorosłości. Z jednej strony zmiany rozpoczęte w pierwszym etapie okresu dojrzewania nabierają tempa, z drugiej pojawiają się też nowe, charakterystyczne dla starszych nastolatków (Trempała 2011).

Środowisko szkoły stanowi tło dla realizacji zadań rozwojowych. Jednym z zadań szkoły jest wspieranie harmonijnego rozwoju uczniów.

2.1. Rozwój biologiczny i psychospołeczny 17-latków

Według Roberta Havighursta najważniejsze zadania rozwojowe w okresie adolescencji związane są z:

- relacjami rówieśniczymi – młodzież uczy się nawiązywać trwałe związki z rówieśnikami obojga płci, wchodzi w relacje intymne;
- tożsamością – młodzież uczy się akceptować siebie (zmiany wyglądu), dokonuje wyboru związanego z przyszłością (wybór szkoły), określa swoje ja;
- rozwojem emocjonalnym – nastolatek osiąga emocjonalną niezależność od rodziców oraz innych dorosłych;
- rozwojem społecznym – młodzież modyfikuje relacje z rodzicami, osiąga niezależność finansową, przygotowuje się do opuszczenia domu rodzinnego;
- postawami obywatelskimi – nastolatek bierze na siebie odpowiedzialność wynikającą z bycia obywatelem i związane z tym zobowiązania;
- rozwojem moralnym – młodzież określa system wartości i posługuje się nim, definiuje filozofię życia (Brzezińska 2016).

W rozwoju biologicznym 17-latków obserwuje się zmiany charakterystyczne dla fazy młodzieńczej tego okresu rozwojowego. Wiążą się one w sposób szczególnie z rozwojem seksualnym. U chłopców w tym okresie obserwuje się: zakończenie rozwoju narządów płciowych, ostateczne ukształtowanie owłosienia łonowego i pachowego, pojawienie się owłosienia na twarzy, zmiany głosu, zakończenie rozwoju krtani („jabłko Adama”), zmniejszenie tempa wzrostu. Dla dziewcząt w tym okresie charakterystyczne są zmiany dotyczące: rozwoju piersi, ostatecznego ukształtowania się owłosienia łono-

wego i pachowego, regularności miesiączek, spowolnienia tempa przyrostu masy ciała, ukształtowania się typowo kobiecej sylwetki. Należy pamiętać o różnicach w zakresie płci w odniesieniu do dojrzewania biologicznego. Ważny jest także kontekst różnic indywidualnych w tym zakresie i wynikające z tego trudności dotyczące wcześniej lub późno dojrzewających nastolatków. Wśród kłopotów, z którymi muszą zmierzyć się osoby dojrzewające, wymienia się najczęściej: wady wzroku związane ze zmianami w soczewce, zmiany w brzmieniu głosu, zmiany skórne – trądzik młodzieńczy. Istotnym aspektem jest akceptacja przez młodzież swojego wyglądu i zmian wynikających z prawidłowości rozwojowych. Brak akceptacji zmian rozwojowych wpływa negatywnie na rozwój psychiczny i może prowadzić do zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego (Obuchowska 2007).

W obszarze rozwoju poznawczego nastolatek używa myślenia formalnego (operacji formalnych, rozumowania hipotetyczno-dedukcyjnego). Charakteryzuje się ono umiejętnością hipotetyzowania, myślenia abstrakcyjnego oraz używania symboli. Nastolatek potrafi w myśleniu oderwać się od konkretnych doświadczeń, umie rozwiązywać problemy, widząc różnorodność podejść i sposobów myślenia. Myślenie formalne wspomaga proces rozwoju społecznego i rozwoju tożsamości. Nastolatek potrafi kreować różne alternatywy rozwiązań i, w spostrzeganiu innych, potrafi dokonać oceny zachowania drugiej osoby w konkretnej sytuacji i jednocześnie uogólnić osąd, np. kłótnia z przyjacielem nie burzy relacji jako takiej (Schaffer 2012, Piaget 2012).

Relacje społeczne 17-latków kształtują się przede wszystkim wokół grupy rówieśniczej. Bycie członkiem grupy rówieśniczej umożliwia nastolatkowi rozwój tożsamości, budowanie systemu wartości, jest źródłem wsparcia społecznego i pomaga w budowaniu obrazu siebie, jako członka większej społeczności (poza rodziną). Istotnym czynnikiem rozwoju społecznego jest wchodzenie w relacje intymne. W tym okresie rozwojowym charakteryzują się one zmiennością, konfliktowością między uczuciem a koniecznością nauki. Stają się także czynnikiem, który pomaga nastolatkowi określić tożsamość płciową (Brzezińska 2016).

Innego znaczenia nabierają relacje z rodzicami oraz innymi ważnymi dorosłymi. Ten okres w rozwoju wymaga od dorosłych umiejętności zmiany relacji z nastolatkiem na bardziej partnerską. W okresie tym następuje proces indywidualizacji i separacji, czyli stopniowego separowania się od opiekunów. Zdobywanie autonomii odbywa się między innymi przez negocjowanie ustalonych wcześniej norm i wynikające z tego konflikty z dorosłymi. Należy pamiętać, że pełnią one ważną funkcję rozwojową tzn. pomagają nastolatkom kształtować własną przestrzeń i autonomizować się. Separowanie się od dorosłych przebiega w sposób harmonijny, gdy rozumieją oni, że zachowanie nastolatka nie jest wymierzone przeciwko nim, a wynika jedynie z realizacji zadań rozwojowych (Brzezińska 2016).

Rozwój osobowości nastolatka przebiega wokół kryzysu adolescencyjnego (Brzezińska

2016). Składa się on z czterech faz: a) faza niezgodności między oczekiwaniami, które nastolatek ma względem siebie a oczekiwaniami z zewnątrz; nastolatek doświadcza tu niezgodności, która związana jest z aktualnie posiadanymi kompetencjami lub ich brakiem; b) faza doświadczania napięć w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej, c) faza poszukiwania sposobu na zredukowanie napięć i tym samym zniesienie poczucia niezgodności; nastolatek podejmuje jednocześnie wysiłek, by zachować poczucie ciągłości swojego ja; d) faza przeorganizowania osobowości, która polega na znalezieniu nowych sposobów funkcjonowania i radzenia sobie.

Opisany powyżej kryzys adolescencyjny jest jednym z elementów świadczących o kształtowaniu się tożsamości nastolatka. Nastolatek zadaje sobie pytanie „Kim jestem?”; „Kim chcę być?”. Erik Erikson, na tym etapie rozwoju psychospołecznego, zdefiniował kryzys między tożsamością a dyfuzją ról (Erikson 2004). Charakterystyczne są tu trudności w funkcjonowaniu i podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia. Autor określa ten rodzaj zachowań jako tożsamość negatywną. Tego rodzaju funkcjonowanie osoby dojrzewającej rozumiane jest jako: próba poradzenia sobie z kryzysem tożsamościowym, a zwłaszcza z rozproszeniem tożsamości; zachowanie kształtujące autonomię; kształtowanie w sobie umiejętności akceptowania „złych” zachowań oraz kształtowanie szacunku do norm. Pojawia się wtedy okres moratorium, czyli odroczenia podjęcia zobowiązania i uzyskania odpowiedzi na pytania określające tożsamość. Wsparciem w tym zakresie jest zrozumienie trudności nastolatka, pozwolenie mu na popełnianie błędów. Przedłużający się okres moratorium, wykraczający znacznie poza okres dojrzewania, świadczyć może o tym, że nastolatek nie jest w stanie podjąć zobowiązania dotyczącego swojej przyszłości. Dyfuzja ról polega więc na trudności w określeniu siebie i swojego miejsca w świecie. Dotyczy to także podejmowania odpowiedzialności za własne decyzje.

Eksploracja w budowaniu tożsamości dotyczy obszaru eksperymentowania z własnym ciałem, sprawdzania granic własnych możliwości działania oraz relacji z innymi ludźmi i testowania granic w relacjach. Jednym z etapów kształtowania tożsamości jest także tożsamość nadana lub lustrzana. Do określenia własnej tożsamości nastolatek poszukuje systemu wartości, idola, idei, które może zaczerpnąć i użyć ich do poradzenia sobie z rozproszeniem, którego doświadcza. Młodzież manifestuje wtedy siebie poprzez ubiór, posiadanie określonych rzeczy, zachowywanie się w określony sposób, odrzucanie tego, co nie pasuje do danego sposobu myślenia, utożsamianie się z idolem (Brzezińska 2016). Wsparcie w tym zakresie polega na pomocy nastolatkowi w ukształtowaniu elastyczności w funkcjonowaniu i przejściu do kolejnych etapów kształtowania się tożsamości.

Budowanie poczucia tożsamości wspierane jest także dzięki autonomii moralnej, którą młodzież osiąga na początku okresu dojrzewania. Postkonwencjonalny charakter moralności opisany przez Lawrence Kohlberga zakłada umiejętność postrzegania prawa jako narzędzia do wyrażania woli większości osób w danym społeczeństwie oraz do postępowania zgodnie z własnym sumieniem i autonomicznymi zasadami etycznymi

(Schaffer 2012).

Osiągnięcie dojrzałej tożsamości to jedno z ważniejszych osiągnięć okresu dojrzewania. Jest to proces trudny i wielokrotnie zaburzający rozumienie nastolatka i obdarzanie go wsparciem. Rozwiązanie zadań rozwojowych okresu dojrzewania stanowi warunek konieczny dla wejścia w dorosłość w sposób świadomy i dojrzały.

2.2. Wyniki badań w zakresie związku między rozwojem i zdrowiem 17-latków a typem szkoły

Środowisko szkolne jest jednym z tych, które może wspierać rozwój nastolatków. Deficyty lub kumulacja czynników ryzyka w środowisku szkolnym stanowiącą przeszkodę dla rozwoju (Parke 2011). Decyzja o wyborze szkoły ponadpodstawowej związana jest z indywidualnymi preferencjami, wyborami rówieśników nastolatka, który podejmuje decyzję, opiniami nauczycieli, którzy wzbudzają w nastolatku chęć rozwijania talentów oraz obserwacją rynku pracy (Shahid 2017).

Wykazano, że wybór ścieżki kształcenia w szkole ponadpodstawowej związany jest ze zdrowiem, zadowoleniem z życia i zachowaniami zdrowotnymi (Moor 2014, Małkowska 2005, Kantomaa 2010). Przeprowadzono badania podłużne wśród uczniów z Finlandii, badając związek między zachowaniami prozdrowotnymi a ścieżką kariery edukacyjnej. Udowodniono, że uczniowie, którzy mają wysoki poziom zachowań prozdrowotnych, częściej wybierają licea ogólnokształcące niż ścieżkę kształcenia zawodowego (Koivusilta 2001). Badacze wskazują, że uczniowie z liceów ogólnokształcących częściej podejmują zachowania związane z dbaniem o zdrowie, m. in. dotyczy to higieny osobistej (Sarcen 2010).

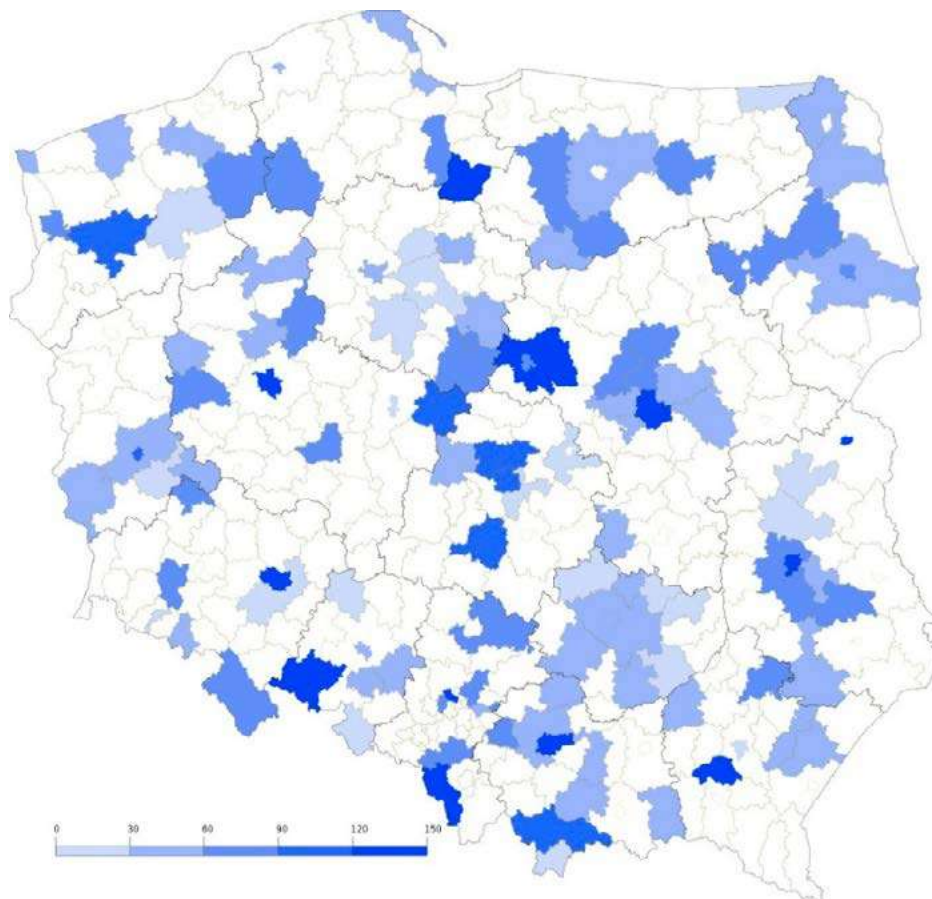
W innych badaniach zrealizowanych przez zespół badaczy z Instytutu Matki i Dziecka wykazano, że nastolatki uczęszczające do szkół zawodowych, w porównaniu do tych uczących się w liceach ogólnokształcących, wykazują niedostatek w aktywności fizycznej, częściej palą tytoń. Wśród tych uczniów wykazano dwukrotnie większe ryzyko ujawnienia się mnogich czynników ryzyka miażdżycy (Jodkowska 2012). Wyniki badań zrealizowanych wśród nastolatków z Belgii wykazały, że belgijskie nastolatki uczęszczające do szkół zawodowych częściej niż ich rówieśnicy z liceów używają przetworów konopi oraz częściej piją alkohol (Berten 2012). Uczniowie z Węgier uczący się w szkołach zawodowych i technicznych częściej niż ci z liceów ogólnokształcących palą tytoń (Easton 2005). Duńscy uczniowie wybierający zawodową ścieżkę kształcenia, w porównaniu z pozostałymi uczniami, częściej podejmują ryzykowne zachowania seksualne (De Graaf 2015). Doniesienia z badań zrealizowanych wśród ponad 10 tysięcy uczniów ze szkół ponadpodstawowych z czterech krajów Europy Zachodniej – Belgii, Holandii, Niemiec i Austrii wskazują, że uczniowie ze szkół zawodowych częściej upijają się lub często piją alkohol, w porównaniu z uczniami z liceów ogólnokształcących. Tym samym autorzy badań wnioskują, że system edukacji przyczynia się do pogłębienia nierówności spo-

łecznych, i że uczniowie uczęszczający do szkół ponadpodstawowych niższego szczebla narażeni są na większe ryzyko podejmowania zachowań antyzdrowotnych (Berten 2013).

Wielu badaczy dowiodło, że wybór szkoły ma związek z późniejszymi decyzjami dotyczącymi zdrowia i podejmowaniem zachowań zdrowotnych przez uczniów, co może mieć długotrwałe konsekwencje rozwojowe dla młodzieży i przyczyniać się do pogłębiania nierówności społecznych (Haquist 2006). W planowaniu strategii działania szkół w obszarze edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia należy szczególnie wesprzeć szkoły zawodowe. Przykładem mogą być działania podejmowane przez Duńczyków dla uczniów uczęszczających na kursy zawodowe. W oparciu o wyniki badań jakościowych rekomendują oni działania interwencyjne obejmujące: pierwszy dzień ucznia w szkole (spotkanie z uczniem i jego rodzicami), codzienną aktywność ucznia (wspólne posiłki i zadbanie o stworzenie miejsc, w których młodzież może spędzać czas podczas przerw, warsztaty dla młodzieży z udziałem rodziców, jako osób wspierających szkołę) oraz reagowanie kadry w sytuacjach problemowych, we współpracy ze środowiskiem lokalnym (Ingholt 2015). Podjęcie działań systemowych i interwencyjnych w tych szkołach może w sposób znaczący przyczynić się do poprawy zdrowia uczniów. Zwrócenie uwagi na różnice w występowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia w zależności od typu szkoły to pierwszy krok. Potrzebne są następne, systemowe działania, które wpłyną na poprawę funkcjonowania uczniów.

3. ORGANIZACJA BADAŃ UCZNIÓW 17-LETNICH

Anonimowe badania ankietowe przeprowadzone zostały metodą audytorijną na terenie szkół, przy zastosowaniu tradycyjnej ankiety papierowej. Dokładny opis procedury badania i jego zgodność z międzynarodowym protokołem oraz zachowanie standardów etycznych opisano w krajowym raporcie dotyczącym trzech młodszych grup wieku (Mazur 2018). Uczniowie 17-letni badani byli zgodnie z tą procedurą, w tych samych powiatach wylosowanych do głównego nurtu tej rundy badań HBSC (ryc.1).



Rycina 1. Powiaty wylosowane do badań HBSC

W przypadku grupy 17-latków większy niż w młodszych grupach wieku odsetek szkół realizował badania samodzielnie, według instrukcji nadesłanej z krajowego ośrodka koordynującego. Za organizację badań odpowiedzialny był pedagog szkolny lub inna osoba wskazana przez dyrekcję szkoły. Przesunięto też część badań (około 18,4% próby) z roku szkolnego 2017/18 na początek roku szkolnego 2018/19. Badania w grupie 17-latków rozłożone były na 12 miesięcy, od grudnia 2017 roku do listopada 2018 roku, z wyłącze-

niem miesięcy letnich. W ich przeprowadzenie włączyli się studenci Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego, którzy w ten sposób zbierali dane do prac magisterskich lub licencjackich. Ich udział polegał na bezpośrednim dotarciu do wylosowanych szkół lub nawiązaniu kontaktu telefonicznego w imieniu ośrodka koordynującego.

Do badań ankietowych uczniów 17-letnich wylosowano licea ogólnokształcące oraz technika i inne szkoły zawodowe (nieliczne i traktowane jako jedna kategoria). Typ szkoły kodowano na podstawie informacji na kopercie zwrotnej, listy szkół wylosowanych oraz nazwy miejscowości wpisywanej przez uczniów w ankiecie. Ogółem, 55,7% badanych uczęszczało do liceów ogólnokształcących, a 44,3% do techników i innych szkół zawodowych. W opisie wyników licea ogólnokształcące i szkoły zawodowe określane są jako szkoły ponadpodstawowe, według obecnego nazewnictwa, to znaczy z pominięciem etapu gimnazjalnego obowiązującego jeszcze (w stadium wygaszania) w roku prowadzenia badań.

Wylosowano 100 klas szkolnych z 62 szkół różnych typów. Ostatecznie uzyskano dane z 84 klas z 55 szkół. W zbadanych klasach było 1996 uczniów, a wiarygodne dane uzyskano od 1746. Po wyeliminowaniu uczniów będących poza przyjętym przedziałem wiekowym (16,5 do 18,5 lat) do dalszych analiz ostatecznie zakwalifikowano 1700 rekordów. Jest to próba porównywalna liczebnie do trzech młodszych roczników. Powodem nieuczestniczenia 17-latków w badaniu ankietowym była nieobecność w szkole danego dnia, odmowa (168 przypadków) lub oddanie niewypełnionego kwestionariusza (82 przypadki). Wskaźnik realizacji próby uczniów liczony w stosunku do liczebności klas uczestniczących w badaniu wyniósł 85,2%.

W badanej próbie 17-latków było 797 chłopców (46,9%) i 903 dziewczęta (53,1%). W liceach ogólnokształcących zbadano więcej dziewcząt (62,0%) niż w technikach lub innych szkołach zawodowych (48,6%) oraz odpowiednio mniej licznie reprezentowani byli chłopcy.

Średni wiek badanych uczniów szkół ponadpodstawowych wynosił 17,63 lata ($SD=0,36$), bez różnic zależnych od płci ($p=0,157$) i typu szkoły ($p=0,061$).

Próby wojewódzkie wahały się od 52 uczniów w województwie warmińsko-mazurskim do 180 uczniów w województwie lubelskim. Zgodnie ze strukturą ludności w całym kraju dużą reprezentację miała też młodzież z województwa mazowieckiego, śląskiego, wielkopolskiego i małopolskiego (tab.1).

W badanej próbie 17-latków 39,1% stanowili mieszkańcy rejonów wiejskich, a 60,9% mieszkańcy miast. Biorąc pod uwagę wielkość miasta w stosunku do całej próby, 25,5% stanowili mieszkańcy dużych miast powyżej 100 tysięcy mieszkańców, 13,4% mieszkańcy średnich miast (50-100 tysięcy mieszkańców), a pozostałe 22,0% mieszkańcy miast mających mniej niż 50 tysięcy mieszkańców. Wśród uczniów liceów ogólnokształcących wykazano mniejszy odsetek uczniów mieszkających w rejonach wiejskich (33,7%) w porównaniu z rówieśnikami uczącymi się w technikach i innych szkołach zawodowych

Tabela 1. Liczebność prób wojewódzkich w badaniach 17-latków

Województwo	N	%
dolnośląskie	123	7,2
kujawsko-pomorskie	58	3,4
lubelskie	180	10,6
lubuskie	62	3,6
łódzkie	80	4,7
małopolskie	163	9,6
mazowieckie	169	9,9
opolskie	87	5,1
podkarpackie	83	4,9
podlaskie	73	4,3
pomorskie	134	7,9
śląskie	112	6,6
świętokrzyskie	65	3,8
warmińsko-mazurskie	52	3,1
wielkopolskie	176	10,4
zachodniopomorskie	83	4,9
Ogółem	1700	100,0

(45,9%). Prawie trzykrotnie większy był z kolei w liceach ogólnokształcących odsetek deklarujących mieszkanie w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców (odpowiednio 34,5% oraz 13,0%).

Zamożność rodzin ankietowanych 17-latków średnio oceniono na 7,73 punkty w przyjmującej zakres 0-13 punktów skali zasobów materialnych FAS (*Family Affluence Scale*) z $SD=2,23$. Do grupy względnie ubogich (FAS poniżej 7 punktów) zakwalifikowano 29,4% rodzin. Odsetek rodzin mniej zamożnych wg tego kryterium był istotnie mniejszy ($p<0,001$) w liceach ogólnokształcących (26,5%) niż w technikach lub innych szkołach zawodowych (32,9%). Odpowiednio większy okazał się odsetek uczniów z rodzin zamożnych, gdzie FAS wynosił powyżej 9 punktów (odpowiednio 25,8% oraz 16,7% w liceach ogólnokształcących i szkołach zawodowych).

Badano też subiektywną ocenę pozycji społecznej rodziny na skali wizualnej przyjmującej zakres od 0 do 10 punktów. W badanej grupie 17-latków średnia ocena wynosiła 6,84 punktów ($SD=1,78$). Stwierdzono niewielkie różnice na korzyść uczniów liceów ogólnokształcących ($p=0,033$). Średnia ocena pozycji społecznej rodziny wynosiła odpowiednio 6,92 ($SD=1,73$) oraz 6,73 ($SD=1,83$) w obu typach szkół.

W badanej grupie 1700 uczniów szkół ponadpodstawowych 76,6% mieszkało z obojgiem rodziców, w tzw. rodzinach nuklearnych. Jest to odsetek tylko niewiele niższy niż w przypadku młodszych uczniów w wieku 11-15 lat (77,8%). Wskaźnik ten odnosi się

do struktury gospodarstwa domowego, a nie formalnego stanu cywilnego rodziców lub opiekunów.

Protokół badania HBSC w ostatniej rundzie 2017/18 zakładał też obowiązkowe badanie statusu migrantów. Pytano o kraj urodzenia ankietowanego ucznia, jego ojca i matki. W badanej próbie 17-latków zidentyfikowano 23 rodziny potencjalnie będące migrantami lub rodziny cudzoziemców czasowo przebywających w Polsce. W rodzinach tych 15 uczniów 17-letnich urodziło się w Polsce oraz 8 w innym kraju, ale każdy z nich miał co najmniej jednego rodzica urodzonego poza Polską.

Uczniowie 17-letni wypełniali ten sam kwestionariusz, co uczniowie 15-letni (III klasa gimnazjum w roku ankietyzacji). Przyjęto założenie, że uczniowie starsi są w stanie wypełnić dłuższą ankietę, jak również poradzą sobie z pytaniami trudniejszymi (na przykład blokami pytań na temat zdrowia psychicznego lub uczestnictwa w życiu społecznym). Protokół badania HBSC zakładał, że niektórych pytań ze względów etycznych nie należy zadawać osobom poniżej 15 roku życia (zachowania seksualne, palenie marihuany) (Inchley 2018).

Prezentowany raport stanowi uzupełnienie poprzedniej publikacji wydanej w grudniu 2018 roku, bezpośrednio po zakończeniu ostatniej rundy HBSC (Mazur 2018). Uzupełnienie oznacza tu włączenie kolejnej grupy wieku, ale też pytań wcześniej pominiętych. Zdecydowano się na bardzo prostą formę przekazu. Krajowy raport z badań HBSC 2018 należy traktować tu jako publikację źródłową, która zawiera szerszy opis źródeł analizowanych pytań i skal wraz z piśmiennictwem oraz dokładniejszy opis procedury badawczej.

Poniższy raport zawiera 37 krótkich rozdziałów prezentujących odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza (lub bloki pytań). Od poprzedniej publikacji różni się włączeniem pytań nieobowiązkowych. W ich przypadku szerzej omówiono budowę i źródło danego pytania. Prezentowano dokładne rozkłady odpowiedzi na dane pytanie w grupach wieku 11, 13, 15 i 17 lat lub dane odnoszące się do zdefiniowanych, wtórnych wskaźników pozytywnych lub negatywnych. Szczegółowo omówiono też grupę 17-latków, prezentując dane według płci i typu szkoły. Każdy rozdział kończy się podsumowaniem najważniejszych wyników.

Rozdziały prezentujące wyniki badań zgrupowane zostały w siedmiu blokach tematycznych. Pominięto kwestie związane ze statusem społeczno-ekonomicznym, które krótko zostały przedstawione przy opisie próby.

Pierwszy blok tematyczny dotyczy zdrowia fizycznego oraz rozwoju fizycznego. Omówiono w nim kwestie subiektywnej i obiektywnej oceny masy ciała, samoocenę zdrowia oraz występowanie chorób przewlekłych i obciążeń z nimi związanych. Dwa podrozdziały związane są z higieną snu i wypoczynku, dotyczą analiz długości wypoczynku nocnego oraz częstości odczuwania zmęczenia.

W drugim bloku tematycznym skoncentrowano się na zdrowiu psychicznym, opisując wskaźniki pozytywne, związane z ogólną oceną samopoczucia, jak i negatywne,

związane z pojawieniem się objawów depresji i nasilonego stresu. Dużą część w tym bloku tematycznym zajmują czynniki poznawcze, odnoszące się do zasobów osobistych wzmacniających zdrowie. Pojawiły się rozdziały na temat empatii, skuteczności własnej w relacjach społecznych czy też osiągnięć w nauce.

W trzecim bloku tematycznym dotyczącym społecznego kontekstu zdrowia skoncentrowano się na zasobach zewnętrznych, które mogą wzmacniać zdrowie i chronić przez podejmowaniem niekorzystnych zachowań. Osiem podrozdziałów dotyczy relacji z otoczeniem w sąsiedztwie, środowiska szkolnego, rówieśniczego i rodzinnego. Większość podjętych tematów nawiązuje do postrzegania wsparcia ze strony innych oraz więzi z grupami osób znaczących.

Czwarty blok tematyczny dotyczy czynników behawioralnych wzmacniających zdrowie, które też mogą być traktowane nie jako uwarunkowania zdrowia, ale też jako niezależne wskaźniki zdrowotne. Skoncentrowano się na zagadnieniach związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej lub jej deficytami oraz związanych z prawidłowym odżywianiem się.

W piątym bloku tematycznym opisano podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia, w tym używanie substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń oraz e-papierosy, marihuana). Odrębny podrozdział dotyczy zachowań seksualnych, w tym inicjacji seksualnej oraz stosowania metod chroniących przed ciążą i chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Szósty blok tematyczny dotyczy zachowań związanych z przemocą oraz innych czynników związanych z ryzykiem uszkodzenia ciała. Omówiono zjawisko zastraszania na terenie szkoły (bullyingu) oraz podobnych działań w cyberprzestrzeni (cyberbullyingu), zarówno z perspektywy ofiary, jak i sprawcy. Kolejne podrozdziały dotyczą też uczestnictwa w bójkach oraz urazów wymagających pomocy medycznej.

Zastosowana w raporcie klasyfikacja ma charakter porządkujący i wiele poruszanych zagadnień kwalifikuje się do więcej niż jednego bloku tematycznego. Na przykład skala dolegliwości psychosomatycznych mieści się w obszarze zdrowia fizycznego i psychicznego, kwestie związane z długością snu można zakwalifikować do zachowań zdrowotnych, spożywanie wspólnych posiłków rodzinnych jest związane z zachowaniami żywieniowymi, ale też z funkcjonowaniem środowiska rodzinnego, a podejmowanie nieuzasadnionych diet odchudzających jest zachowaniem żywieniowym, ale też mieści się w obszarze zachowań ryzykownych, a niektóre zasoby indywidualne będące w bloku zdrowia psychicznego wiążą się z relacjami społecznymi.

Ogółem w 37 rozdziałach szczegółowych raportu zaprezentowano około 60 wskaźników analizowanych w grupie 17-latków, co nadal nie wyczerpuje pełnego zakresu polskiego kwestionariusza HBSC 2018. Pominięto kilka pakietów opcjonalnych, którym poświęcono inne publikacje, bądź które są w trakcie opracowywania. Przykładem może tu być analiza: symptomów depresji przy pomocy bardziej klinicznej skali CES-D (Kleszczewska 2019), kompetencji zdrowotnych (pakiet *health literacy*) (Mazur 2019), zdrowia duchowego (pakiet

spiritual health), zaufania społecznego, stosunku do własnego ciała, szerszego postrzegania sąsiedztwa, zaangażowania w życie społeczne, sposobu spędzania wolnego czasu czy aktywnego transportu do szkoły. Pominęto też pytania na temat korzystania przez nastolatków z mediów elektronicznych, które były włączone do kwestionariusza obowiązkowego HBSC we wszystkich krajach (jako wiodący dla tej rundy badań moduł EMC – *electronic media communication*). W wydanej w 2019 roku publikacji¹ omówiono związek między komunikacją za pomocą mediów a jakością relacji społecznych w grupie polskich nastolatków w wieku 11-17 lat, a więc już po włączeniu dodatkowej, najstarszej grupy wieku.

Raport kończy się ogólnym podsumowaniem, uporządkowanym według powyższych bloków tematycznych. Zgodnie z tytułem raportu skoncentrowano się na wnioskach odnoszących się do populacji 17-latków na tle zmian w okresie od 11 do 15 roku życia. Po pierwsze pokazano wskaźniki, w odniesieniu do których obserwowana jest kontynuacja wcześniejszych mniej korzystnych trendów, oraz wskaźniki w odniesieniu do których można mówić o zahamowaniu wcześniejszych tendencji. Wiele uwagi poświęcono też różnicom związanym z płcią i typem szkoły w populacji 17-latków. Na uwagę zasługuje zestawienie zbiorcze, porównujące cztery grupy wieku wyróżnione ze względu na płeć i typ szkoły, zawierające około 60 wskaźników negatywnych. Tabela ta pozwala na określenie, jakie zagadnienia powinny być uwzględnione w programach profilaktycznych skierowanych do różnych grup starszej młodzieży.

1 Ostręga W. (red.) *Nastolatki – komunikacja – media elektroniczne. Badanie HBSC 2018*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2019.

4. ZDROWIE FIZYCZNE I ROZWÓJ

4.1. Wskaźnik masy ciała

Pytania o wysokość i masę ciała, pozwalające na obliczenie wskaźnika masy ciała BMI (*Body Mass Index*), pozostają w protokole badań HBSC w niezmienionej formie od badań w 2001/2002 roku, kiedy to włączono je do pakietu pytań obowiązkowych dla wszystkich grup wieku. Wskaźniki rozwoju somatycznego uczniów w młodszych grupach wieku, w tym kategorii masy ciała według IOTF (*International Obesity Task Force*) (Cole i Lobstein 2012), przedstawiono w raporcie dotyczącym młodzieży w wieku 11-15 lat².

Prawie wszyscy uczniowie II klasy szkół ponadpodstawowych odpowiedzieli na pytania dotyczące wysokości i masy ciała. Odsetek braków danych na temat BMI był bardzo mały i wynosił 3,1%, na co wpływały braki danych na temat masy ciała (2,9%) i wysokości ciała (1,3%). Jest to znacząco mniej niż w przypadku uczniów 11-15 lat, a ogólna tendencja wskazuje na poprawiającą się z wiekiem znajomość tych wartości.

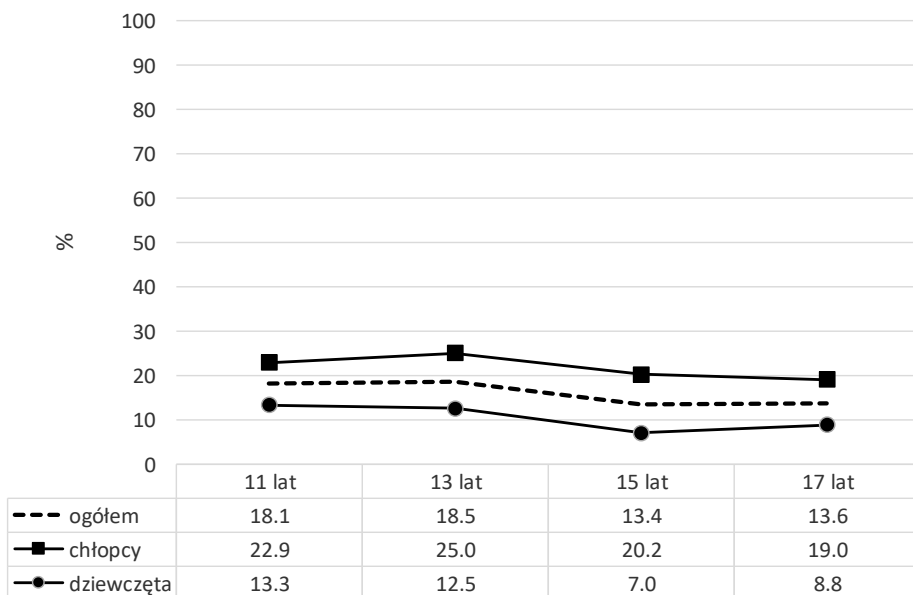
Tabela 2. Wskaźniki rozwoju somatycznego młodzieży 17-letniej, według płci (wartości średnie i odchylenia standardowe)

Płeć		Masa ciała (kg)	Wysokość (cm)	Wskaźnik masy ciała BMI (kg/m ²)
Chłopcy	\bar{x}	73,50	180,00	22,56
	SD	13,17	7,02	3,26
Dziewczęta	\bar{x}	57,84	166,1	20,95
	SD	9,40	6,14	2,99
Ogółem	\bar{x}	65,19	172,57	21,70
	SD	13,75	9,55	3,22

Średnie wartości masy ciała, wysokości i wskaźnika BMI zawiera tabela 2. Należy podkreślić, że była to grupa jednorodna pod względem wieku (średnia 17,63±0,36 lat). Średnia wysokość ciała u 17-latków obojga płci mieści się w granicach normy rozwojowej, między -1SD i +1SD według norm referencyjnych WHO 2007, sytuując się bliżej wartości +1SD (wysokorostoci), zarówno u chłopców jak i dziewcząt. Także średni BMI odpowiada wartościom normy dla młodzieży w wieku 17,5 lat według IOTF zarówno u chłopców (18,28 – 24,73 kg/m²), jak i dziewcząt (18,38 – 24,85 kg/m²).

W kategorii wskaźnika BMI według standardu IOTF, nadwaga i otyłość występowała u 13,6% ogółu badanych 17-latków, znacząco częściej u chłopców (19,0%) niż dziewcząt (8,8%); $p < 0,001$. Istotnie statystycznie różnice związane z płcią utrzymują się od 11 roku życia, ale są większe wśród 13- i 15-latków. Między 11 a 17 rokiem życia częstość nadwagi i otyłości u nastolatków zmniejsza się, średnio o 4,5 punktów procentowych, w więk-

2 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Anna Oblacińska.



Rycina 2. Częstość nadwagi i otyłości według kryterium IOTF dla BMI, według płci i wieku

szym stopniu u dziewcząt. W grupie chłopców najbardziej obciążeni nadmiarem masy ciała są 13-latkowie. Po 15-tym roku życia wskaźniki nadmiaru masy ciała stabilizują się u obu płci. W grupie chłopców nadal obserwowany jest niewielki spadek, a w grupie dziewcząt niewielki wzrost badanego wskaźnika (ryc. 2).

W tabeli 3 przedstawiono pełny rozkład kategorii masy ciała według IOTF młodzieży 17-letniej, według płci i typu szkoły. Masę ciała w normie stwierdzono u $\frac{3}{4}$ ankieto-

Tabela 3. Kategorie wskaźnika masy ciała BMI młodzieży 17-letniej, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Kategorie masy ciała BMI (%)			
			niedobór masy ciała	norma	nadwaga	otyłość
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	4,8	75,8	16,2	3,2
		Dziewczęta	18,0	74,3	6,1	1,7
	Ogółem		12,6	74,9	10,2	2,3
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	6,4	75,0	14,3	4,3
		Dziewczęta	15,5	73,9	9,1	1,5
	Ogółem		10,5	74,5	11,9	3,0
Ogółem	Płeć	Chłopcy	5,6	75,4	15,2	3,8
		Dziewczęta	17,0	74,1	7,2	1,6
	Ogółem		11,7	74,7	11,0	2,6

wanych, podobnie u chłopców i dziewcząt. Jednak płeć istotnie różnicowała wskaźnik masy ciała ($p < 0,001$): w kategorii „*niedobór masy ciała*” odsetki dziewcząt były większe, a w kategorii „*nadwaga i otyłość*” mniejsze niż chłopców, zarówno w ogólnej grupie, jak i w obrębie poszczególnych typów szkół.

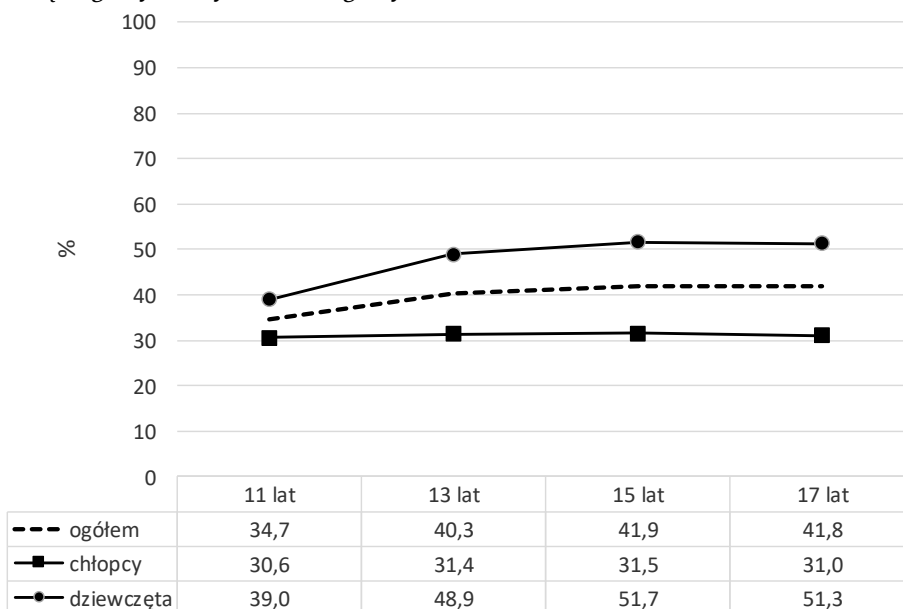
Nie stwierdzono związku między wskaźnikiem masy ciała BMI a typem szkoły. Zarówno w ogólnej grupie, jak i wśród chłopców i dziewcząt różnice między liceami ogólnokształcącymi a technikami i innymi szkołami zawodowymi były statystycznie nieistotne ($p = 0,325$ w całej badanej grupie 17-latków).

Podsumowanie

U dziewcząt istotnie częściej występuje niedobór masy ciała, a u chłopców nadwaga i otyłość. Częstość występowania nadwagi i otyłości znacząco zmniejsza się między 13 a 15 rokiem życia, w dwóch młodszych i w dwóch starszych grupach utrzymując się na zbliżonym poziomie. Tempo zmian związanych z wiekiem jest zależne od płci. Okres systematycznego spadku występowania nadmiaru masy ciała u chłopców przypada na wiek 13-17 lat, a u dziewcząt 11-15 lat. Płeć też istotnie różnicuje wskaźnik masy ciała 17-latków, zarówno w kategorii niedoboru, jak i nadmiaru masy ciała (nadwagi i otyłości). Rozkład kategorii BMI nie wykazuje związku z typem szkoły ponadpodstawowej.

4.2. Samoocena masy ciała

Analizy oparto o kategorie odpowiedzi uwzględnione w protokole badań HBSC od rundy 2001/2002 w odniesieniu do pytania obowiązkowego: „Gdy myślisz o swojej masie ciała, to sądzisz, że jesteś:...”. Podobnie jak w raporcie dotyczącym młodzieży w wieku 11-15 lat³ oraz zgodnie z podejściem prezentowanym w innych publikacjach z badań HBSC (Quick 2014), w odniesieniu do 17-latków skoncentrowano się na połączonych odpowiedziach: *trochę za gruby* i *zdecydowanie za gruby*.



Rycina 3. Uczniowie uważający, że są zbyt grubi, według płci i wieku

Swoją masę ciała jako zbyt dużą oceniło 41,8% 17-latków, istotnie częściej były to dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$). Na rycinie 3 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych. Odsetek młodzieży, która oceniała się jako zbyt gruba, wzrósł skokowo między 11 i 13 rokiem życia, a w następnych rocznikach utrzymywał się na podobnym poziomie – około 42%. U dziewcząt poziom „plateau” oscylował około 50%, podczas gdy u chłopców na dużo niższym poziomie (jedna trzecia ankietowanych).

W tabeli 4 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące samooceny masy ciała 17-latków, według płci i typu szkoły.

W 2018 roku 40,5% 17-latków oceniło swoją masę ciała jako prawidłową (prawie identycznie chłopcy jak i dziewczęta, podobnie uczniowie liceów ogólnokształcących oraz techników i szkół zawodowych). Typ szkoły nie różnicuje samooceny masy ciała

³ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Anna Oblacińska.

Tabela 4. Samoocena masy ciała 17-latków, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Samoocena masy ciała (%)				
			zdecydo- wanie za szczupły	trochę za szczupły	w sam raz	trochę za gruby	zdecydo- wanie za gruby
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	5,2	24,4	38,3	26,7	5,4
		Dziewczęta	2,0	5,0	43,8	40,0	9,2
	Ogółem		3,3	12,9	41,6	34,6	7,6
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	6,3	22,2	41,5	25,9	4,1
		Dziewczęta	2,9	5,8	36,5	46,2	8,5
	Ogółem		4,8	14,8	39,2	35,1	6,1
Ogółem	Płeć	Chłopcy	5,8	23,2	39,9	26,3	4,8
		Dziewczęta	2,3	5,3	41,0	42,4	8,9
	Ogółem		4,0	13,7	40,5	34,8	7,0

($p=0,251$). Utrzymują się natomiast wyraźne różnice związane z płcią ($p<001$), zarówno w liceach ogólnokształcących jak i technikach i szkołach zawodowych. Chłopcy prawie czterokrotnie częściej oceniali się jako zbyt szczupli („zdecydowanie” i „trochę”) niż dziewczęta, dziewczęta z kolei ponad 1,5 razy częściej niż chłopcy oceniali się jako zbyt grube („zdecydowanie” i „trochę”).

W tabeli 5 zawarto informacje, jak swoją masę ciała postrzegają 17-latki mające prawidłową masę ciała (BMI w kategorii IOTF w normie – p. rozdział „Wskaźnik masy ciała”).

Tabela 5. Samoocena masy ciała przez 17-latków z prawidłowym wskaźnikiem BMI, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Samoocena masy ciała (%)				
			zdecydo- wanie za szczupły	trochę za szczupły	w sam raz	trochę za gruby	zdecydo- wanie za gruby
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	5,3	29,5	43,9	18,6	2,8
		Dziewczęta	0,2	1,5	45,0	45,0	8,2
	Ogółem		2,3	13,1	44,6	34,1	6,0
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	7,1	25,5	44,2	21,1	2,0
		Dziewczęta	0,8	3,7	37,9	51,4	6,2
	Ogółem		4,3	15,6	41,3	34,8	3,9
Ogółem	Płeć	Chłopcy	6,2	27,5	44,0	19,9	2,4
		Dziewczęta	0,5	2,3	42,3	47,4	7,4
	Ogółem		3,2	14,2	43,1	34,4	5,1

Tylko 43,1% 17-latków adekwatnie oceniło swoją masę ciała jako prawidłową („w sam raz”), równie często chłopcy, jak i dziewczęta, nieco częściej (aczkolwiek nieistotnie statystycznie) uczniowie liceów ogólnokształcących niż techników i szkół zawodowych.

Biorąc pod uwagę pozostałe kategorie samooceny masy ciała, również w przypadku uczniów z masą ciała w normie, płeć była czynnikiem różnicującym odpowiedzi ($p < 0,001$). Chłopcy dwunastokrotnie częściej postrzegali się jako zbyt szczupli („zdecydowanie” i „trochę”), a dziewczęta ponad dwukrotnie częściej jako zbyt grube („zdecydowanie” i „trochę”) niż ich rówieśnicy przeciwnej płci.

Zarówno w grupie ogółem, jak i wśród chłopców i dziewcząt z prawidłową masą ciała, różnice w postrzeganiu swojej masy ciała w zależności od typu szkoły nie były istotne statystycznie ($p = 0,081$ w całej badanej grupie 17-latków).

Podsumowanie

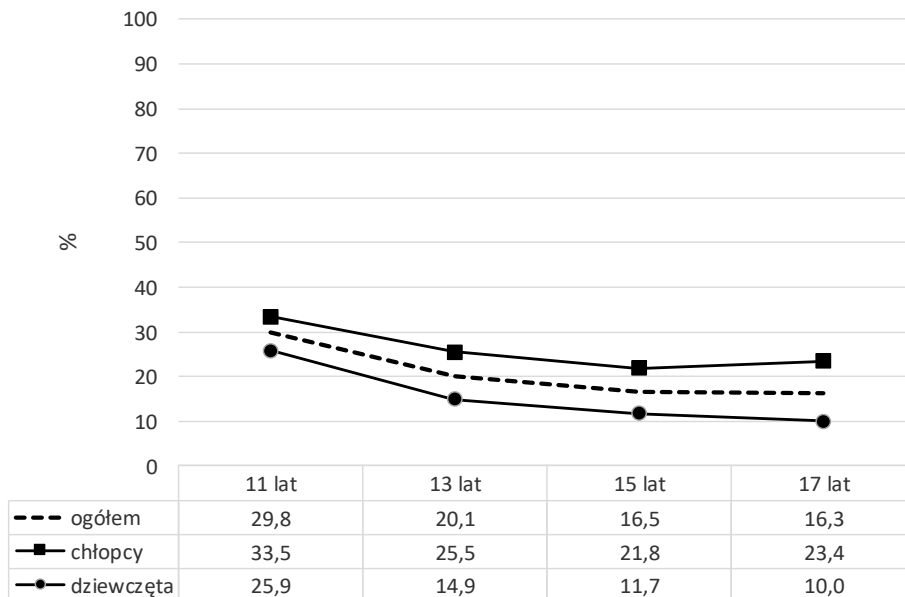
Odsetek młodzieży szkolnej, która postrzega swoją masę ciała jako zbyt dużą („trochę i zdecydowanie za gruby” łącznie), jest najmniejszy w najmłodszej grupie wieku, znacznie zwiększa się w wieku 13 lat (u dziewcząt aż o 10 punktów procentowych), a następnie pozostaje na podobnym poziomie, zarówno w całej grupie 15- i 17-latków, jak i u chłopców i dziewcząt. 17-letni chłopcy częściej oceniają swoją masę ciała jako zbyt małą, a dziewczęta - jako zbyt dużą. Niepokojący jest fakt, że ponad połowa dziewcząt z masą ciała w normie ocenia się jako zbyt grube, a odsetek takich odpowiedzi jest w tej grupie większy niż adekwatnej oceny swej masy ciała jako prawidłowej. Wśród 17-latków typ szkoły nie różnicuje samooceny masy ciała ani w całej badanej grupie, ani w grupie z prawidłową masą ciała.

4.3. Samoocena zdrowia

Pytanie na temat samooceny zdrowia stanowi w protokole badań HBSC jedno z trzech kluczowych pytań dotyczących subiektywnej oceny zdrowia⁴.

Młodzież miała za zadanie ocenić, czy uważa swoje zdrowie za: *doskonałe, dobre, niezłe lub słabe*. W opisie wyników wcześniejszych rund badań HBSC definiowano wskaźnik negatywny – odsetek uczniów uznających swoje zdrowie za gorsze niż dobre (Elgar i in. 2016).

W ostatnim raporcie międzynarodowym skoncentrowano się jednak na wskaźniku pozytywnym – odsetku uczniów uznających swoje zdrowie za doskonałe (Inchley 2020). Odsetek ten systematycznie pogarsza się w wieku 11-15 lat, po czym następuje jego stabilizacja w 17-tym roku życia, ale tylko w odniesieniu do ogólnego wskaźnika. 17-letni chłopcy oceniają nawet swoje zdrowie trochę lepiej niż 15-letni, podczas gdy u dziewcząt po 15. roku życia obserwuje się dalsze nieznaczne pogorszenie samooceny zdrowia. Różnice związane z płcią nasilają się więc w najstarszej grupie wieku (ryc. 4).



Rycina 4. Odsetek uczniów uznających swoje zdrowie za doskonałe, według płci i wieku

Podobnie jak w innych rozdziałach tego raportu, szczegółowej analizie poddano najstarszą grupę wieku, uwzględniając też różnice między młodzieżą uczęszczającą do szkół różnych typów (tab. 6). W grupie 17-latków utrzymują się znaczące różnice w samoocenie zdrowia chłopców i dziewcząt ($p < 0,001$). Odsetek dziewcząt oceniających bardzo

4 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Joanna Mazur.

dobrze swoje zdrowie jest o 13,4% mniejszy w porównaniu z chłopcami. Jednocześnie zwiększa się o 7,6% odsetek dziewcząt uznających własne zdrowie za gorsze niż dobre.

Różnica między szkołami różnych typów okazała się statystycznie nieistotna ($p=0,444$). Chłopcy uczący się w liceach ogólnokształcących oceniają swoje zdrowie nieznacznie gorzej niż rówieśnicy z techników i szkół zawodowych. W przypadku dziewcząt tendencja jest odwrotna, ponieważ to w technikach i szkołach zawodowych samoocena zdrowia dziewcząt jest gorsza niż w liceach ogólnokształcących. W obu przypadkach różnice nie były jednak statystycznie istotne (odpowiednio $p=0,244$ dla chłopców oraz $p=0,179$ dla dziewcząt). Ciekawym spostrzeżeniem i konsekwencją powyższej prawidłowości jest pogłębianie się różnicy w samoocenie zdrowia chłopców i dziewcząt w technikach i szkołach zawodowych. Dotyczy to w szczególności dwukrotnie większej niż w liceach ogólnokształcących różnicy w odsetku dziewcząt i chłopców uznających zdrowie za doskonałe, odpowiednio 9,3% w liceach i 18,4% w technikach lub szkołach zawodowych (tab. 6).

Tabela 6. Samoocena zdrowia uczniów w wieku 17-lat, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Samoocena zdrowia (%)			
			doskonałe	dobrze	nieźle	słabe
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	20,9	59,4	15,5	4,1
		Dziewczęta	11,6	61,5	20,9	5,9
	Ogółem	15,4	60,7	18,7	5,2	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	25,7	53,5	17,6	3,2
		Dziewczęta	7,3	63,6	23,6	5,5
	Ogółem	17,3	58,1	20,3	4,3	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	23,4	56,4	16,6	3,6
		Dziewczęta	10,0	62,3	22,0	5,8
	Ogółem	16,3	59,5	19,4	4,8	

Podsumowanie

Samoocena zdrowia znacząco pogarsza się w pierwszej połowie drugiej dekady życia. Pomiędzy 15 a 17 rokiem życia zmiany odsetka młodzieży uznającej własne zdrowie za doskonałe są już niewielkie, a niewielkie pogorszenie tej samooceny dotyczy tylko dziewcząt. Uczniowie 17-letni uczęszczający do szkół różnych typów podobnie oceniają swoje zdrowie i w obu analizowanych typach szkół samoocena zdrowia dziewcząt jest dużo gorsza niż chłopców. W technikach i szkołach zawodowych różnice na niekorzyść dziewcząt są jednak dużo większe niż w liceach ogólnokształcących.

4.4. Choroby przewlekłe i związane z nimi obciążenia

Pytania dotyczące występowania chorób przewlekłych lub niepełnosprawności oraz wynikających z tego faktu ograniczeń i obciążeń dotyczących uczniów, jako moduł dodatkowy, były prezentowane w publikacjach naukowych (Małkowska-Szkutnik i Mazur 2019), jednak nie opisano ich w raporcie dotyczącym młodzieży w wieku 11-15 lat. Dla tego analizie poddano dalej wszystkie cztery grupy wieku. Poniższe trzy pytania tworzyły odrębny pakiet opcjonalny (*chronic conditions*) i w protokole HBSC brzmiały:

- ✓ *Czy chorujesz na jakąś przewlekłą (długotrwałą) chorobę lub jesteś niepełnosprawny lub masz inne kłopoty ze zdrowiem (np. cukrzycę, zapalenie stawów, poważną alergię, mózgową porażenie dziecięce), co zostało stwierdzone przez lekarza?, z kategoriami odpowiedzi: tak/nie.*
- ✓ *Czy bierzesz leki w związku z tą chorobą przewlekłą, niepełnosprawnością lub innymi poważnymi kłopoty ze zdrowiem?, z kategoriami odpowiedzi: nie choruję na chorobę przewlekłą, nie jestem niepełnosprawny, nie mam kłopotów ze zdrowiem, tak, biorę leki, nie biorę leków.* Na pytanie odpowiadali uczniowie od 13 roku życia.
- ✓ *Czy ta choroba przewlekła, niepełnosprawność lub inne kłopoty ze zdrowiem ograniczają Twoją obecność w szkole i udział w zajęciach szkolnych?, z kategoriami odpowiedzi: nie choruję na chorobę przewlekłą, nie jestem niepełnosprawny, nie mam kłopotów ze zdrowiem, tak, ograniczają, nie ograniczają.* Odpowiedzi udzielali uczniowie we wszystkich grupach wieku.

W całej badanej grupie 6925 uczniów w wieku 11-17 lat jedynie 12 osób (0,2%) nie odpowiedziało na pytanie o choroby przewlekłe.

W analizie wszystkich trzech pytań skoncentrowano się na negatywnych wskaźnikach. Obciążenia wynikające z choroby lub niepełnosprawności analizowano w grupie przewlekłe chorych, eliminując nieliczne odpowiedzi niespójne. Należy pamiętać, że nie są to wskaźniki populacyjne, ponieważ odpowiadała tylko młodzież uczęszczająca do szkoły w normalnym trybie i obecna w dniu ankietyzacji. W tabeli 7 przedstawiono odpowiedzi na pytania na temat występowania u ankietowanych uczniów choroby przewlekłej lub niepełnosprawności (N=6925), a w podgrupie uczniów z chorobami, na temat przyjmowania z tego powodu leków oraz ograniczeń, przede wszystkim związanych z absencją szkolną (N=1064).

Przewlekłą chorobę lub niepełnosprawność raportowało ogółem 15,4% badanych, istotnie częściej dziewczęta (16,9%) niż chłopcy (13,8%); $p < 0,001$ dla całej grupy. Wśród 17-latków różnice między dziewczętami (20,0%) i chłopcami (13,2%) były największe, a w grupie 11-latków najmniejsze. Również wiek istotnie różnicował występowanie choroby przewlekłej lub niepełnosprawności ($p < 0,001$). Odsetek 17-latków z tym problemem był o ponad 5 % większy niż u uczniów z najmłodszej grupy wieku (16,9% wobec 11,6%).

Pośród uczniów 13-17 lat ze zdiagnozowaną przez lekarza chorobą przewlekłą prawie $\frac{2}{3}$ przyjmowało z tego powodu leki. Różnica między trzema grupami wieku była staty-

Tabela 7. Choroby przewlekłe i wynikające z nich obciążenia (%), według płci i wieku

Grupa wieku			Choroba przewlekła /niepełnosprawność stwierdzona przez lekarza (N=6925)		Wśród osób z chorobami przewlekłymi (N=1064)			
					Przyjmowanie leków		Opuszczanie zajęć	
			Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
11	Płeć	Chłopcy	11,5	88,5			17,9	82,1
		Dziewczęta	11,7	88,3			21,4	78,6
	Ogółem	11,6	88,4			19,6	80,4	
13	Płeć	Chłopcy	13,2	86,8	72,2	27,8	23,5	76,5
		Dziewczęta	17,1	82,9	67,4	32,6	27,0	73,0
	Ogółem	15,2	84,8	69,4	30,6	25,5	74,5	
15	Płeć	Chłopcy	16,9	83,1	58,5	41,5	25,5	74,5
		Dziewczęta	18,3	81,7	59,1	40,9	26,1	73,9
	Ogółem	17,6	82,4	58,9	41,1	25,8	74,2	
17	Płeć	Chłopcy	13,2	86,8	65,0	35,0	24,0	76,0
		Dziewczęta	20,0	80,0	68,9	31,1	38,8	61,2
	Ogółem	16,9	83,1	67,5	32,5	33,5	66,5	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	13,8	86,2	64,5	35,5	23,2	76,8
		Dziewczęta	16,9	83,1	65,1	34,9	29,6	70,4
	Ogółem	15,4	84,7	64,9	35,1	26,8	73,2	

stycznie istotna ($p=0,022$). Stosunkowo najrzadziej leki przyjmowali uczniowie 15-letni (związek z wiekiem nieliniowy). Obecność choroby przewlekłej powodowała absencję szkolną u ponad $\frac{1}{4}$ uczniów 11-17 lat, a wiek był tu czynnikiem różnicującym ($p=0,012$). 17-latki opuszczały zajęcia szkolne najczęściej, a najrzadziej uczniowie z najmłodszej grupy wieku.

W tabeli 8 przedstawiono odpowiedzi na powyższe pytanie tylko u młodzieży 17-letniej, ale według płci i typu szkoły. Nieco większy odsetek uczniów z chorobami przewlekłymi stwierdzono w liceach ogólnokształcących (18,1%) niż w technikach i szkołach zawodowych (15,3%) – bez różnic statystycznie istotnych ($p=0,125$). Trzeba mieć tu na względzie, że na etapie wyboru szkoły zawodowej brana jest pod uwagę kondycja zdrowotna ucznia, a wobec kandydatów do liceów nie stawia się wymogów zdrowotnych. Płeć różnicuje odsetek uczniów z chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością w obu typach szkół. Istotnie więcej przypadków występuje wśród dziewcząt niż chłopców ($p<0,001$). Uczniowie 17-letni z chorobami przewlekłymi uczęszczający do tych dwóch typów szkół nie różnili się pod względem częstości przyjmowania leków ($p=0,376$), ani częstości opuszczania zajęć szkolnych ($p=0,890$).

Tabela 8. Choroby przewlekłe i wynikające z nich obciążenia wśród 17-latków, według płci i typu szkoły

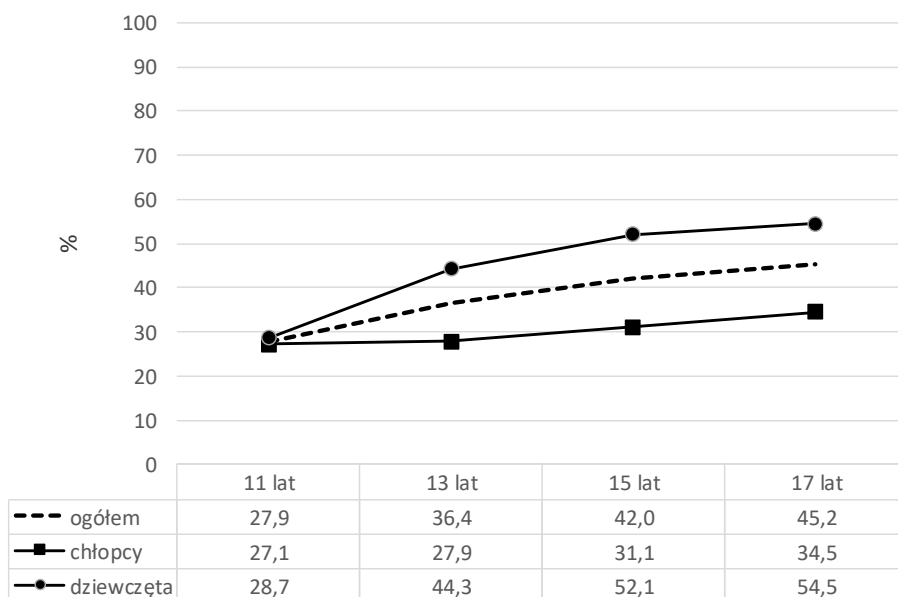
Grupa wieku			Choroba przewlekła/ niepełnosprawność stwierdzona przez lekarza		Wśród osób z chorobami przewlekłymi (N=1064)			
					Przyjmowanie leków		Opuszczanie zajęć	
			Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	15,1	84,9	63,6	36,4	21,8	78,2
		Dziewczęta	20,2	79,8	66,4	33,6	38,7	61,3
	Ogółem		18,1	81,9	65,5	34,5	33,1	66,9
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	11,5	88,5	66,7	33,3	26,7	73,3
		Dziewczęta	19,8	80,2	73,1	26,9	38,8	61,2
	Ogółem		15,3	84,7	70,5	29,5	33,9	66,1

Podsumowanie

Częstość występowania chorób przewlekłych lub niepełnosprawności okazała się stosunkowo niższa wśród 11-latków, a najwyższa u 15-latków. Absencja szkolna związana z chorobą przewlekłą istotnie zwiększała się z wiekiem. Typ szkoły ponadpodstawowej nie różnicował ani częstości występowania chorób przewlekłych, ani związanych z tym obciążeń. U starszej młodzieży narastają zależne od płci różnice w częstości występowania chorób przewlekłych, na niekorzyść dziewcząt.

4.5. Odczuwanie zmęczenia

Pytanie na temat odczuwania zmęczenia włączono w Polsce poza protokołem międzynarodowym HBSC, rozszerzając 8-stopniową skalę dolegliwości subiektywnych. Dane na temat uczniów w wieku 11-15 opisano w raporcie krajowym HBSC 2018⁵ oraz prezentowano w innych publikacjach (Kleszczewska 2017). W analizach zastosowano negatywny wskaźnik, tzn. odsetek badanych uczniów, którzy odczuwają zmęczenie prawie codziennie. Ze względu na powszechność tego symptomu zastosowano inny punkt odcięcia niż w przypadku pozostałych dolegliwości (gdzie brano pod uwagę ich odczuwanie codziennie lub kilka razy w tygodniu).



Rycina 5. Odczuwanie zmęczenia prawie codziennie, według płci i wieku

Na rycinie 5 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych. Odsetek młodzieży, która prawie codziennie odczuwa zmęczenie, zwiększa się wraz z wiekiem, a nasilenie różnic zależnych od płci obserwuje się od 13 roku życia. Wśród dziewcząt po okresie gwałtownego wzrostu między 11 a 15 rokiem życia, następuje stabilizacja wskaźnika. W grupie chłopców w kolejnych grupach wieku obserwuje się znacznie mniejszy wzrost odsetka codziennie odczuwających zmęczenie niż wśród dziewcząt oraz brak różnic między 11- i 13-latkami.

W tabeli 9 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące odczuwania zmęczenia przez młodzież 17-letnią wg płci i typu szkoły. Dziewczęta istotnie częściej niż

5 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Joanna Mazur.

Tabela 9. Częstość odczuwania zmęczenia, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Odczuwanie zmęczenia (%)				
			prawie codziennie	częściej niż 1 raz w tyg.	prawie w każdym tyg.	prawie w każdym mies.	rzadko lub nigdy
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	36,9	25,7	19,4	10,5	7,6
		Dziewczęta	55,1	20,9	15,3	6,3	2,3
	Ogółem		47,7	22,8	17,0	8,0	4,5
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	32,3	20,8	21,6	13,4	11,9
		Dziewczęta	53,4	17,2	16,6	7,3	5,5
	Ogółem		42,0	19,2	19,3	10,6	9,0
Ogółem	Płeć	Chłopcy	34,5	23,2	20,5	12,0	9,8
		Dziewczęta	54,5	19,5	15,8	6,7	3,6
	Ogółem		45,2	21,2	18,0	9,2	6,5

chłopcy odczuwają zmęczenie ($p < 0,001$), a różnice zależne od płci są widoczne w obu typach szkół. Wnioskowanie na temat różnic związanych z płcią nie jest jednoznaczne. W całej badanej grupie 17-latków można mówić o istotnej różnicy na niekorzyść liceów ogólnokształcących ($p < 0,001$). Jednak nie potwierdzają tak wyraźnej zależności dane dla chłopców ($p = 0,067$) i dziewcząt ($p = 0,084$). Na korzyść chłopców ze szkół zawodowych przemawia stosunkowo wysoki odsetek nieodczuwających prawie nigdy zmęczenia (11,9% wobec 6,5% dla całej grupy 17-latków).

Podsumowanie

Odsetek młodzieży odczuwającej prawie codziennie zmęczenie wzrasta wraz z wiekiem, a różnice związane z płcią zaczynają być widoczne od 13 roku życia, na niekorzyść dziewcząt. Różnice związane z płcią utrzymują się w grupie 17-latków. Płeć jest w tej grupie wieku czynnikiem moderującym związek między odczuwaniem dolegliwości a typem szkoły.

4.6. Długość snu

W ostatniej rundzie badań HBSC przeprowadzonej w roku szkolnym 2017/18 wprowadzono nowe opcjonalne bloki tematyczne dotyczące długości i jakości snu (Gariep i in. 2020). Jest to część modułu dotyczącego zdrowia opracowana przez grupę roboczą *Mental Health and Well-being*. W Polsce do kwestionariusza wszystkich grup wieku włączono tylko pytania na temat długości snu, pomijając kwestię jakości (problemy z zaśnięciem, wybudzanie się w środku nocy, bezsenność nad ranem, bycie lub nie wypoczętym rano). Wyniki nie zostały włączone do opublikowanego w 2018 roku krajowego raportu, obejmującego trzy grupy wieku HBSC, ponieważ raport koncentrował się na pytaniach obojętnych.

Uczniowie podawali osobno dla dni szkolnych i dni weekendu typową godzinę, o której kładą się spać i o której budzą się rano. Odpowiedzi były kodowane w przedziałach półgodzinnych wg następujących zróżnicowanych wariantów:

- Kładzenie się do łóżka przed dniem pójścia do szkoły: 11 możliwości od „nie później niż o 21.00” do „o 2.00 w nocy lub później”;
- Kładzenie się do łóżka w weekendy lub dni wolne od szkoły: 15 możliwości od „nie później niż o 21.00” do „o 4.00 nad ranem lub później”;
- Budzenie się rano przed pójściem do szkoły: 7 możliwości od „nie później niż o 5.00” do „o 8.00 rano lub później”;
- Budzenie się rano w weekendy lub dni wolne od szkoły: 15 możliwości od „nie później niż o 7.00” do „o 8.00 rano lub później”.

Na podstawie powyższych informacji oszacowano indywidualny czas trwania snu, a właściwie odpoczynku nocnego. Jak wynika z wielu opracowań, istnieje szereg możliwości analizowania długości snu, a punkty odcięcia dla wartości uznawanych za prawidłowe zależą od wieku. Można ocenić częstość spania za krótko i zbyt długo, podawać średni czas trwania snu, jak również zwracać uwagę na częstość kładzenia się do łóżka po godzinie, której przekraczanie w wieku rozwojowym jest krytykowane przez ekspertów (na przykład po 22-iej). W tym rozdziale rozróżniając dni nauki szkolnej oraz weekendy lub dni wolne od szkoły, skoncentrowano się na analizie średniego czasu trwania snu oraz negatywnym wskaźniku - odsetku młodzieży, która śpi zbyt krótko, nie spełniając obowiązujących rekomendacji.

Według zaleceń ekspertów młodzież do 13. rok życia powinna spać minimum 9 godzin, a starsza minimum 8 godzin. Optymalna długość snu dla młodszej i starszej grupy w naszym przedziale wieku to odpowiednio 9-11 oraz 8-10 godzin (Hirshkowitz i in. 2015). Analizując zebrane dane, obliczono dokładny wiek ankietowanych. Uczniowie, którzy już obchodzili 14-te urodziny, klasyfikowani byli w drugiej grupie rekomendacji. Oznacza to, że w grupie wieku umownie w tabelach określonej jako 13-latki znalazły się w zależności od daty urodzenia osoby, które powinny spać minimum 8 lub 9 godzin.

Wykazano, że w całej badanej grupie uczniów w wieku 11-17 lat, średnia długość snu

wynosiła 7 godzin i 47 minut w dniach szkolnych oraz 9 godzin i 35 minut w dniach wolnych od nauki (po przeliczeniu części dziesiętnych godzin na minuty). Ciekawym spostrzeżeniem jest większy rozrzut wartości (mierzony odchyleniem standardowym SD) w przypadku rozkładu czasu trwania snu w dniach wolnych od nauki. Odsetek braków danych był większy w przypadku dni wolnych i wynosił 2,15%, w porównaniu do 1,37% w odniesieniu do dni szkolnych.

Wykazano, że średnia długość snu zmniejsza się w kolejnych czterech analizowanych rocznikach. W przypadku dni szkolnych jest to różnica około 1 godziny 41 minut, a w przypadku dni wolnych od nauki około 60 minut. Różnice między grupami wieku są w obu przypadkach statystycznie istotne. Utrzymują się też istotne różnice między kolejno następującymi po sobie grupami wieku, co wskazuje na systematyczne obniżanie się długości snu w miarę dorastania. Różnice okazały się stosunkowo najmniejsze w odniesieniu do dni wolnych i zmian między 13 a 15 rokiem życia.

Długość snu zależy też istotnie od płci. W całej grupie respondentów w wieku 11-17 lat dziewczęta spały krócej w dniach szkolnych, ale dłużej od chłopców w dniach weekendu ($p < 0,001$ w obu przypadkach). Wnioskowanie na temat różnic związanych z płcią

Tabela 10. Długość snu, według płci i wieku

Grupa wieku / Płeć			Dni szkolne		Dni wolne od nauki	
			średnia \pm SD (godz.)	poniżej rekomendacji (%)	średnia \pm SD (godz.)	poniżej rekomendacji (%)
11 lat	Płeć	Chłopcy	8,50 \pm 0,99	54,9	9,85 \pm 1,65	21,6
		Dziewczęta	8,40 \pm 1,00	59,7	10,13 \pm 1,47	13,6
	Ogółem		8,45 \pm 0,99	57,2	9,99 \pm 1,57	17,7
13 lat	Płeć	Chłopcy	7,85 \pm 1,14	75,7	9,41 \pm 1,69	29,2
		Dziewczęta	7,55 \pm 1,15	85,8	9,51 \pm 1,62	24,6
	Ogółem		7,69 \pm 1,15	80,9	9,46 \pm 1,65	26,8
15 lat	Płeć	Chłopcy	7,26 \pm 1,12	63,5	9,20 \pm 1,58	15,1
		Dziewczęta	7,17 \pm 1,11	67,9	9,39 \pm 1,49	13,2
	Ogółem		7,21 \pm 1,12	65,8	9,30 \pm 1,54	14,1
17 lat	Płeć	Chłopcy	6,77 \pm 1,13	81,7	8,84 \pm 1,67	19,4
		Dziewczęta	6,76 \pm 1,11	82,3	9,12 \pm 1,45	15,6
	Ogółem		6,77 \pm 1,12	82,0	8,99 \pm 1,57	17,4
Ogółem	Płeć	Chłopcy	7,61 \pm 1,27	68,6	9,34 \pm 1,69	21,4
		Dziewczęta	7,45 \pm 1,25	74,1	9,53 \pm 1,55	16,7
	Ogółem		7,53\pm1,26	71,4	9,44\pm1,62	19,0

zmienia się w kolejnych grupach wieku. W przypadku dni szkolnych jedyną grupą, w której stwierdza się różnice statystycznie istotne (na niekorzyść dziewcząt), są 13-latkowie ($p < 0,001$). W przypadku 11-latków osiągnięto wynik graniczny ($p = 0,048$), a w dwóch starszych grupach wieku stwierdzono brak istotności statystycznej. W grupie 17-latków długość snu chłopców i dziewcząt jest w dniach szkolnych już prawie identyczna. Z kolei w odniesieniu do dni weekendu 13-latkowie są jedyną grupą wieku, w której płeć nie różnicuje długości odpoczynku nocnego.

Zestawiając rozkład czasu snu polskich nastolatków z obowiązującymi rekomendacjami (oraz kryteriami dla różnych grup wieku), stwierdzono, że w dniach szkolnych deficyty snu wystąpiły u 71,4%, a w dniach weekendu lub innych wolnych od nauki u 19,0% ankietowanych uczniów w wieku 11-17 lat (tab. 10). Potwierdziła się też prawidłowość opisana przy analizie wartości średnich. Dziewczęta istotnie częściej niedosypiają przed pójściem do szkoły, a chłopcy istotnie częściej w dniach pozaszkolnych. Wykazano też zróżnicowanie odsetków uczniów śpiących zbyt krótko w kolejnych grupach wieku, ale zmiany nie miały już charakteru liniowego, jak w przypadku wartości średnich. W odniesieniu do dni szkolnych największe deficyty snu stwierdzono u 13-latków i 17-latków, a najmniejsze u 11-latków. W przypadku dni wolnych od nauki zdecydowanie częściej za krótko spała młodzież 13-letnia.

Przekroczenie górnej granicy rekomendowanego czasu trwania snu zdarza się sporadycznie w dniach szkolnych i względnie często w dniach wolnych od nauki. Może to wskazywać na skłonność do wyrównywania niedoborów snu z całego tygodnia. W grupie do 14 roku życia średnio powyżej 11 godzin spało w dniach wolnych 15,2% ankietowanych, a w grupie powyżej 14 roku życia średnio więcej niż 10 godzin spało 21,9%.

Podobnie jak w innych częściach tego raportu, sprawdzono też w grupie 17-latków, czy typ szkoły różnicuje podstawowe analizowane powyżej wskaźniki długości snu. Średni czas trwania snu był zbliżony w obu typach szkół (odpowiednio $p = 0,206$ w dniach szkolnych i $p = 0,408$ w dniach wolnych). Większe różnice związane z płcią stwierdzono w liceach ogólnokształcących ($p = 0,001$) niż w technicach i innych szkołach zawodowych ($p = 0,092$) i tylko w odniesieniu do dni wolnych od nauki. W przypadku dni szkolnych nie wykazano różnic w średnim czasie trwania snu chłopców i dziewcząt, zarówno w całej grupie 17-latków ($p = 0,819$), jak i obu typach szkół.

Nie wykazano również, aby typ szkoły determinował nasilenie deficytu snu wśród 17-latków. Zarówno w dniach szkolnych ($p = 0,532$), jak w czasie wolnym od nauki ($p = 0,174$) nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między młodzieżą ze szkół różnych typów w odsetkach śpiących zbyt krótko. W dniach szkolnych odsetek ten był najmniejszy wśród chłopców ze szkół zawodowych, wobec bardzo zbliżonego poziomu w innych grupach wyróżnionych ze względu na płeć i typ szkoły. W przypadku dni wolnych od nauki odsetek niespełniających zaleceń co do długości wypoczynku nocnego wahał się od 14,4% wśród dziewcząt z liceów ogólnokształcących do 19,9% wśród chłop-

Tabela 11. Długość snu młodzieży 17-letniej, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Dni szkolne		Dni wolne od nauki	
			średnia \pm SD (godz.)	poniżej reko- mendacji (%)	średnia \pm SD (godz.)	poniżej reko- mendacji (%)
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	6,76 \pm 1,08	82,8	8,82 \pm 1,49	18,9
		Dziewczęta	6,72 \pm 1,14	82,4	9,16 \pm 1,45	14,4
	Ogółem		6,74 \pm 1,11	82,5	9,02 \pm 1,47	16,3
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	6,78 \pm 1,17	80,7	8,86 \pm 1,83	19,9
		Dziewczęta	6,83 \pm 1,08	82,1	9,07 \pm 1,47	17,5
	Ogółem		6,81 \pm 1,13	81,3	8,96 \pm 1,68	18,8

ców z techników i innych szkół zawodowych. Wykazano też, że w dniach pozaszkolnych w liceach ogólnokształcących nasilają się różnice związane z płcią, na niekorzyść chłopców, co potwierdza wnioskowanie oparte na wartościach średnich (tab. 11).

Podsumowanie

Średni czas odpoczynku nocnego znacząco obniża się między 11 a 17 rokiem życia. Nastolatki śpią o około dwie godziny dłużej w dniach wolnych od nauki w porównaniu z dniami szkolnymi. W dniach pozaszkolnych obserwuje się też dużo większe zróżnicowanie długości snu, co może wskazywać na różne wzorce odpoczynku. Odsetek uczniów niespełniających rekomendacji odnośnie do długości snu jest w Polsce alarmująco wysoki. W dniach szkolnych rekomendacji nie spełnia 71,4% ankietowanych w tym przedziale wiekowym, a w dniach wolnych 19,0%. Wnioskowanie na temat różnic związanych z płcią zależy od grupy wieku, a u starszej młodzieży też od typu szkoły. Dziewczęta mają tendencję do krótszego niż chłopcy odpoczynku nocnego w dniach szkolnych, ale dłuższego, kiedy nie muszą następnego dnia iść do szkoły. Różnice związane z płcią pogłębiają się wśród 17-latków z liceów ogólnokształcących, co wyraża się krótszym snem chłopców niż dziewcząt w czasie weekendów i dni wolnych od nauki.

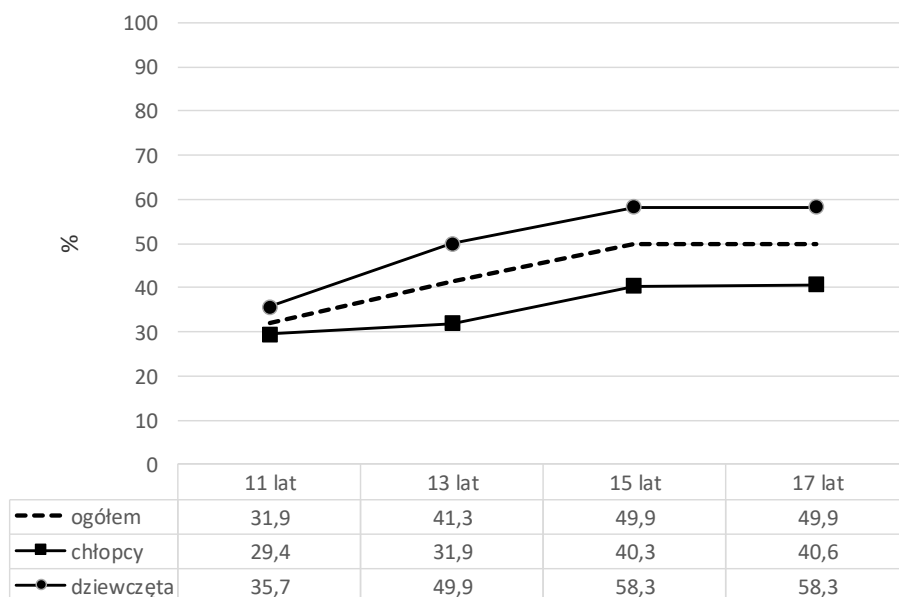
5. ZDROWIE PSYCHICZNE I CZYNNIKI POZNAWCZE

5.1. Powtarzające się nieswoiste dolegliwości

Do oceny odczuwanych przez młodzież dolegliwości zastosowano skalę nieswoistych dolegliwości subiektywnych, składającą się z ośmiu stwierdzeń, z których pierwsze cztery dotyczą dolegliwości subiektywnych, a cztery pozostałe mają podłoże psychiczne⁷ (Marques 2019).

Zastosowano negatywny wskaźnik, tzn. odsetek badanych uczniów, którzy odczuwają dwie lub więcej dolegliwości, częściej niż 1 raz w tygodniu lub codziennie (powtarzające się dolegliwości). Jest to tzw. wskaźnik mnogich dolegliwości psychosomatycznych.

Na rycinie 6 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych.



Rycina 6. Mnogie dolegliwości subiektywne, według wieku płci i wieku

Odsetek młodzieży w wieku 11-15 lat odczuwającej co najmniej 2 powtarzające się dolegliwości subiektywne zwiększa się wraz z wiekiem. Wśród 17-latków trend wzrostowy zostaje zatrzymany i ten odsetek utrzymuje się na identycznym poziomie, jak w grupie 15-latków (49,9%). Wśród najstarszych uczniów, tak jak w przypadku pozostałych grup wieku, dziewczęta w porównaniu z chłopcami istotnie częściej zgłaszają mnogie dolegliwości subiektywne (odpowiednio 58,3% i 40,6%).

W tabeli 12 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące odczuwania dole-

7 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Joanna Mazur.

Tabela 12. Dolegliwości subiektywne młodzieży 17-letniej, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Dolegliwości subiektywne (%)			
			wcale	Jedna	Dwie	trzy lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	34,9	23,8	12,9	28,4
		Dziewczęta	26,8	15,4	11,6	46,3
	Ogółem	30,1	18,8	12,1	39,0	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	42,4	17,8	15,1	24,6
		Dziewczęta	25,1	16,0	12,8	46,1
	Ogółem	34,5	17,0	14,1	34,4	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	38,8	20,7	14,1	26,5
		Dziewczęta	26,1	15,6	12,1	46,2
	Ogółem	32,1	18,0	13,0	36,9	

gliwości subiektywnych przez młodzież 17-letnią wg płci i typu szkoły. Odsetek młodzieży zakwalifikowanej do grupy odczuwającej co najmniej 2 powtarzające się dolegliwości, czyli dolegliwości mnogie, jest istotnie większy wśród dziewcząt niż wśród chłopców ($p < 0,001$), a różnice zależne od płci są wyraźnie większe w grupie uczniów szkół zawodowych. Uczniowie liceów ogólnokształcących, w porównaniu z uczniami szkół zawodowych, nieco częściej zgłaszali powtarzające się dolegliwości, a wykazane różnice były bliskie granicy istotności statystycznej ($p = 0,075$). Po stratyfikacji analiz ze względu na płeć wykazano istotny związek nasilenia dolegliwości z typem szkoły u chłopców ($p = 0,044$) i ewidentny brak związku u dziewcząt ($p = 0,904$).

Podsumowanie

Odsetek młodzieży odczuwającej co najmniej dwie powtarzające się dolegliwości wzrasta wraz z wiekiem do 15 roku życia i pozostaje na takim samym poziomie u 17-latków. Częstość zgłaszania dolegliwości jest zbliżona u chłopców i dziewcząt w wieku 11-lat, z wiekiem różnice związane z płcią nasilają się. Zarysowała się tendencja do częstszego odczuwania mnogich dolegliwości przez uczniów liceów ogólnokształcących w porównaniu z rówieśnikami ze szkół zawodowych, co jest wyraźniej widoczne w populacji chłopców.

5.2. Ogólne samopoczucie i zagrożenie depresją

Poziom dobrostanu, czyli dobrego samopoczucia młodzieży, badano z zastosowaniem skali znanej jako WHO-5 (*WHO-5 Well Being Index*) (Topp 2015). Skala ta składa się z 5 stwierdzeń, które były związane z pozytywnym nastrojem (*Czułem się wesoły i w dobrym nastroju; Czułem się spokojny i odprężony*), witalnością (*Czułem się aktywny i energiczny; Budziłem się z uczuciem świeżości i wypoczęty*) oraz posiadaniem i realizowaniem zainteresowań (*Moje codzienne życie było wypełnione interesującymi mnie sprawami*). Każda z pięciu pozycji skali była oceniana przez badaną młodzież w skali od 0 (*nigdy*) do 5 (*cały czas*). Skala WHO-5 została włączona do protokołu badań HBSC 2017/18 jako pakiet opcjonalny. W związku z tym nie prezentowano wyników w krajowym raporcie wydanym pod koniec 2018 roku. Pojawiło się jednak krajowe opracowanie, w którym omówiono uwarunkowania niskich wartości WHO-5, zwracając szczególną uwagę na czynniki behawioralne (Kleszczewska i in. 2019).

Wynik ogólny skali przyjmuje zakres od 0 do 25 punktów, a wyższe wartości oznaczają lepsze samopoczucie. Skala WHO-5 jest wiarygodnym wskaźnikiem funkcjonowania emocjonalnego, zarówno dorosłych, jak i dzieci oraz młodzieży. Traktuje się ją też często jako test przesiewowy w kierunku depresji. Wynik poniżej 8 punktów uznawany jest jako punkt odcięcia w tym teście. W analizach skoncentrowano się na negatywnym wskaźniku, zwracając też uwagę na wskaźnik pozytywny. Jako bardzo dobre samopoczucie przyjęto umownie wynik co najmniej 19 punktów w skali (nie ma zewnętrznych kryteriów).

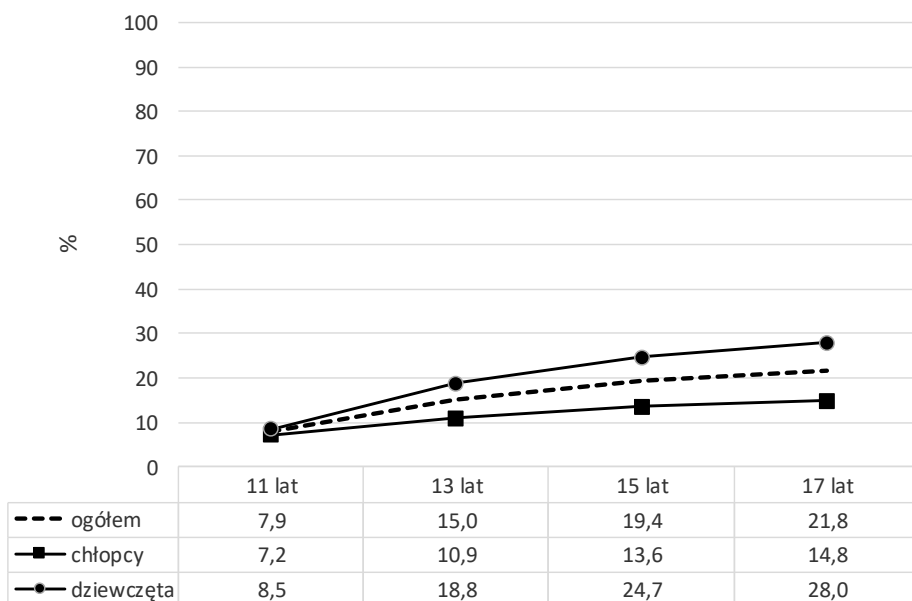
Stwierdzenia składające się na skalę nie były dla uczniów kłopotliwe, gdyż w całej badanej grupie młodzieży (11-17 lat), odsetek braków danych wyniósł jedynie 1,6%. Większe trudności z udzielaniem odpowiedzi mieli uczniowie najmłodsi (3,0% braków danych u 11-latków), zaś mniejsze uczniowie najstarsi (0,7% braków danych u 17-latków).

Biorąc pod uwagę wskaźnik negatywny, stwierdzono, że 16,1% ankietowanych w wieku 11-17 lat jest zagrożonych depresją. Odsetek młodzieży w wieku 11-17 lat prezentującej niepokojące objawy, istotnie zwiększał się wraz z wiekiem. Największy, prawie dwukrotny wzrost odsetka, zaobserwowano między 11- a 13 – latkami (7,9% vs. 15%). Najmniejsza różnica dotyczyła dwóch najstarszych grup wieku i wynosiła 2,4 %. Dziewczeta w porównaniu z chłopcami, istotnie częściej osiągały niskie wyniki w skali WHO-5. Różnice odsetków na niekorzyść dziewcząt znacznie pogłębiały się z wiekiem. W najmłodszej grupie zanotowano niewielką różnicę odsetków wynoszącą 1,3%, a wśród 17-latków odsetek dziewcząt zagrożonych depresją był niemal dwukrotnie większy (28,0%) niż odsetek chłopców prezentujących niepokojące objawy (14,8%). Pogłębiająca się różnica związana z płcią wynika z kontynuacji tendencji wzrostowej u dziewcząt oraz względnej stabilizacji badanego wskaźnika u chłopców.

W tabeli 13 przedstawiono rozkład skategoryzowanej skali WHO-5 wg płci i wieku z uwzględnieniem trzech zdefiniowanych wcześniej poziomów. Zarówno płeć, jak i wiek istotnie różnicowały poziom tej zmiennej ($p < 0,001$). Jak już przedstawiono na rycinie 7,

odsetek młodzieży zagrożonej depresją był istotnie większy u dziewcząt niż u chłopców. We wszystkich grupach wieku chłopcy, w porównaniu z dziewczętami, istotnie częściej charakteryzowali się wysokim dobrostanem. Różnice między skrajnymi grupami wieku w odsetkach reprezentujących wysoki dobrostan są większe niż w przypadku różnic w ocenie zagrożenia depresją. Wśród starszej młodzieży częściej występowały przeciętne wyniki WHO-5.

Średni wynik w skali WHO-5 w całej grupie uczniów w wieku 11-17 wynosił $M=13,37$ ($SD=5,46$). Średnia wartość w skali dobrostanu okazała się wyższa wśród chłopców ($M=14,44$; $SD=5,34$) niż wśród dziewcząt ($M=12,33$; $SD=5,37$). Analiza te-



Rycina 7. Młodzież prezentująca niski poziom dobrostanu, według płci i wieku

stem rangowym U Manna-Whitneya wykazała, że różnice związane z płcią są istotne statystycznie ($p<0,001$). Uzyskane dane wskazują, że przeciętny polski nastolatek w wieku 11-17 lat uzyskuje w skali WHO-5 53,5% oceny maksymalnej, co może być wynikiem niepokojącym.

Podobnie jak w całym raporcie, więcej uwagi poświęcono uczniom 17-letnim. W tabeli 14 przedstawiono rozkład wartości skategoryzowanej skali WHO-5 w tej grupie wieku wg płci i typu szkoły. Różnice związane z płcią były istotne statystycznie, a bardziej niekorzystne wskaźniki dobrostanu prezentowały dziewczęta niż chłopcy ($p<0,001$).

Poziom dobrostanu związany był również z typem szkoły, do której uczęszczała 17-letnia młodzież. Jednak istotne statystycznie różnice zanotowano tylko wśród chłopców ($p=0,006$). Różnice ze względu na rodzaj szkoły były u nich widoczne zwłaszcza w odnie-

Tabela 13. Poziom skali WHO-5, według płci i wieku

Grupa wieku			Poziom skali WHO-5 (%)		
			niski - ryzyko depresji	przeciętny	wysoki
11 lat	Płeć	Chłopcy	7,2	56,9	35,9
		Dziewczęta	8,5	62,3	29,2
	Ogółem		7,9	59,5	32,6
13 lat	Płeć	Chłopcy	10,9	63,3	25,8
		Dziewczęta	18,8	64,7	16,5
	Ogółem		15,0	64,0	21,0
15 lat	Płeć	Chłopcy	13,6	66,3	20,1
		Dziewczęta	24,7	67,8	7,5
	Ogółem		19,4	67,1	13,6
17 lat	Płeć	Chłopcy	14,8	67,2	18,0
		Dziewczęta	28,0	65,6	6,5
	Ogółem		21,8	66,4	11,8
Ogółem	Płeć	Chłopcy	11,6	63,4	25,0
		Dziewczęta	20,3	65,2	14,5
	Ogółem		16,1	64,3	19,6

sieniu do wysokiego poziomu dobrostanu. Chłopcy ze szkół zawodowych częściej charakteryzowali się bardzo dobrym samopoczuciem niż uczniowie liceów ogólnokształcących. Różnica w odsetku osiągających wysokie wartości wynosiła 8,7%. U dziewcząt różnice związane z typem szkoły nie były istotne statystycznie ($p=0,488$). Wśród uczennic techników i innych szkół zawodowych zanotowano najwyższy odsetek wykazujących objawy depresji (28,4%), jednak tylko o 0,8% większy niż wśród uczennic liceów ogólnokształcących.

Podsumowanie

Przeciętny polski uczeń w wieku 11-17 lat uzyskuje 53,5% punktów w skali WHO-5. Co szósty uczeń w tym wieku jest zagrożony depresją, wykazując brak odczuć pozytywnych

Tabela 14. Poziom skali WHO-5 w grupie 17-latków, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Poziom skali WHO-5 (%)		
			niski - ryzyko depresji	przeciętny	wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	15,1	71,4	13,5
		Dziewczęta	27,6	66,6	5,7
	Ogółem		22,5	68,5	8,9
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	14,5	63,3	22,2
		Dziewczęta	28,4	63,9	7,6
	Ogółem		20,9	63,6	15,5

świadczących o ogólnie dobrym samopoczuciu według tej skali. Zagrożenie depresją wyraźnie zwiększa się wraz z wiekiem oraz jest większe u dziewcząt niż u chłopców. Równocześnie wraz z wiekiem zmniejsza się odsetek młodzieży mającej bardzo dobre samopoczucie wg WHO-5. Zmiany poziomu WHO-5 między 15 a 17 rokiem życia są niewielkie w porównaniu z początkiem drugiej dekady życia. W grupie 17-latków poziom indeksu WHO-5 różnił się istotnie ze względu na typ szkoły, ale tylko u chłopców. W obu typach szkół odsetek chłopców zagrożonych depresją jest zbliżony, natomiast w technikach i innych szkołach zawodowych zwiększa się w porównaniu z liceami ogólnokształcącymi odsetek chłopców mających bardzo dobre samopoczucie psychiczne.

5.3. Odczuwany stres

W protokole badań HBSC 2017/18 uwzględniono pakiet opcjonalny z obszaru zdrowia, zawierający skalę autorstwa Sheldona Cohena opisującą poziom odczuwanego stresu, który nie był wcześniej omawiany w krajowym raporcie z badań HBSC 2018 (Cohen 1983). Skalę odczuwanego stresu zastosowano w trzech grupach wieku 13, 15 i 17 lat, pomijając 11-latków. Młodzież, mając do dyspozycji pięć wariantów odpowiedzi od *nigdy* do *bardzo często*, odnosiła się do następujących 4 stwierdzeń:

1. *Jak często czułeś, że nie byłeś w stanie kontrolować ważnych rzeczy w swoim życiu?*
2. *Jak często byłeś pewien, że jesteś zdolny, by poradzić sobie z osobistymi problemami?*
3. *Jak często czułeś, że sprawy szły po Twojej myśli?*
4. *Jak często czułeś, że nagromadziło się tyle problemów, że nie będziesz w stanie ich przezwyciężyć?*

Dwa pytania skali miały charakter pozytywny (drugie i trzecie) i dwa negatywny (pierwsze i czwarte). W zależności od charakteru pytania odpowiedzi kodowano od 0 do 4 lub od 4 do 0. Obliczono prosty sumaryczny indeks o zakresie 0-16 punktów. Wysoki wynik oznaczał wysoki poziom odczuwanego stresu. Następnie stworzono umowne trzy kategorie, które oznaczały: 0-4 punkty - niski poziom odczuwanego stresu, 5-8 punktów - przeciętny i 9-16 punktów - wysoki poziom odczuwanego stresu. W świetle dostępnej nam wiedzy, nie ma ogólnie przyjętych punktów odcięcia do identyfikacji podwyższonego poziomu stresu wg tej 4-stopniowej skali Cohena. W dalszym opisie uwypuklono umownie przyjęty wskaźnik negatywny. Przyjmując taki punkt, można wnioskować na temat różnic między grupami uczniów. Trudno jest traktować jednak uzyskany wynik jako wskaźnik populacyjny.

Tabela 15. Odczuwany przez młodzież poziom stresu, według wieku i płci

Grupa wieku			Poziom stresu wg skali Cohena (%)		
			niski	średni	wysoki
13 lat	Płeć	Chłopcy	36,1	49,8	14,1
		Dziewczęta	20,6	49,9	29,5
	Ogółem		28,1	49,9	22,1
15 lat	Płeć	Chłopcy	37,6	45,4	17,0
		Dziewczęta	19,9	46,8	33,2
	Ogółem		28,4	46,1	25,5
17 lat	Płeć	Chłopcy	34,7	47,6	17,7
		Dziewczęta	19,1	43,1	37,8
	Ogółem		26,4	45,2	28,4
Ogółem	Płeć	Chłopcy	36,2	47,5	16,3
		Dziewczęta	19,9	46,6	33,5
	Ogółem		27,6	47,1	25,3

W tabeli 15 przedstawiono rozkład wartości analizowanego wskaźnika odczuwania stresu w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych. Odsetki młodzieży, która odczuwa podwyższony stres, istotnie zwiększają się wraz z wiekiem ($p=0,001$) oraz zależne od płci ($p<0,001$). Chłopcy, istotnie rzadziej niż dziewczęta odczuwają podwyższony poziom stresu. Odsetek zakwalifikowanych do środkowego przedziału jest dla obu płci zbliżony. W przypadku skrajnych przedziałów różnice na niekorzyść dziewcząt są dwukrotne.

Wśród dziewcząt odsetki odczuwających podwyższony stres liniowo zwiększają się wraz z wiekiem, od 29,5% w wieku 11 lat do 37,8% w wieku 17 lat. Wśród chłopców w tym samym okresie tempo wzrostu wskaźnika podwyższonego stresu okazało się słabsze, przy braku różnic między 15- i 17-latkami.

W tabeli 16 przedstawiono rozkład skategoryzowanej skali odczuwanego stresu tylko w grupie 17-latków, ale według płci i typu szkoły. Typ szkoły nie różnicował istotnie poziomu analizowanego w tej grupie wieku wskaźnika ($p=0,474$) w grupie ogółem oraz według płci (odpowiednio, dziewczęta $p=0,564$; chłopcy $p=0,938$). Natomiast istotnym predyktorem odczuwanego poziomu stresu wśród 17-latków jest płeć ($p<0,001$). Ogólnie odsetek odczuwających wysoki poziom stresu wahał się od 17,4% (chłopcy z liceów ogólnokształcących) do 38,0% (dziewczęta z tego samego typu szkół). W technikach i innych szkołach zawodowych odsetki były minimalnie wyższe u chłopców, a niższe wśród dziewcząt, co oznacza niewielkie zredukowanie (o 1,3%) w szkołach zawodowych różnic związanych z płcią.

Tabela 16. Odczuwany przez młodzież 17-letnią poziom stresu, według płci i typu szkoły

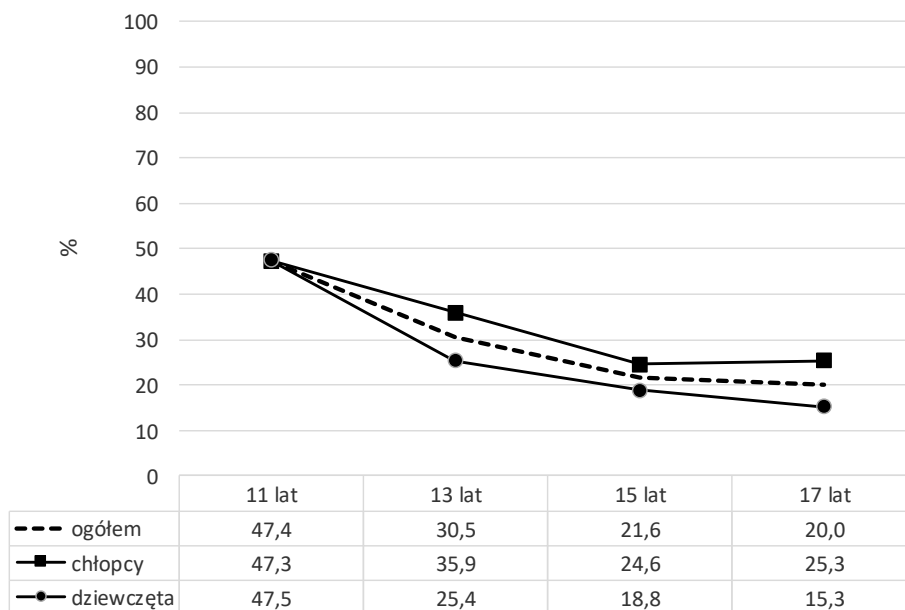
Typ szkoły			Poziom stresu wg skali Cohena (%)		
			Niski	przeciętny	wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	35,2	47,4	17,4
		Dziewczęta	20,0	42,0	38,0
	Ogółem	26,2	44,2	29,5	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	34,2	47,8	18,1
		Dziewczęta	17,5	45,0	37,4
	Ogółem	26,5	46,5	26,9	

Podsumowanie

Odczuwany przez młodzież poziom stresu zależy od płci ($p<0,001$). Dziewczęta częściej niż chłopcy odczuwają wysoki poziom stresu w każdej z trzech kategorii wiekowych. Wśród chłopców wskaźniki odczuwania podwyższonego stresu stabilizują się po 15 roku życia. W grupie 17-latków nie wykazano związku między typem szkoły a odczuwaniem stresu.

5.4. Zadowolenie z życia

Pytanie dotyczące zadowolenia z życia znajduje się w obowiązkowej części kwestionariusza HBSC począwszy od rundy z roku szkolnego 2001/02⁸. Jest to prosta jednoelementowa wizualna skala jakości życia związanej ze zdrowiem (Mazur 2018), znana jako drabina Cantrila. Młodzież zaznacza na tej drabinie samoocenę swojego obecnego życia, przyjmując, że ocena 0 oznacza życie najgorsze, jakie może być, a ocena 10 oznacza życie najlepsze. Do tej pory za punkt odcięcia różnicujący niezadowolonych i względnie zadowolonych z życia przyjmowano wartości 5/6 punktów. W opisie wyników wcześniejszych rund badań HBSC dominował wskaźnik pozytywny, oznaczający ocenę 6 lub więcej punktów w skali Cantrila, a czasem też wyróżniano bardzo zadowolonych (9-10 punktów). W ostatnim raporcie międzynarodowym przyjęto jednak, że w tego typu skali i w porównaniach grup młodzieży warto przyrzeć się wartościom średnim. Według opublikowanego w 2018 roku krajowego raportu w całej grupie młodzieży w wieku 11-15 lat średni indeks Cantrila wynosił 7,48 ($\pm 1,95$), obniżając się od poziomu 8,02 u 11-latków, do 7,39 u 13-latków i 7,03 u 15-latków. W dodatkowo zbadanej poza protokołem grupie 17-latków wykazano dalsze obniżanie się średniej wartości tego indeksu do 6,90 ($\pm 2,03$).



Rycina 8. Odsetek uczniów bardzo zadowolonych z życia (9-10 punktów w skali Cantrila), według płeći i wieku

Patrząc na alternatywny wskaźnik pozytywny (odsetek bardzo zadowolonych z życia), wykazano jego stopniowe zmniejszanie się w drugiej dekadzie życia. Tempo pogarszania

8 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Joanna Mazur.

się oceny jakości życia jest najszybsze między 11 a 13 rokiem życia. Z kolei, między 15 a 17 rokiem życia w grupie chłopców następuje poprawa tej oceny, podczas gdy wśród dziewcząt tendencja do jej pogarszania utrzymuje się. Ciekawym spostrzeżeniem jest całkowity brak różnic w ocenie poziomu zadowolenia z życia w najmłodszej grupie wieku. W grupie 13- i 17-latków różnice między odsetkiem chłopców i dziewcząt bardzo zadowolonych z życia są największe (ryc. 8).

W grupie 17-latków utrzymują się znaczące różnice w ocenie zadowolenia z życia chłopców i dziewcząt ($p < 0,001$). Odsetek dziewcząt oceniających bardzo dobrze swoje życie jest o około 10% niższy w porównaniu z chłopcami. Jednocześnie odpowiednio zwiększa się odsetek dziewcząt wyraźnie niezadowolonych z życia (tab. 17).

Tabela 17. Zadowolenie z życia młodzieży w wieku 17-lat, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Zadowolenie z życia w skali Cantrila (%)		
			niskie	przeciętne	wysokie
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	17,5	60,5	22,0
		Dziewczęta	25,9	57,1	17,0
	Ogółem		22,5	58,4	19,0
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	16,3	55,4	28,3
		Dziewczęta	31,3	56,1	12,6
	Ogółem		23,1	55,7	21,1
Ogółem	Płeć	Chłopcy	16,9	57,9	25,3
		Dziewczęta	28,0	56,7	15,3
	Ogółem		22,8	57,3	20,0

Różnica między szkołami różnych typów okazała się statystycznie nieistotna ($p=0,468$). Szkoły różnych typów różnią się pod względem nasilenia różnic związanych z płcią. Odsetek bardzo zadowolonych z życia jest wyższy w technikach i szkołach zawodowych niż w liceach w grupie chłopców ($p=0,123$), a w grupie dziewcząt nasila się odwrotna tendencja ($p=0,086$). Dziewczęta z techników i szkół zawodowych charakteryzuje też względnie wysoki odsetek wyraźnie niezadowolonych z życia (31,3%).

Podsumowanie

Ocena poziomu zadowolenia z życia znacząco pogarsza się między 11 a 13 rokiem życia, po czym tempo pogarszania się ulega osłabieniu. Pomiędzy 15 a 17 rokiem życia zmiany odsetka młodzieży bardzo zadowolonej z życia są już niewielkie, a w grupie chłopców obserwuje się nawet pewien wzrost tego odsetka. Uczniowie 17-letni uczęszczający do szkół różnych typów podobnie oceniają zadowolenie ze swojego życia i w obu analizowanych typach szkół ocena jakości życia dziewcząt jest dużo niższa niż chłopców. W technikach i szkołach zawodowych różnice na niekorzyść dziewcząt są dużo większe niż w liceach ogólnokształcących.

5.5. Empatia

Empatia (gr. *empátheia* „cierpienie”) to zdolność odczuwania stanów psychicznych innych osób (empatia emocjonalna), umiejętność przyjęcia ich sposobu myślenia, spojrzenia z ich perspektywy na rzeczywistość (empatia poznawcza). Osoba nieposiadająca tej umiejętności nie potrafi ocenić ani dostrzec stanów emocjonalnych innych ludzi. Empatia jest jednym z najsilniejszych hamulców zachowań agresywnych i jest obok zaufania jednym z głównych składników tzw. kapitału społecznego, składając się też na inteligencję emocjonalną. Empatia ma decydujące znaczenie w społecznym rozwoju dzieci (Stren 2018), a badania dowodzą, iż dzieci mające warunki do rozwoju prospołecznych i empatycznych postaw są potem odpowiedzialnymi i zaangażowanymi obywatelami (Hope 2014). W publikacjach krajowych analizowano związek empatii z graniem przez młodzież w gry komputerowe (Bójko 2019).

W protokole badań HBSC rundy 2017/18 zastosowano skalę do pomiaru empatii jako pakiet opcjonalny (razem ze skalą zaufania) w obszarze dotyczącym relacji rówieśniczych (*Peer Culture*). Pytania te testowano wcześniej w badaniu *Social and Emotional Health Survey*, w którym potwierdzono dobre własności psychometryczne podanej poniżej krótkiej skali cząstkowej. Młodzież miała za zadanie ustosunkować się do trzech stwierdzeń, które obejmowały poznawcze (przyjmowanie perspektywy drugiej osoby) i emocjonalne (troska o innych i doświadczanie osobistej przykrości) wymiary empatii. Stwierdzenia brzmiały:

- *Czuję się źle, kiedy zostaną zranione czyjeś uczucia;*
- *Próbuję zrozumieć, przez co przechodzą inni ludzie;*
- *Próbuję zrozumieć, co czują i myślą inni ludzie.*

Powyższe pytania znalazły się w badaniu polskim tylko w kwestionariuszy dla 15 i 17-latków, a młodzież zaznaczała jedną z 4 kategorii odpowiedzi: *w ogóle do mnie nie pasuje, nie bardzo do mnie pasuje, pasuje do mnie, bardzo do mnie pasuje*. Patrząc na odpowiedzi na pytania cząstkowe skali, stwierdzono najmniej korzystne odpowiedzi w pierwszym pytaniu, a najbardziej korzystne w trzecim.

Skala empatii przyjmuje zakres od 0 do 9 punktów, a wysoka punktacja oznacza wyższy poziom empatii. Właściwości psychometryczne skali okazały się w zebranych materiale bardzo dobre – współczynnik rzetelności Cronbacha był równy 0,828, a struktura skali była homogeniczna. W raporcie krajowym z ostatniej rundy badań HBSC wydanym w 2018 roku nie opisano wyników skali empatii, zgodnie z założeniem, że prezentowane były tylko pytania obowiązkowe.

Wykazano, że zrozumienie pytań i ich akceptacja były dobre, nie odpowiedziało na co najmniej jedno z pytań 42 na 3453 respondentów z tych grup wieku, co generuje tylko 1,2% braków danych. Wyniki w skali empatii umownie podzielono na trzy przedziały, przyjmując punkty odjęcia na poziomie 4/5 oraz 7/8 punktów. W trzech przedziałach znalazło się odpowiednio 17,8%; 58,8% oraz 23,4% ankietowanych.

Tabela 18. Poziom empatii, według płci i wieku

Grupa wieku			Poziom empatii (%)		
			niski	przeciętny	Wysoki
15 lat	Płeć	Chłopcy	28,9	55,3	15,8
		Dziewczęta	11,8	59,6	28,6
	Ogółem		19,9	57,5	22,6
17 lat	Płeć	Chłopcy	23,1	61,4	15,5
		Dziewczęta	9,1	58,9	32,0
	Ogółem		15,7	60,0	24,3
Ogółem	Płeć	Chłopcy	26,1	58,2	15,7
		Dziewczęta	10,4	59,3	30,3
	Ogółem		17,8	58,8	23,4

Rozkład punktacji w skali empatii zmieniał się w zależności od płci i wieku (tab. 18). W grupie dziewcząt odsetek zaklasyfikowanych do wysokiego poziomu był dwukrotnie większy niż wśród chłopców ($p < 0,001$). Podobnie wykazano istotne, ale już nie tak znaczące, różnice na niekorzyść młodszej grupy wieku, porównując uczniów w wieku 15 i 17 lat ($p = 0,005$). Różnice związane z wiekiem są bardziej widoczne wśród chłopców ($p = 0,021$) niż wśród dziewcząt ($p = 0,086$).

Średni poziom indeksu empatii był w całej grupie równy $6,03 (\pm 1,98)$, co stanowi 67% oceny maksymalnej możliwej do uzyskania. Dziewczęta osiągnęły istotnie wyższy wynik średni ($6,49 \pm 1,8$) od chłopców ($5,52 \pm 2,07$).

Tabela 19. Poziom empatii 17-latków, według płci typu szkoły

Typ szkoły			Poziom empatii (%)		
			Niski	przeciętny	wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	18,3	64,2	17,5
		Dziewczęta	7,7	59,1	33,2
	Ogółem		12,1	61,1	26,8
Technika i inne zawodowe	Płeć	Chłopcy	27,6	58,7	13,7
		Dziewczęta	11,2	58,8	30,0
	Ogółem		20,2	58,7	21,1

W tabeli 19 przedstawiono dane dla 17-latków według typu szkoły. Większą empatię wykazywali uczniowie liceów ogólnokształcących, w porównaniu z rówieśnikami z tech-

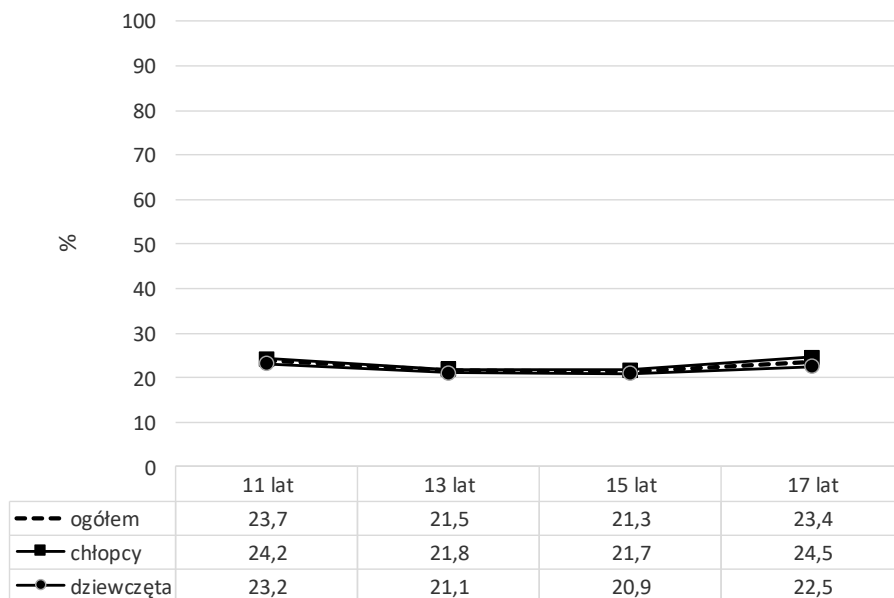
ników i szkół zawodowych ($p < 0,001$). W tym drugim typie szkoły stwierdzono o 5,7% mniej uczniów z wysokim poziomem empatii i 8,1% więcej mających niski poziom empatii. Różnice zależne od typu szkoły nasilają się w grupie chłopców ($p = 0,006$), podczas gdy nie są statystycznie istotne wśród dziewcząt ($p = 0,183$).

Podsumowanie

Testowana w badaniach HBSC 2018 skala empatii wydaje się dobrym narzędziem, które może być stosowane w badaniach ankietowych prowadzonych wśród starszej młodzieży. Polscy uczniowie w wieku 15-17 lat reprezentują umiarkowany poziom empatii. Poziom empatii jest niższy u chłopców niż u dziewcząt, szczególnie w grupie 15-latków. Młodzież 17-letnią charakteryzuje wyższa empatia niż 15-latków, ale jej poziom zmienia się w zależności od typu szkoły. Grupą ryzyka niskiej empatii są chłopcy z techników i szkół zawodowych.

5.6. Własna skuteczność w sytuacjach społecznych

Postrzeżenie przez młodzież własnej skuteczności w sytuacjach społecznych (PSSE – *perceived social self-efficacy*) włączono do protokołu badań HBSC jako pakiet opcjonalny z obszaru zdrowia, wybierając skalę autorstwa Petera Murisa (2001). W prezentowanym raporcie poświęcono tej skali więcej uwagi, ponieważ wyniki nie były prezentowane we wcześniejszym krajowym raporcie, obejmującym uczniów w wieku 11-15 lat. Wykorzystywano ją jednak we wcześniejszych publikacjach jako główną zmienną wynikową lub determinantę zdrowia młodzieży (Kleszczewska 2019; Kołoło 2012). Młodzież odnosiła się do 8 stwierdzeń z obszaru relacji społecznych, bez wyraźnie określonej perspektywy czasowej. Przykładowe stwierdzenia to: *W jakim stopniu jesteś w stanie zaprzyjaźnić się z innymi rówieśnikami? W jakim stopniu udaje Ci się zapobiegać kłótniom z rówieśnikami?* Dostępnych było pięć kategorii odpowiedzi od *wcale nie*, do *bardzo dobrze*, a etykiety przypisano tylko do skrajnych kategorii. Oszacowano sumaryczny indeks tej skali (zakres 0-32 punkty), a następnie wyniki umownie przyporządkowano do poziomów, tworząc trzy kategorie: niska (0-16 punktów), przeciętna (17-25 punktów) i wysoka (26-32 punkty) własna skuteczność w relacjach społecznych. Skala charakteryzowała się dobrymi własnościami psychometrycznymi: rzetelność – alfa Cronbacha=0,832 oraz jednoczynnikową strukturą, która wyjaśniała 46,5% zmienności oryginalnych jej pytań. Odsetek braków danych skali wyniósł 4%, zmniejszając się od 6,8% wśród 11-latków, do 1,2% wśród 17-latków.



Rycina 9. Wysoka własna skuteczność w sytuacjach społecznych (PSSE), według płci i wieku

Wartość średnia skali wyniosła: 20,78 (SD=6,06) i nie różniła się istotnie pod względem płci ($p=0,201$ w teście U Manna-Whitney'a). Dla chłopców średnia wynosiła 20,87 (SD=6,17), a dla dziewcząt 20,71 (SD=5,97). Wyniki wskazują, że młodzież ocenia swoją samoskuteczność na 65% oceny maksymalnej możliwej do osiągnięcia.

Patrząc na zmiany w grupach wyróżnionych ze względu na wiek i płeć, można wnioskować o stabilnym poziomie skuteczności własnej w relacjach społecznych. Odsetek reprezentujących wysoki jej poziom waha się od 20,9% (dziewczeta 15-letnie) do 24,5% (chłopcy 17-letni), czyli w wąskim zakresie wartości (ryc. 9). Stosunkowo gorzej oceniana jest skuteczność własna w dwóch środkowych grupach wieku w porównaniu ze skrajnymi grupami. Względna poprawa po 15 roku życia jest lepiej widoczna w populacji chłopców. W całej grupie 11-17 lat płeć nie różnicuje istotnie poczucia własnej skuteczności młodzieży w relacjach społecznych ($p=0,475$). Z kolei wiek jest istotnym predyktorem PSSE w okresie dojrzewania ($p=0,027$).

W tabeli 20 przedstawiono rozkład skategoryzowanych wyników skali poczucia własnej skuteczności w relacjach społecznych według płci i wieku, co pozwala na śledzenie też zmian odsetka uczniów osiągających mniej korzystne wyniki. Odsetek uczniów zakwalifikowanych do najmniej korzystnego poziomu jest najmniejszy wśród 11-latków. Różnice między chłopcami i dziewczętami w zakresie tego negatywnego wskaźnika są niewielkie w trzech młodszych grupach wieku i wyraźnie powiększają się w grupie 17-latków (różnica 3,6%).

Tabela 20. Własna skuteczność w relacjach społecznych, według płci i wieku

Grupa wieku			Własna skuteczność w relacjach społecznych		
			niska	przeciętna	wysoka
11 lat	Płeć	Chłopcy	20,2	55,7	24,2
		Dziewczeta	20,4	56,5	23,2
	Ogółem		20,3	56,1	23,7
13 lat	Płeć	Chłopcy	24,3	53,9	21,8
		Dziewczeta	25,0	53,9	21,1
	Ogółem		24,7	53,9	21,5
15 lat	Płeć	Chłopcy	25,4	52,9	21,7
		Dziewczeta	24,0	55,1	20,9
	Ogółem		24,7	54,1	21,3
17 lat	Płeć	Chłopcy	21,8	53,8	24,5
		Dziewczeta	25,4	52,0	22,5
	Ogółem		23,7	52,8	23,4
Ogółem	Płeć	Chłopcy	22,9	54,1	23,0
		Dziewczeta	23,8	54,3	21,9
	Ogółem		23,4	54,2	22,4

W tabeli 21 przedstawiono, zgodnie z konwencją tego raportu, rozkład wyników omawianej skategoryzowanej skali w grupie młodzieży 17-letniej, według płci i typu szkoły. Typ szkoły istotnie różnicował poczucie własnej skuteczności w relacjach społecznych 17-latków ($p=0,001$). Różnica między dwoma typami szkół utrzymuje się u obu płci ($p=0,018$ dla chłopców i dziewcząt). W technikach i innych szkołach w porównaniu z liceami ogólnokształcącymi o 7,7% zwiększa się odsetek uczniów nisko oceniających własną skuteczność w relacjach społecznych. Odnotowano również nieco mniejszy odsetek uczniów (o 2,2%) oceniających wysoko ową skuteczność. Podobnie jak w młodszych grupach wieku utrzymuje się też brak różnic zależnych od płci ($p=0,194$). Warto jednak zwrócić uwagę na dużą rozbieżność między grupami wyróżnionymi ze względu na płeć i typ szkoły pod względem odsetka niskich poziomów badanego parametru. W grupie dziewcząt uczących się w technikach i innych szkołach zawodowych zanotowano 30,6% w najmniej korzystnej kategorii, wobec 17,5% wśród chłopców z liceów ogólnokształcących. Jest to dużo większy rozrzut wartości niż w przypadku wskaźnika pozytywnego.

Tabela 21. Własna skuteczność w relacjach społecznych, według płci i typu szkoły

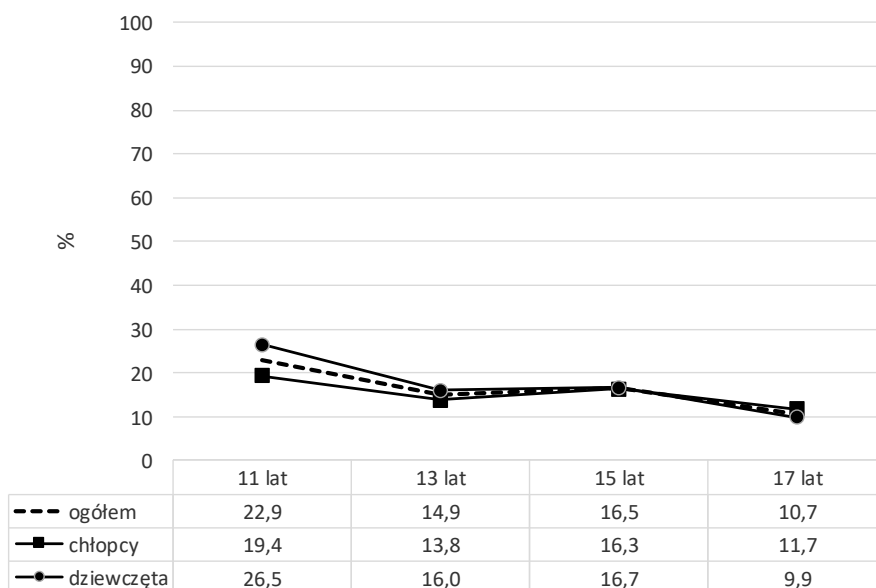
Typ szkoły			Własna skuteczność w relacjach społecznych (%)		
			niski	przeciętny	wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	17,5	57,6	24,9
		Dziewczęta	22,3	53,6	24,1
	Ogółem	20,3	55,2	24,4	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	25,7	50,2	24,0
		Dziewczęta	30,6	49,4	20,0
	Ogółem	28,0	49,9	22,2	

Podsumowanie

Przeciętny nastolatek w wieku 11-17 ocenia skuteczność własną w relacjach społecznych na 65% oceny, którą mógłby maksymalnie uzyskać. Odsetki młodzieży z wysoką własną skutecznością w relacjach społecznych w niewielkim stopniu zmieniają się w zależności od wieku, ale są względnie korzystniejsze w najmłodszej i najstarszej grupie. Największe odsetki wysokiej własnej skuteczności w relacjach społecznych stwierdzono dla 17-letnich chłopców, a najmniejsze dla 15-letnich dziewcząt. Wśród 17-latków czynnikiem różnicującym poziom skuteczności własnej jest typ szkoły, do której uczęszcza młodzież. Starsza młodzież ucząca się w liceach ogólnokształcących charakteryzuje się wyższą oceną własnej skuteczności w relacjach społecznych niż uczniowie techników i szkół zawodowych. Grupę ryzyka problemów związanych z niską oceną własnej skuteczności stanowią dziewczęta z techników i innych szkół zawodowych.

5.7. Osiągnięcia szkolne

Wyniki opracowano na podstawie odpowiedzi na pytanie dotyczące samooceny osiągnięć szkolnych w porównaniu do innych uczniów w klasie⁹. Skala była walidowana w innych badaniach prowadzonych wśród polskiej młodzieży (Mazur 2015). Uczniowie dokonywali samooceny na wizualnej skali wertykalnej przyjmującej wartości od 0 (najgorszy uczeń w klasie) do 10 (najlepsy uczeń w klasie). Umownie zdefiniowano cztery kategorie osiągnięć szkolnych. Skoncentrowano się na wskaźniku pozytywnym - bardzo dobrej samoocenie. Ogólnie, wraz z wiekiem zmniejszają się odsetki młodzieży oceniającej wysoko swoje osiągnięcia szkolne (z 22,9% do 10,7%) - (rycina 10). Jako bardzo dobre, swoje osiągnięcia szkolne najczęściej oceniają dziewczęta młodsze, podczas gdy w starszych rocznikach różnice związane z płcią stopniowo zanikają. W wieku 13-15 lat okresowo wskaźniki się poprawiają, szczególnie wśród chłopców. Ogólna tendencja spadkowa może być związana z obiektywizacją samooceny osiągnięć szkolnych, a nie bez znaczenia jest przekraczanie kolejnych progów edukacyjnych.



Rycina 10. Bardzo dobre osiągnięcia szkolne, według płci i wieku

Średni indeks samooceny osiągnięć szkolnych zmniejszał się z wiekiem, wynosząc w kolejnych rocznikach: $6,81 \pm 2,02$, $6,24 \pm 2,03$, $6,38 \pm 2,07$ oraz $5,85 \pm 2,06$. W grupie 17-latków nieco gorsze wyniki uzyskali uczniowie szkół zawodowych w porównaniu z liceami ogólnokształcącymi ($5,75 \pm 2,09$ wobec $5,94 \pm 2,05$; $p=0,044$).

9 W krajowym raporcie z badań HBS 2018 rozdział na ten temat opracowała Agnieszka Małkowska-Szkutnik.

Tabela 22. Samoocena osiągnięć szkolnych młodzieży 17-letniej, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Samoocena osiągnięć szkolnych (%)			
			słabe (0-4)	przeciętne (5-6)	dobrze (7-8)	bardzo dobre (9-10)
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	20,8	37,4	31,2	10,6
		Dziewczęta	21,0	39,2	28,7	11,1
	Ogółem		20,9	38,5	29,7	10,9
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	25,9	33,2	28,3	12,7
		Dziewczęta	25,2	44,3	22,6	7,9
	Ogółem		25,6	38,2	25,7	10,5
Ogółem	Płeć	Chłopcy	23,4	35,2	29,7	11,7
		Dziewczęta	22,6	41,2	26,4	9,9
	Ogółem		23,0	38,4	27,9	10,7

W tabeli 22 przedstawiono skategoryzowany rozkład odpowiedzi dotyczących osiągnięć szkolnych młodzieży 17-letniej wg płci i typu szkoły. Chłopcy – uczniowie techników i szkół zawodowych, preferowali skrajne odpowiedzi. W tej grupie zaobserwowano zarówno największe odsetki słabej, jak i bardzo dobrej samooceny (odpowiednio 25,9 i 12,7%). Najrzadziej swoje osiągnięcia szkolne jako bardzo dobre oceniają dziewczęta uczęszczające do techników i szkół zawodowych (7,9%). Zarówno płeć ($p=0,074$), jak i typ szkoły ($p=0,092$) nie różnicowały istotnie samooceny osiągnięć szkolnych, chociaż analizowane różnice są wyraźnie na granicy poziomu istotności (szczególnie w odniesieniu do płci). Różnice zależne od typu szkoły lepiej są widoczne w odniesieniu do wskaźnika negatywnego (o 4,5% mniej oceny negatywnej w liceach).

Podsumowanie

Samoocena osiągnięć szkolnych pogarsza się między 11 a 17 rokiem życia. Różnice związane z płcią najsilniej ujawniają się u 11-latków, na korzyść dziewcząt. Wśród 17-latków typ szkoły ponadpodstawowej tylko nieznacznie różnicował przeciętny poziom samooceny osiągnięć szkolnych uczniów, a wnioskowanie zależy od przyjętego wskaźnika, oscylując wokół poziomu istotności. Dziewczęta i chłopcy z techników i szkół zawodowych częściej niż rówieśnicy z liceów ogólnokształcących mają tendencję do samooceny osiągnięć w nauce na bardzo niskim poziomie.

6. SPOŁECZNY KONTEKST ZDROWIA

6.1. Kapitał społeczny sąsiedztwa

Kapitał społeczny okolicy analizowano za pomocą krótkiej skali, złożonej z czterech stwierdzeń, odnoszących się do poziomu więzi społecznych (Martin 2017). Temat ten wymaga szerszego omówienia, ponieważ nie był włączony do raportu krajowego wydanego w 2018 roku. Młodzież określała na skali 5-punktowej, jak bardzo zgadza się ze stwierdzeniami: *1. Ludzie pozdrawiają się na ulicy i zatrzymują się, żeby ze sobą porozmawiać; 2. Małe dzieci mogą w ciągu dnia bezpiecznie bawić się poza domem; 3. Mam zaufanie do ludzi mieszkających w okolicy; 4. Mogę prosić sąsiadów o pomoc lub drobną przysługę.* Kategorie odpowiedzi brzmiały: *bardzo się zgadzam; trochę się zgadzam; nie mam zdania; trochę nie zgadzam się; bardzo nie zgadzam się.*

Skala ma dobrą rzetelność – współczynnik alfa-Cronbacha=0,718, strukturę jednoczynnikową, główna składowa wyjaśnia 54,44% ogólnej zmienności danych wejściowych. Stwierdzenia były dobrze rozumiane przez młodzież – brak danych wyniósł średnio 2,3% i odsetek ten zmniejszał się w kolejnych grupach wieku – od 3,2% u 11-latków do 1,1% u 17-latków.

Skala kapitału społecznego sąsiedztwa przyjmuje zakres 0-16 punktów. Podzielono ją umownie na trzy kategorie, odpowiadające niskiemu (0-8 punktów), średniemu (9-13 punktów) i wysokiemu poziomowi więzi społecznej (14-16 punktów). W grupach tych znalazło się odpowiednio 24,7%, 54,9% i 20,4% ankietowanych uczniów.

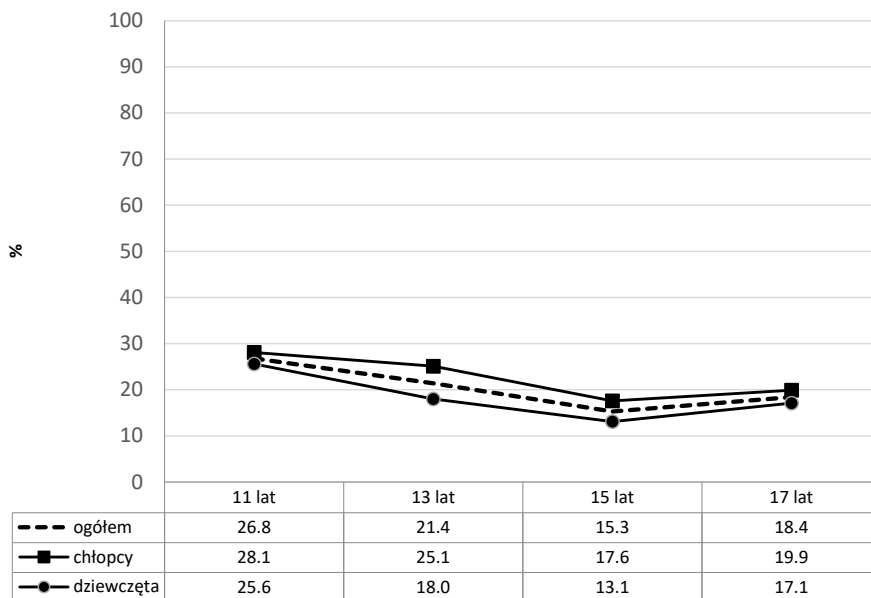
Tabela 23. Postrzeganie kapitału społecznego okolicy, według płci i wieku

Grupa wieku			Kapitał społeczny okolicy (%)		
			niski	przeciętny	wysoki
11 lat	Płeć	Chłopcy	21,9	50,1	28,1
		Dziewczęta	23,7	50,7	25,6
	Ogółem		22,8	50,4	26,8
13 lat	Płeć	Chłopcy	20,4	54,5	25,1
		Dziewczęta	24,5	57,5	18,0
	Ogółem		22,5	56,0	21,4
15 lat	Płeć	Chłopcy	23,9	58,6	17,6
		Dziewczęta	32,5	54,4	13,1
	Ogółem		28,4	56,4	15,3
17 lat	Płeć	Chłopcy	23,1	57,0	19,9
		Dziewczęta	25,8	57,1	17,1
	Ogółem		24,6	57,0	18,4
Ogółem	Płeć	Chłopcy	22,3	55,0	22,7
		Dziewczęta	26,8	55,0	18,2
	Ogółem		24,6	55,0	20,4

Ankietowana młodzież w wieku 11-17 lat oceniła kapitał społeczny okolicy (swojego miejsca zamieszkania) średnio na 10,64 punktów (SD=3,28). Istotnie wyższą ocenę ($p<0,001$) wskazali chłopcy (10,90; SD=3,28) niż dziewczęta (10,39; SD=3,26).

W tabeli 23 przedstawiono pełny rozkład wyników w skategoryzowanej skali według płci i wieku. W całej grupie badanych nisko oceniała kapitał społeczny okolicy prawie 1/4 badanych, częściej dziewczęta niż chłopcy, a wysoko nieco ponad 1/5 uczniów, częściej chłopcy niż dziewczęta ($p<0,001$). Z wiekiem istotnie zmniejszał się odsetek młodzieży postrzegającej kapitał społeczny okolicy jako wysoki ($p<0,001$), najbardziej widoczna zmiana występowała między 13 a 15 rokiem życia. U 17-latków pewna poprawa dotyczy obu płci, przez co można mówić o zależności nieliniowej.

Istotne różnice między dziewczętami a chłopcami postrzegającymi kapitał społeczny okolicy jako wysoki (na niekorzyść dziewcząt) obserwuje się tylko u 13-latków ($p=0,001$) i 15-latków ($p<0,001$), w skrajnych grupach wieku są one nieistotne statystycznie - u 11-latków i 17-latków odpowiednio $p=0,448$ i $p=0,222$.



Rycina 11. Postrzeganie kapitału społecznego okolicy jako wysokiego, według płci i wieku

Na rycinie 11 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika pozytywnego (wysoki poziom kapitału społecznego) w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych. Tempo spadku pomiędzy 11 a 13 rokiem życia jest wyraźnie większe u dziewcząt. Najmniej korzystną percepcję więzi społecznych w sąsiedztwie reprezentują 15-latki, co dotyczy obu płci. Można mówić jednak o zahamowaniu tendencji spadkowej u starszej młodzieży.

Tabela 24. Postrzeganie kapitału społecznego okolicy przez 17-latków, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Kapitał społeczny okolicy (%)		
			niski	przeciętny	wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	22,6	56,1	21,3
		Dziewczęta	24,2	58,4	17,4
	Ogółem		23,6	57,5	19,0
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	23,6	57,8	18,6
		Dziewczęta	28,4	54,8	16,7
	Ogółem		25,8	56,5	17,7

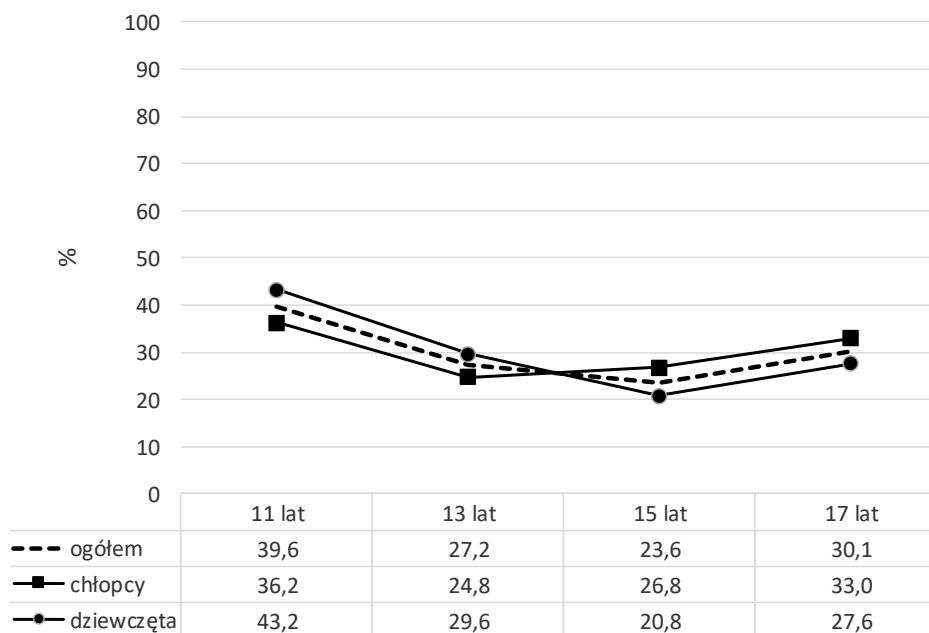
W tabeli 24 przedstawiono wyniki dotyczące postrzegania kapitału społecznego okolicy przez młodzież 17-letnią według płci i typu szkoły. Typ szkoły nie różnicował w sposób istotny poziomu postrzeganego przez 17-latków kapitału społecznego okolicy ($p=0,530$). Czynnikiem różnicującym nie była również płeć 17-latków ($p=0,222$). Różnice zależne od typu szkoły wydają się być większe w populacji dziewcząt, czego nie potwierdza testowanie statystyczne ($p=0,365$). Dziewczęta z liceów ogólnokształcących preferowały odpowiedzi przeciętne, a rzadziej niż ich rówieśniczki ze szkół zawodowych udzielały odpowiedzi negatywnych.

Podsumowanie

W całej badanej grupie uczniów 11-17 lat kapitał społeczny okolicy lepiej oceniany jest przez chłopców w porównaniu z dziewczętami. Najmniejszy odsetek młodzieży wysoko oceniającej kapitał społeczny okolicy obserwuje się u 15-latków. Natomiast wśród 17-latków ocena więzi społecznych w sąsiedztwie się poprawia. Ani płeć, ani typ szkoły, do której uczęszcza starsza młodzież, nie ma wpływu na postrzeganie kapitału społecznego okolicy.

6.2. Stosunek do szkoły

Na podstawie odpowiedzi na jedno pytanie używane w badaniach HBSC już od końca lat 80-tych (Samdal 1998) - *Co sądzisz obecnie o swojej szkole?* – określono stosunek młodzieży do szkoły w czterech kategoriach (Tab. 25.)¹¹. W analizach posłużono się pozytywnym wskaźnikiem – odsetkiem uczniów, którzy bardzo lubią szkołę. Częściej dotyczyło to dzieci młodszych. Wśród 17-latków 30,1% ankietowanych deklaroowało, że bardzo lubią swoją szkołę. Stosunek do szkoły związany jest z płcią i wiekiem, ale zależności są nieliniowe. Najbardziej pozytywne wskaźniki osiągają 11-latki, ale też stosunek do szkoły poprawia się u najstarszych chłopców. Wnioskowanie o różnicach związanych z płcią zmienia się w kolejnych rocznikach, co wynika z niejednakowych tendencji zmian. W dwóch młodszych rocznikach korzystniejszą opinię reprezentują dziewczęta, w dwóch starszych rocznikach chłopcy. Odwrócenie trendu spadkowego analizowanego pozytywnego wskaźnika następuje w wieku 15 lat dla dziewcząt i w wieku 13 lat dla chłopców (ryc. 12).



Rycina 12. Młodzież, która bardzo lubi szkołę, według płci i wieku

W tabeli 25 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi pozwalających określić stosunek młodzieży 17-letniej do szkoły, wg płci i typu szkoły. Zarówno płeć ($p=0,005$), jak

¹¹ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Agnieszka Małkowska-Szkutnik.

Tabela 25. Stosunek młodzieży 17-letniej do szkoły, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Stosunek do szkoły (%)			
			bardzo ją lubię	trochę ją lubię	niezbyt ją lubię	nie lubię jej wcale
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	39,0	39,5	13,5	8,1
		Dziewczęta	29,0	42,3	18,5	10,2
	Ogółem	33,1	41,1	16,4	9,3	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	27,3	48,3	15,0	9,4
		Dziewczęta	25,4	42,0	21,6	11,1
	Ogółem	26,4	45,4	18,0	10,1	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	33,0	44,0	14,3	8,7
		Dziewczęta	27,6	42,2	19,6	10,5
	Ogółem	30,1	43,0	17,1	9,7	

i typ szkoły ($p=0,032$) istotnie różnicują próbę 17-latków. Chłopcy, częściej niż dziewczęta, mają w tej grupie wieku pozytywny stosunek do szkoły, a najlepiej oceniają szkołę chłopcy z liceów. Z kolei dziewczęta uczące się w technikach i szkołach zawodowych to grupa mająca najbardziej negatywny stosunek do szkoły. Różnice w odsetku chłopców i dziewcząt dobrze oceniających szkołę sięgają 10% w liceach, wobec 2% w technikach i szkołach zawodowych. Oznacza to zniwelowanie różnic związanych z płcią w szkołach zawodowych. Z kolei różnice związane z typem szkoły nasilają się w grupie chłopców, a redukują u 17-letnich dziewcząt.

Podsumowanie

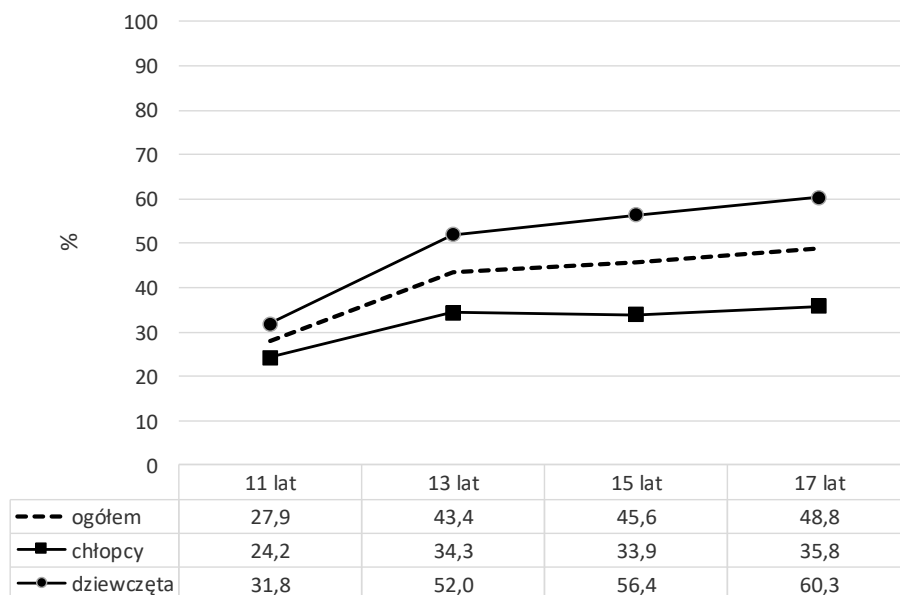
Stosunek uczniów do szkoły zmienia się w kolejnych analizowanych rocznikach, a w grupie 17-latków jest też istotnie związany z typem szkoły. Młodsze dziewczęta oceniają szkołę lepiej niż chłopcy, a od 15 roku życia zależność ulega odwróceniu. Wśród 17-latków różnice związane z płcią nasilają się w liceach ogólnokształcących, a różnice związane z typem szkoły u chłopców.

6.3. Stres szkolny

Pytanie na temat stresu szkolnego od lat znajduje się w części obowiązkowej kwestionariusza HBSC (Klinger 2015). Uczniowie mają określić, w jakim stopniu odczuwają stres związany ze szkołą i nauką. Do wyboru przewidziano cztery kategorie odpowiedzi: *wcale, trochę, dość dużo, bardzo dużo*. Sumując dwie ostatnie kategorie odpowiedzi, utworzono wskaźnik negatywny, oznaczający podwyższony poziom stresu szkolnego. Poniższe wyniki korespondują z wydanym w 2018 roku raportem krajowym z ostatniej rundy badań HBSC¹².

Według uzyskanych danych, odsetek młodzieży odczuwającej podwyższony poziom stresu szkolnego wzrasta wraz z wiekiem badanych uczniów. W największym stopniu stres odczuwany jest przez młodzież 17-letnią (48,8%), a odsetek jest o 20,9% wyższy niż w najmłodszej grupie wieku.

Badając związek stresu szkolnego z płcią ankietowanych, wykazano wyższy jego poziom u dziewcząt niż u chłopców w każdym wieku. Różnica pogłębia się z wiekiem i jest najbardziej widoczna u 17-latków. W tej grupie obserwuje się dwukrotną różnicę poziomu badanego wskaźnika u dziewcząt i chłopców (60,2 % wobec 35,8%). Wzrost odsetka uczniów obciążonych stresem szkolnym jest największy między 11-tym a 13-tym rokiem życia, a tempo wzrostu po 13-tym roku życia jest szybsze u dziewcząt (ryc. 13).



Rycina 13. Młodzież, która odczuwała podwyższony stres szkolny, według płci i wieku

12 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Agnieszka Matkowska-Szutnik.

W tabeli 26 przedstawiono odpowiedzi na pytanie dotyczące stresu szkolnego udzielane przez uczniów 17-letnich w podziale na płeć i typ szkoły. Zarówno ogółem, jak i w obu typach szkół, nasilony stres związany ze szkołą prawie dwa razy częściej odczuwają dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$). Nie wykazano związku między typem szkoły a poziomem stresu szkolnego ($p = 0,215$).

Tabela 26. Nasilenie stresu szkolnego w grupie 17-latków, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Nasilenie stresu szkolnego (%)			
			wcale	Trochę	dość dużo	bardzo dużo
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	18,4	46,5	22,6	12,5
		Dziewczęta	4,5	34,9	30,8	29,7
	Ogółem	10,2	39,7	27,5	22,7	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	18,6	44,9	20,3	16,2
		Dziewczęta	5,0	35,1	27,5	32,5
	Ogółem	12,4	40,4	23,6	23,6	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	18,5	45,6	21,4	14,4
		Dziewczęta	4,7	35,0	29,6	30,8
	Ogółem	11,2	40,0	25,8	23,1	

Podsumowanie

Odczuwanie podwyższonego stresu szkolnego wzrasta wraz z wiekiem. Dziewczęta istotnie częściej doświadczają uczucia nasilonego stresu niż chłopcy, a różnice te są najbardziej widoczne w wieku 17 lat. Typ szkoły nie różnicuje istotnie obciążenia stresem szkolnym w grupie uczniów szkół ponadpodstawowych.

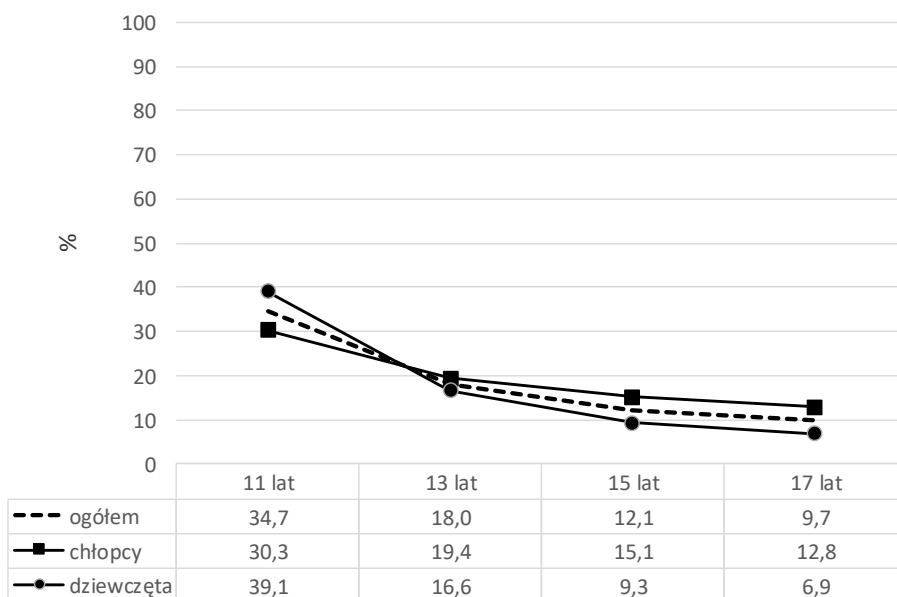
6.4. Wsparcie ze strony nauczycieli

Analizę przeprowadzono w oparciu o trzy pytania dotyczące wsparcia ze strony nauczycieli (Torsheim 2000). Uzyskane wyniki przedstawiono na skali przyjmującej zakres 0-12 punktów, którą z kolei umownie podzielono na trzy zakresy odpowiadające trzem poziomom wsparcia – niskiemu, przeciętnemu i wysokiemu.

Za pozytywny wskaźnik uznano wysokie wsparcie ze strony nauczycieli.

Zaobserwowano, iż z wiekiem bardzo spada u młodzieży przekonanie, iż otrzymują wysokie wsparcie ze strony nauczycieli. Największy spadek, aż o połowę, odnotowano między 11 a 13 rokiem życia. W kolejnych latach tendencja się utrzymuje, ale spadek nie jest już tak gwałtowny.

Na rycinie 14 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika pozytywnego w kolejnych rocznikach, z uwzględnieniem płci badanych. Różnice zależne od płci są widoczne u jedenastolatków, zmniejszają się znacząco u trzynastolatków, by znów się nasilić od 15 roku życia, ale już na korzyść chłopców, nie dziewcząt.



Rycina 14. Wysokie wsparcie ze strony nauczycieli, według płci i wieku

Tabela 27 przedstawia rozkład odpowiedzi udzielonych przez 17-latków na pytanie na temat poziomu wsparcia ze strony nauczycieli, wg płci i typu szkoły. Chłopcy dużo chętniej niż dziewczęta oceniają wsparcie ze strony nauczycieli jako wysokie ($p=0,002$), z drugiej strony dziewczęta częściej przyznają, iż to wsparcie jest niskie. Ta różnica związana z płcią bardziej jest widoczna w liceach ogólnokształcących ($p<0,001$) niż w technicach i szkołach zawodowych ($p=0,034$).

Tabela 27. Poziom wsparcia ze strony nauczycieli, według płci i typu szkoły w grupie 17-latków

Typ szkoły			Poziom wsparcia ze strony nauczycieli (%)		
			niski	przeciętny	wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	20,5	62,7	16,8
		Dziewczęta	31,3	60,4	8,4
	Ogółem		26,8	61,3	11,8
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	28,9	62,1	9,0
		Dziewczęta	32,9	62,6	4,4
	Ogółem		30,7	62,3	6,9
Ogółem	Płeć	Chłopcy	24,8	62,4	12,8
		Dziewczęta	31,9	61,2	6,9
	Ogółem		28,6	61,8	9,7

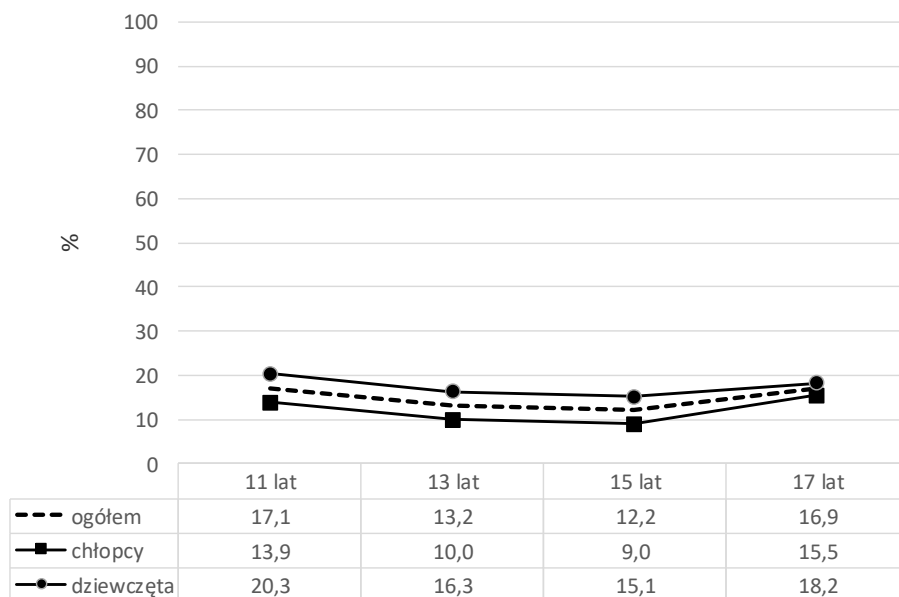
Poziom wsparcia ze strony nauczycieli miał istotny związek z typem szkoły ($p < 0,001$), jednak po stratyfikacji ze względu na płeć istotny wynik uzyskano tylko dla chłopców. Związek postrzegania wsparcia ze strony nauczycieli z typem szkoły okazał się nieistotny w populacji 17-letnich dziewcząt ($p = 0,073$).

Podsumowanie

Z analizy wynika, iż z wiekiem młodzież coraz gorzej ocenia wsparcie nauczycieli, a tendencja ta jest silniejsza u dziewcząt. Największe pogorszenie następuje między 11 a 13 rokiem życia. Wnioskowanie na temat różnic związanych z płcią zmienia się w kolejnych grupach wieku. Lepiej oceniają nauczycieli młodsze dziewczęta i starsi chłopcy, a wśród 17-letnich chłopców lepiej uczniowie liceów niż szkół zawodowych. W badanej grupie 17-latków typ szkoły ponadpodstawowej wykazywał związek z postrzeganiem wsparcia ze strony nauczycieli, lecz płeć moderowała tę zależność.

6.5. Wsparcie rówieśnicze

W protokole badań HBSC 2018 ocena postrzegania wsparcia ze strony kolegów należała do pytań obowiązkowych zadawanych we wszystkich grupach wieku (Zimmet 1988)¹⁵. Zastosowano skalę składającą się z czterech stwierdzeń, punktowanych od 0 do 6 punktów. Wynik sumaryczny (zakres 0-24) umownie podzielono na przedziały odpowiadające trzem poziomom odczuwanego wsparcia (niski 0-17; przeciętny 18-21; wysoki 22-24 punkty). Przyjęto punkty odjęcia, jak w poprzednich publikacjach dotyczących młodszych grup wieku. Są one też identyczne, jak przy analizie wsparcia ze strony rodziny, tak więc kryteria klasyfikacyjne generują wysoki udział kategorii niskiego wsparcia.



Rycina 15. Wysokie wsparcie ze strony rówieśników, według płci i wieku

Szerzej omówiono odsetek uczniów, którzy postrzegają wsparcie ze strony kolegów jako wysokie. Odsetek ten zmniejszył się między 11- a 15-tym rokiem życia, by u 17-latków osiągnąć poziom porównywalny z najmłodszą grupą (16,9%). Wzrost badanego odsetka widoczny jest zwłaszcza wśród 17-letnich chłopców, co wpływa na dwukrotne zmniejszenie różnicy związanej z płcią w porównaniu z młodszymi rocznikami. Dziewczęta lepiej niż chłopcy oceniają wsparcie ze strony rówieśników (ryc. 15). Średnia punktacja skali wsparcia rówieśniczego w populacji 17-latków wyniosła 14,87 (SD=6,28), w tym 14,52 ($\pm 6,30$) dla chłopców oraz 15,19 ($\pm 6,27$) dla dziewcząt, co w teście nieparametrycznym świadczy o istotności różnicy ($p=0,019$).

¹⁵ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowały Dorota Zawadzka i Magdalena Korzycka.

Tabela 28. Poziom postrzeganego wsparcia ze strony rówieśników przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Poziom wsparcia ze strony kolegów (%)		
			niski	przeciętny	wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	58,5	22,2	19,3
		Dziewczęta	55,0	24,6	20,4
	Ogółem		56,4	23,6	20,0
Technika i inne zawodowe	Płeć	Chłopcy	72,8	15,3	11,9
		Dziewczęta	66,4	19,0	14,6
	Ogółem		69,9	17,0	13,1
Ogółem	Płeć	Chłopcy	65,9	18,7	15,5
		Dziewczęta	59,3	22,4	18,2
	Ogółem		62,4	20,7	16,9

W tabeli 28 przedstawiono rozkład skategoryzowanej skali wsparcia ze strony kolegów w grupie młodzieży 17-letniej wg płci i typu szkoły. Potwierdzono na wartościach skategoryzowanych istotne różnice związane z płcią na korzyść dziewcząt ($p=0,022$), ale tylko w ogólnej grupie. Typ szkoły modyfikuje badaną zależność i nie jest ona istotna ani w liceach ogólnokształcących ($p=0,560$) ani w szkołach zawodowych ($p=0,159$). Wykazano natomiast istotny związek postrzegania wsparcia rówieśniczego z typem szkoły ($p<0,001$) na korzyść uczniów liceów ogólnokształcących, co potwierdza się u obu płci. Odsetek relatywnie nisko oceniających wsparcie rówieśnicze jest największy wśród chłopców z techników i innych szkół zawodowych.

Podsumowanie

Postrzeganie wsparcia ze strony rówieśników wyraźnie pogarsza się w grupie 13 i 15-latków, po czym u 17-latków następuje znacząca poprawa. We wszystkich analizowanych rocznikach dziewczęta oceniają wsparcie rówieśnicze lepiej niż chłopcy. Wśród 17-latków różnice związane z płcią wyraźnie się zmniejszają i są nieistotne w jednorodnych typach szkół. Chłopcy i dziewczęta z liceów ogólnokształcących lepiej oceniają wsparcie rówieśnicze niż rówieśnicy z techników i innych szkół zawodowych.

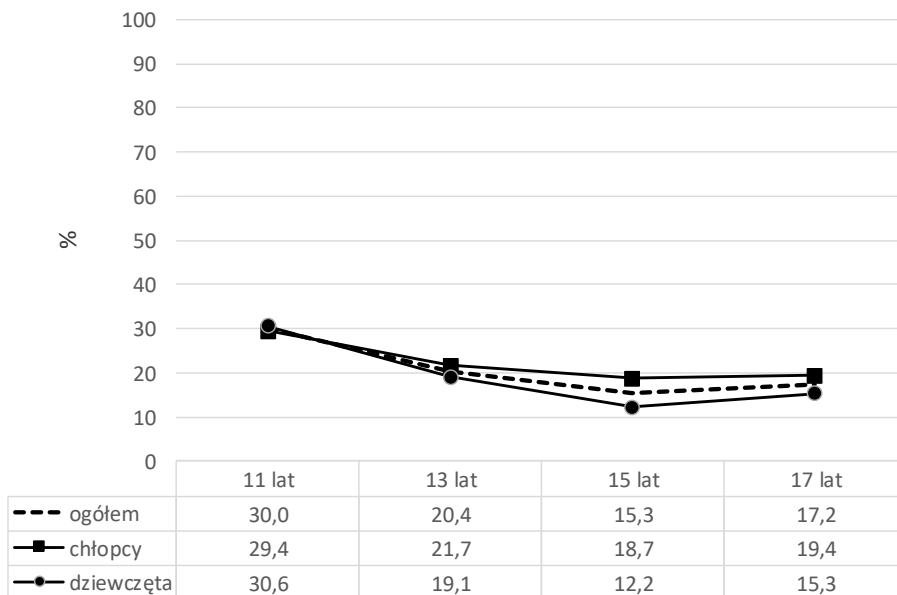
6.6. Wsparcie kolegów z klasy

Analizę oparto na trzech pytaniach dotyczących wsparcia rówieśniczego w szkole (Torsheim 2000)¹⁴. Zbudowano skalę przyjmującą zakres 0-12 punktów i podzielono ją umownie na trzy zakresy odpowiadające niskiemu, przeciętnemu i wysokiemu poziomowi wsparcia.

Za pozytywny wskaźnik uznano wysokie wsparcie rówieśników.

Uczniowie 17-letni częściej wysoko oceniają wsparcie rówieśników z klasy niż ich młodsi o dwa lata koledzy (17,2% vs 15,3%). Widoczny jest natomiast bardzo duży spadek, jeśli chodzi o wysokie wsparcie ze strony rówieśników w porównaniu z 11-latkami, u których sięgał on poziomu 30%.

Na rycinie 16 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika pozytywnego w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych. Niewielkie różnice zależne od płci pojawiają się dopiero od 13 roku życia i utrzymują w starszych rocznikach (największa różnica 6,5% u 15-latków).



Rycina 16. Wysokie wsparcie rówieśników, według płci i wieku

W tabeli 29 przedstawiono wyniki dotyczące skategoryzowanej skali wsparcia ze strony rówieśników według odpowiedzi udzielonych przez 17-latków z podziałem na płeć i typ szkoły. Wykazano istotne różnice związane z płcią ($p < 0,001$). Należy zwrócić uwagę na dużo większe odsetki dziewcząt, które postrzegają wsparcie rówieśnicze w szkole jako niskie (różnica 8,3% względem chłopców). Różnice związane z płcią są bardziej wi-

¹⁴ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 autorką rozdziału na ten temat jest Agnieszka Małkowska-Szcutnik.

Tabela 29. Poziom wsparcia ze strony rówieśników z klasy w grupie 17-latków, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Poziom wsparcia ze strony rówieśników (%)		
			niski	przeciętny	wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	14,0	66,3	19,7
		Dziewczęta	24,4	58,8	16,8
	Ogółem		20,1	61,9	18,0
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	17,8	63,1	19,1
		Dziewczęta	24,3	62,9	12,9
	Ogółem		20,8	63,0	16,2
Ogółem	Płeć	Chłopcy	16,0	64,7	19,4
		Dziewczęta	24,3	60,3	15,3
	Ogółem		20,4	62,4	17,2

doczne w liceach ogólnokształcących ($p < 0,001$) niż w technikach i szkołach zawodowych ($p = 0,017$). W liceach ogólnokształcących zaobserwowano bardzo duże różnice na niekorzyść dziewcząt w częstości postrzegania wsparcia rówieśników jako niskiego -10,4%. Nie stwierdzono, aby poziom wsparcia rówieśników miał istotny związek z typem szkoły ($p = 0,630$) w całej badanej grupie 17-latków, co też potwierdza się u obu płci.

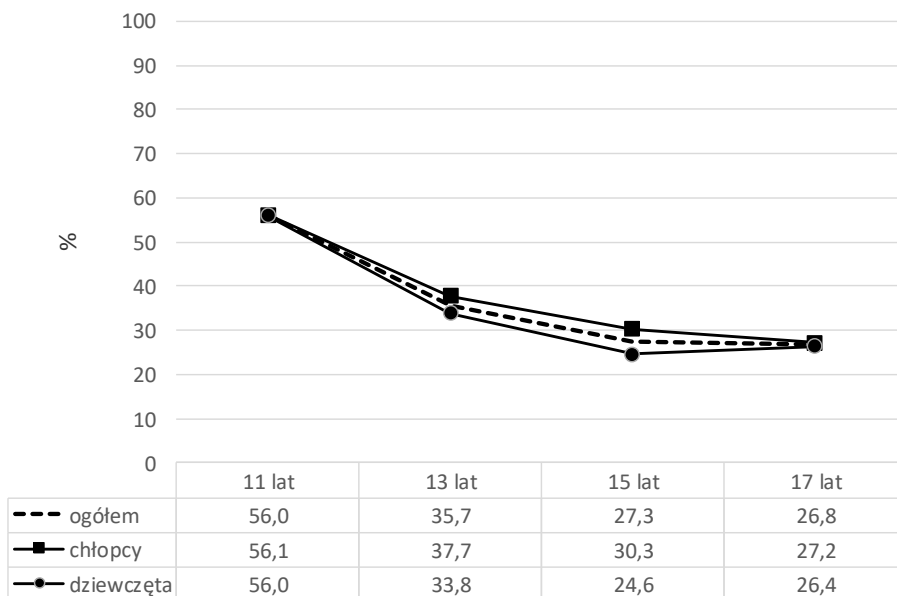
Podsumowanie

Zaobserwowano, iż z wiekiem młodzież coraz rzadziej ocenia wsparcie rówieśników z klasy jako wysokie, a tendencja ta jest szczególnie widoczna u dziewcząt. Porównanie uczniów 15- i 17-letnich wskazuje na względną poprawę w szkołach średnich. W całej badanej grupie 17-latków typ szkoły ponadpodstawowej nie ma znaczenia, jeśli chodzi o ocenę wsparcia rówieśników. Utrzymują się znaczące różnice związane z płcią, które narastają w liceach ogólnokształcących. Dotyczą one w szkołach tego typu w większym stopniu rozbieżności w ocenie wsparcia rówieśników jako niskiego niż jako wysokiego.

6.7. Wsparcie ze strony rodziny

Analizy opierają się na skali składającej się z czterech stwierdzeń odnoszących się do postrzeganego wsparcia ze strony rodziny (Zimmet 1988). Została ona włączona do części obowiązkowej kwestionariusza HBSC dla wszystkich grup wieku, a jej źródło oraz właściwości psychometryczne opisano we wcześniejszych publikacjach (Brooks 2012; Dahlem 1991)¹⁵. Młodzież miała za zadanie ocenić, jak bardzo zgadza się z podanymi stwierdzeniami, przy czym etykiety przypisano tylko do skrajnych odpowiedzi. Odpowiedzi punktowano od 0 do 6 punktów. Wynik sumaryczny skali (24 punktów) umownie podzielono na przedziały odpowiadające poziomom odczuwanego wsparcia (0-17; 18-21 i 22-24 punkty), wg kryteriów opracowanych wcześniej dla populacji 11-15 lat. W opracowaniu skoncentrowano się na wskaźniku pozytywnym, czyli wysokim wsparciu rodziny.

Odsetek nastolatków odczuwających wysokie wsparcie ze strony rodziny zmniejszał się wraz z wiekiem. Gwałtowne pogorszenie zanotowano między 11 a 13 rokiem życia, podczas gdy w wieku 15-17 lat badany wskaźnik się ustabilizował. Różnica między skrajnymi grupami wieku jest dwukrotna i wynosi około 30% (ryc. 17).



Rycina 17. Wysokie wsparcie ze strony rodziny, według wieku płci i wieku

Średnia punktacja w grupie 17-latków wynosiła 16,02 (SD=6,68), w tym 16,46 (SD=6,39) dla chłopców oraz 15,63 (SD=6,91) dla dziewcząt, co w teście nieparametrycznym świadczy o istotności różnic ($p=0,029$). Analizując dane skategoryzowane (tab. 30), nie po-

¹⁵ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Dorota Zawadzka i Magdalena Korzycka.

Tabela 30. Poziom postrzeżanego wsparcia ze strony rodziny przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Poziom wsparcia ze strony rodziny (%)		
			niski	Przeciętny	Wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	51,7	20,1	28,2
		Dziewczęta	50,4	22,4	27,2
	Ogółem	51,0	21,4	27,6	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	51,1	22,6	26,3
		Dziewczęta	58,2	16,7	25,1
	Ogółem	54,3	19,9	25,8	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	51,4	21,4	27,2
		Dziewczęta	53,4	20,2	26,4
	Ogółem	52,5	20,8	26,8	

twierdzono związku z płcią ($p=0,702$). Na różnice we wnioskowaniu mógł wpłynąć fakt, że w grupie dziewcząt więcej notuje się wartości bardzo niskich. Warto podkreślić, że aż ponad połowa uczniów w wieku 17 lat (52,5%) została zakwalifikowana do grupy młodzieży z niskim poziomem wsparcia rodzinnego. Zasadne byłoby więc, aby w dalszych analizach uwzględnić bardziej szczegółowy podział w obrębie niskiego wsparcia.

W ogólnej grupie 17-latków nieistotny okazał się związek postrzeżenia wsparcia rodziny z typem szkoły ($p=0,382$). Wykazano jednak, że płeć moderuje ten związek. Zależność była nieistotna w grupie chłopców ($p=0,652$), ale już na granicy istotności dla dziewcząt ($p=0,047$). Istotność związku w grupie dziewcząt potwierdziło porównanie wartości przeciętnych w dwóch typach szkół ($16,08 \pm 6,63$ wobec $14,90 \pm 8,73$; $p=0,032$).

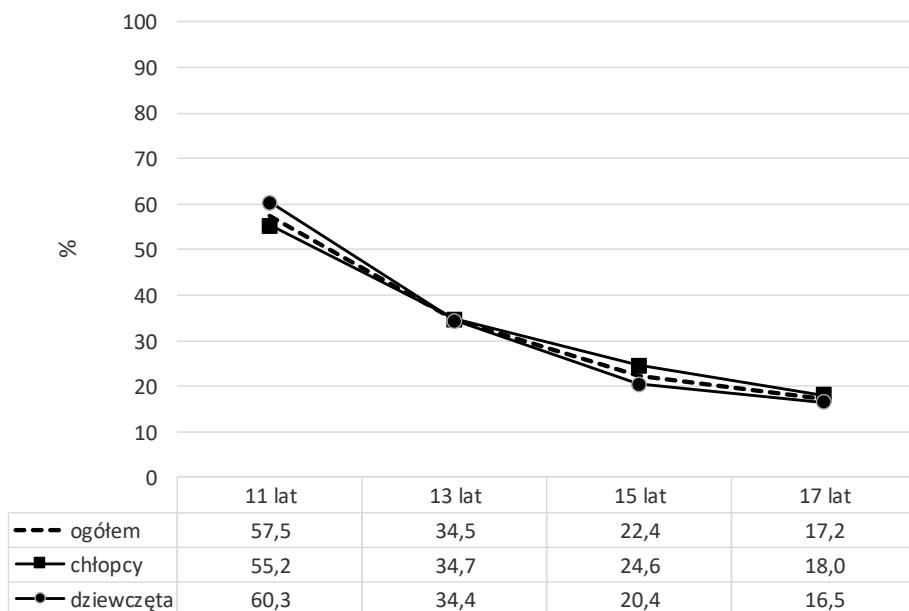
Podsumowanie

Odsetek nastolatków odczuwających wysokie wsparcie ze strony rodziny dwukrotnie zmniejsza się w drugiej dekadzie życia, jednak od 15 roku tempa spadku jest już niewielkie. Różnice związane z płcią są największe wśród 15-latków (na korzyść chłopców), po czym redukują się w grupie 17-latków. Wśród starszej młodzieży postrzeżane wsparcie ze strony rodziców zmienia się w zależności od typu szkoły, ale tylko w populacji dziewcząt. Grupą ryzyka są dziewczęta uczące się w technikach, które bardzo często postrzeżają wsparcie ze strony rodziny jako niskie (i bardzo niskie).

6.8. Zainteresowanie rodziców szkołą

Pytanie o wsparcie rodziców związane ze szkołą było zastosowane jako opcjonalne w 2002 i 2006 roku w obszarze tematycznym SZKOŁA, natomiast w 2018 roku w obszarze RODZINA, również jako pakiet pytań nieobowiązkowych protokołu badań HBSC. W związku z tym, że był to moduł opcjonalny, nie prezentowano wcześniej wyników w krajowym raporcie z ostatniej rundy badań HBSC, wydanym w grudniu 2018 roku.

Uczniowie odnosili się do pięciu stwierdzeń, dotyczących uczestnictwa rodziców w ich życiu szkolnym, zaznaczając, na ile zgadzają się z każdym z nich. Budując skalę sumaryczną na potrzeby tego opracowania, ograniczono się do następujących trzech stwierdzeń, włączonych do kwestionariusza wszystkich grup wieku: *Moi rodzice są gotowi mi pomóc, gdy mam kłopoty w szkole*; *Moi rodzice zachęcają mnie, abym dobrze uczył się w szkole*; *Moi rodzice interesują się tym, co dzieje się ze mną w szkole*. Kategorie odpowiedzi brzmiały: *zdecydowanie nie zgadzam się*, *nie zgadzam się*, *nie mam zdania*, *zgadzam się*, *zdecydowanie zgadzam się*. Odpowiedziom przydzielano od 0 do 4 punktów. Uzyskano indeks sumaryczny wsparcia ze strony rodziców w sprawach związanych ze szkołą, przyjmujący zakres od 0 do 12 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom wsparcia. Skala ma dość dobrą, choć niższą niż w innych badaniach (Walsh 2010; Zaborskis 2015), rzetelność – współczynnik alfa-Cronbacha = 0,694 oraz strukturę homogeniczną. Odsetek braków danych był niski i wynosił 0,7% (48 osób). Przyjęto umownie, że zakres punktów 0-7 oznaczał niski, 8-10 średni i 11-12 wysoki poziom wsparcia. Za pozytywny wskaźnik uznano wysokie wsparcie ze strony rodziców.



Rycina 18. Wysokie wsparcie rodziców związane ze szkołą, według płci i wieku

Średnia wartość analizowanego indeksu wyniosła: 9,12 (SD 2,33) i była istotnie większa u chłopców (9,20; SD 2,28) niż dziewcząt (9,05; SD 2,39) - $p=0,030$. Oznacza to, że przeciętny uczeń w wieku 11-17 lat ocenił wsparcie ze strony rodziców w kwestiach związanych ze szkołą na 76% punktów możliwych do uzyskania.

Odsetek uczniów postrzegających wsparcie rodziców jako wysokie, istotnie obniża się w kolejnych rocznikach ($p<0,001$). Największy spadek występuje między 11 a 13 rokiem życia. Różnice zależne od płci są istotne na korzyść chłopców w całej grupie 11-17 lat ($p=0,025$), jednak wnioskowanie zmienia się w grupach wieku. Największe różnice występują u jedenastolatków ($p=0,053$), po czym znacznie redukują się w trzech kolejnych grupach wieku, pozostając wyraźnie poniżej poziomu istotności statystycznej. Ciekawe jest tylko „skrzyżowanie” linii postrzegania wysokiego wsparcia rodziców przez dziewczęta i chłopców w 13 roku życia. Podczas gdy u 11-latków różnica wynosi ponad 5 punktów procentowych na korzyść dziewcząt, od 15 roku życia pojawiają wyraźniejsze różnice na korzyść chłopców, większe u 15-latków niż 17-latków (ryc. 18).

Tabela 31. Postrzeganie wsparcia rodziców związanego ze szkołą, według płci i wieku

Grupa wieku			Poziom indeksu wsparcia rodziców związanego ze szkołą (%)		
			niski	przeciętny	wysoki
11 lat	Płeć	Chłopcy	8,0	36,8	55,2
		Dziewczęta	8,3	31,4	60,3
	Ogółem	8,2	34,1	57,7	
13 lat	Płeć	Chłopcy	17,1	48,2	34,7
		Dziewczęta	19,9	45,7	34,4
	Ogółem	18,5	46,9	34,5	
15 lat	Płeć	Chłopcy	25,9	49,5	24,6
		Dziewczęta	27,4	52,2	20,4
	Ogółem	26,7	50,9	22,4	
17 lat	Płeć	Chłopcy	31,0	51,0	18,0
		Dziewczęta	34,9	48,6	16,5
	Ogółem	33,1	49,7	17,2	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	20,3	46,2	33,4
		Dziewczęta	23,0	44,8	32,2
	Ogółem	21,7	45,5	32,8	

W tabeli 31 przedstawiono dokładniejszy rozkład wyników skategoryzowanej skali wsparcia rodziców związanego ze szkołą według płci i wieku. Prezentowane dane wskazują, że warto też śledzić zmiany wskaźnika niskiego poziomu wsparcia. W całej grupie jako niskie wsparcie ze strony rodziców postrzegало 21,7% badanych. Z wiekiem zmniejszał się o 40,1% odsetek młodzieży postrzegającej wsparcie rodziców jako wysokie i od-

powiednio zwiększał się o 24,9% odsetek młodzieży postrzegającej wsparcie rodziców jako niskie ($p < 0,001$).

W tabeli 32 przedstawiono rozkład wyników w skali wsparcia rodziców związanego ze szkołą udzielanych przez młodzież 17-letnią według płci i typu szkoły. Nie wykazano związku między typem szkoły a poziomem analizowanego indeksu wsparcia rodziców. Płeć nie była czynnikiem różnicującym w ogólnej grupie 17-latków i wśród uczniów liceum, natomiast w technikach i szkołach zawodowych, dziewczęta istotnie częściej niż chłopcy postrzegali wsparcie jako niskie, a rzadziej jako wysokie ($p = 0,034$).

Tabela 32. Postrzeganie wsparcia rodziców związanego ze szkołą, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Poziom indeksu wsparcia rodziców związanego ze szkołą (%)		
			niski	przeciętny	wysoki
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	30,5%	51,0%	18,5%
		Dziewczęta	31,4%	51,4%	17,1%
	Ogółem		31,0%	51,3%	17,7%
Technika i inne zawodowe	Płeć	Chłopcy	31,5%	51,0%	17,5%
		Dziewczęta	40,5%	44,0%	15,5%
	Ogółem		35,6%	47,8%	16,6%

Podsumowanie

Odsetek uczniów postrzegających wsparcie rodziców związane ze szkołą jako wysokie zmniejsza się o ponad 40% między 11 a 17 rokiem życia. Wiek moderuje związek między postrzeganiem wsparcia rodziców a płcią. Młodsze dziewczęta udzielały korzystniejszych odpowiedzi niż chłopcy, podczas gdy u starszej młodzieży tendencja uległa odwróceniu. W grupie 17-latków uzyskano wyniki na niekorzyść dziewcząt, ale tylko w technikach i szkołach zawodowych. Sam typ szkoły ponadpodstawowej pozostaje bez wpływu na postrzeganie przez starszą młodzież wsparcia ze strony rodziców w kwestiach związanych ze szkołą.

6.9. Podejmowanie obowiązków domowych

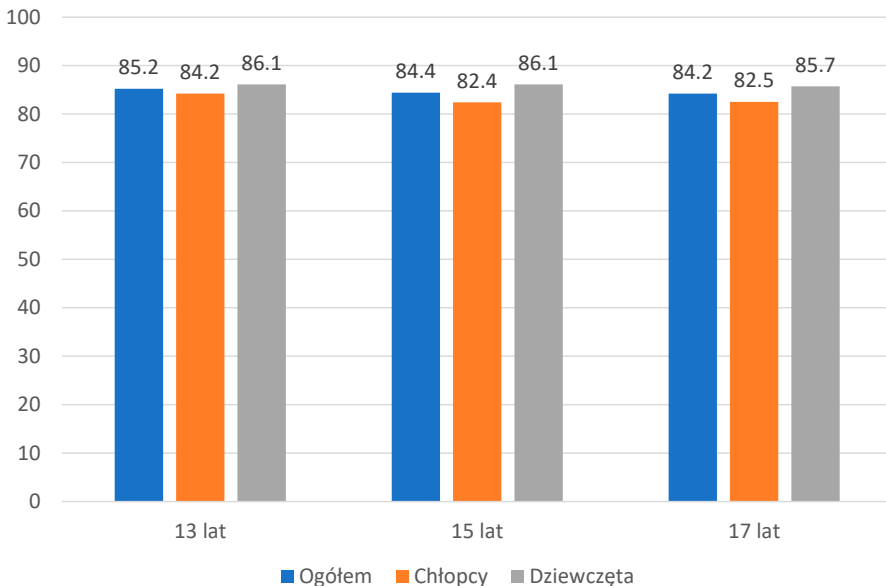
W rozdziale zostaną omówione wyniki pytania dotyczącego uczestnictwa młodzieży w pracach domowych (De Ross 2017). Znalazły się one (jako pakiet opcjonalny) w obszarze tematycznym dotyczącym środowiska rodzinnego i analizowano je w grupach wiekowych 13, 15 i 17 lat. W rozdziale zawarto dokładniejsze zestawienia, ponieważ jest to pierwsza publikacja uzyskanych wyników.

Omawiane pytania brzmiały następująco:

1. *Czy masz określone zadania i obowiązki w domu (w którym mieszkasz cały czas lub przez większość czasu), takie jak sprzątanie domu, pomoc rodzeństwu w odrabianiu prac domowych lub opieka nad chorym członkiem rodziny?* (z kategoriami odpowiedzi: tak/nie).
2. *Oblicz, ile godzin średnio w ciągu tygodnia w ostatnim miesiącu spędziłeś na zadaniach lub obowiązkach w domu?* (z kategoriami: mniej niż 1 godzinę; około 1 godziny; około 2 do 3 godzin; około 4 do 5 godzin; około 6 do 7 godzin; około 8 godzin lub więcej).

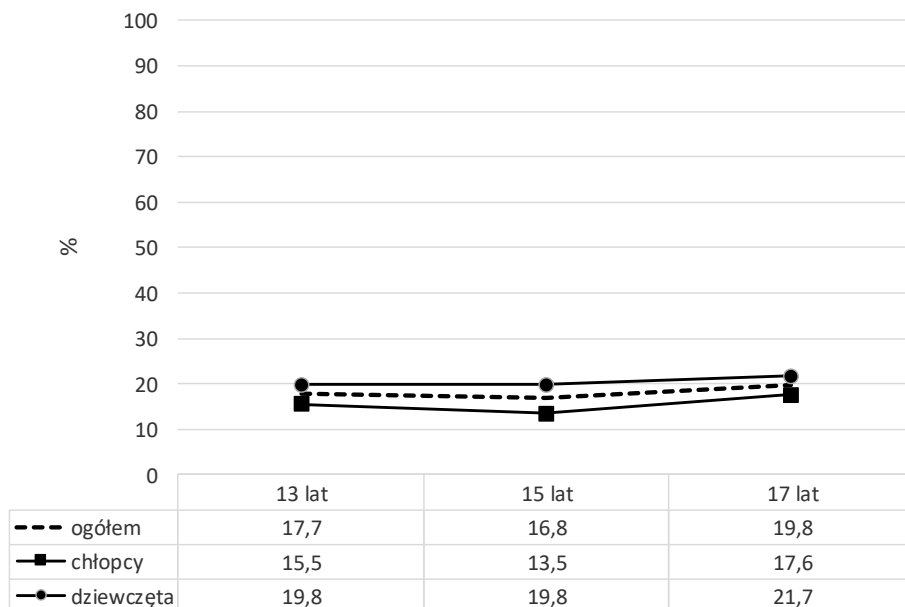
Zdecydowana większość nastolatków zadeklarowała, że ma obowiązki w domu (84,6%). Na rycinie 19 przedstawiono tendencje wskaźnika ogólnego zaangażowania w obowiązki domowe w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych.

Nie potwierdzono istotnych zmian związanych z wiekiem. Dziewczeta częściej deklarują wykonywanie obowiązków domowych niż chłopcy, ale różnica ta jest statystycznie istotna jedynie u 15-latków (i wynosi 3,8%). Odsetki 17-latków podejmujących obowiązki domowe nie różniły się istotnie ze względu na typ szkoły ($p=0,837$).



Rycina 19. Młodzież, która ma określone zadania i obowiązki w domu, według płci i wieku

Uznano, że znaczne zaangażowanie w pomoc w domu to przeznaczanie na nią co najmniej 6 godzin tygodniowo (ryc. 20). Najwięcej czasu na obowiązki domowe poświęcała młodzież 17-letnia, a najmniej 15-latki, co było związane w tej grupie wieku ze spadkiem odpowiedniego odsetka chłopców. Różnice związane z wiekiem były istotne statystycznie ($p=0,001$). W każdej z trzech grup wieku odsetki dziewcząt, które poświęcały na obowiązki domowe dużo czasu, były większe niż wśród chłopców, a największą różnicę zaobserwowano wśród młodzieży 15-letniej (6,3%).



Rycina 20. Młodzież przeznaczającą 6 lub więcej godzin w tygodniu na obowiązki w domu, według wieku i płci

W tabeli 33 przedstawiono pełny rozkład wyników analizowanych kategorii czasu przeznaczanego na pomoc w domu według wieku i płci. Najbardziej typowe jest przeznaczanie na obowiązki domowe 2 do 3 godzin tygodniowo (33,9%). Odsetek bardzo krótkiego zaangażowania (do pół godziny na tydzień) wyniósł 8,2%, natomiast 6 godzin lub więcej w tygodniu na prace domowe poświęcało 18,2% ankietowanych. Najwyższy odsetek nastolatków, którzy angażują się w pracę na rzecz domu w wysokim wymiarze czasu występuje wśród 17-latków (19,8%), a nie więcej niż pół godziny w tygodniu na obowiązki domowe poświęca aż 9,9% 15-latków. Dziewczęta istotnie częściej niż chłopcy przeznaczają dużo czasu (6 godz. lub więcej) na obowiązki domowe, a chłopcy w większym stopniu deklarują krótkie zaangażowanie w wykonywanie tych prac ($p<0,001$). Wspomniana zależność widoczna jest w każdej grupie wieku, choć najslabiej zarysowała się u 13-latków ($p=0,031$).

Tabela 33. Czas przeznaczany w tygodniu na pomoc w domu, według wieku i płci

Grupa wieku			Czas przeznaczany w tygodniu na pomoc w domu (%)				
			do pół godz.	ok. 1 godz.	2-3 godz.	4-5 godz.	6+ godz.
13 lat	Płeć	Chłopcy	8,8	23,8	33,7	18,2	15,5
		Dziewczęta	6,5	20,6	32,1	21,0	19,8
	Ogółem		7,6	22,1	32,9	19,7	17,7
15 lat	Płeć	Chłopcy	13,2	23,6	33,8	16,0	13,5
		Dziewczęta	6,9	15,2	34,5	23,6	19,8
	Ogółem		9,9	19,2	34,1	20,0	16,8
17 lat	Płeć	Chłopcy	8,9	19,9	35,8	17,7	17,6
		Dziewczęta	5,3	14,8	33,7	24,5	21,7
	Ogółem		7,0	17,2	34,7	21,3	19,8
Ogółem	Płeć	Chłopcy	10,4	22,5	34,4	17,3	15,5
		Dziewczęta	6,3	16,8	33,4	23,1	20,4
	Ogółem		8,2	19,5	33,9	20,3	18,1

Pogłębiona analiza wyników uzyskanych w najstarszej grupie wieku wykazała, że typ szkoły nie różnicuje czasu poświęcanego na angażowanie się w pomoc w pracach domowych ($p=0,127$), a brak związku utrzymuje się u obu płci (tab. 34). Odsetki poświęcających co najmniej 6 godzin w tygodniu na pomoc w domu wahają się wśród 17-latków od 15,0% (chłopcy z liceów ogólnokształcących) do 25,1% (dziewczęta z techników i innych szkół zawodowych).

Tabela 34. Czas przeznaczany w tygodniu przez młodzież 17-letnią na pomoc w domu, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Czas przeznaczany w tygodniu na pomoc w domu (%)				
			do pół godz.	ok. 1 godz.	2-3 godz.	4-5 godz.	6+ godz.
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	9,6	19,9	38,8	16,8	15,0
		Dziewczęta	5,9	15,9	34,8	23,8	19,6
	Ogółem		7,4	17,5	36,4	20,9	17,7
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	8,3	19,9	33,1	18,6	20,1
		Dziewczęta	4,4	13,1	31,8	25,7	25,1
	Ogółem		6,5	16,8	32,5	21,8	22,4

Podsumowanie

Przeważający odsetek nastolatków w każdej grupie wieku potwierdza zaangażowanie w wykonywanie obowiązków domowych. Odsetki są zbliżone u obu płci. Jedynie wśród 15-latków korzystniejsza sytuacja występuje wśród dziewcząt. Dziewczęta, niezależnie od wieku, istotnie więcej czasu poświęcają na pomoc w pracach domowych niż chłopcy.

Co piąty 17-latek poświęca na obowiązki domowe 6 godzin lub więcej w tygodniu. Ani fakt podejmowania obowiązków domowych, ani czas poświęcany na ich wykonywanie nie są zależne od typu szkoły, do której uczęszcza młodzież 17-letnia.

7. ZACHOWANIA ZDROWOTNE

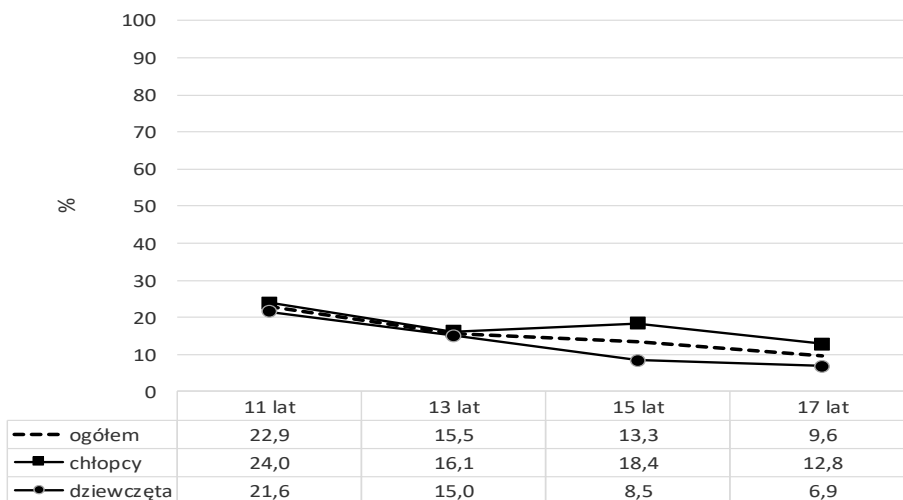
7.1. Aktywność fizyczna

Dwa pytania na temat aktywności fizycznej należą do części obowiązkowej kwestionariusza HBSC i były zadawane w 2018 roku we wszystkich grupach wieku. Po pierwsze uwzględniono poziom umiarkowanej aktywności fizycznej, stosując jedno pytanie z testu przesiewowego Prochaska i wsp. (Prochaska 2001). Po drugie zadawano pytanie na temat intensywnej aktywności fizycznej w czasie wolnym.

Aktywność fizyczna umiarkowana do intensywnej (MVPA)

Poziom umiarkowanej aktywności fizycznej mierzy się na poziomej skali wizualnej, przyjmującej wartości od 0 do 7 dni. Uczniowie zaznaczali, w ilu dniach w ciągu ostatnich 7 dni byli aktywni fizycznie minimum 60 minut, biorąc pod uwagę łącznie wszystkie aktywności. Jest to zgodne z rekomendowanym przez WHO wskaźnikiem MVPA – *moderate to vigorous physical activity*. Poziom MVPA=7 dni oznacza spełnianie rekomendacji WHO przyjętych dla grupy wieku 5-17 lat. Rekomendacje umiarkowanej aktywności fizycznej wypełniało mniej niż 10% 17-latków. Świadczy to o utrzymaniu się tendencji do zmniejszania się aktywności fizycznej wraz z wiekiem opisanej w odniesieniu do uczniów w wieku 11-15 lat¹⁶.

Po 13 roku życia liniowy dotąd kierunek zmian aktywności fizycznej wyraźnie zmienia się w zależności od płci. Wśród 15-latków zwiększa się odsetek chłopców spełniających rekomendację, a dla dziewcząt utrzymuje się tendencja spadkowa. W związku z tym różnice związane z płcią pojawiają się tylko w dwóch starszych grupach wieku, a najbardziej



Rycina 21. Młodzież spełniająca rekomendację umiarkowanej aktywności fizycznej (MVPA=7 dni), według wieku i płci

¹⁶ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowały Dorota Kleszczewska i Anna Dzielska.

Tabela 35. Częstość podejmowania przez 17-latkę umiarkowanej aktywności fizycznej (MVPA), według płci i typu szkoły

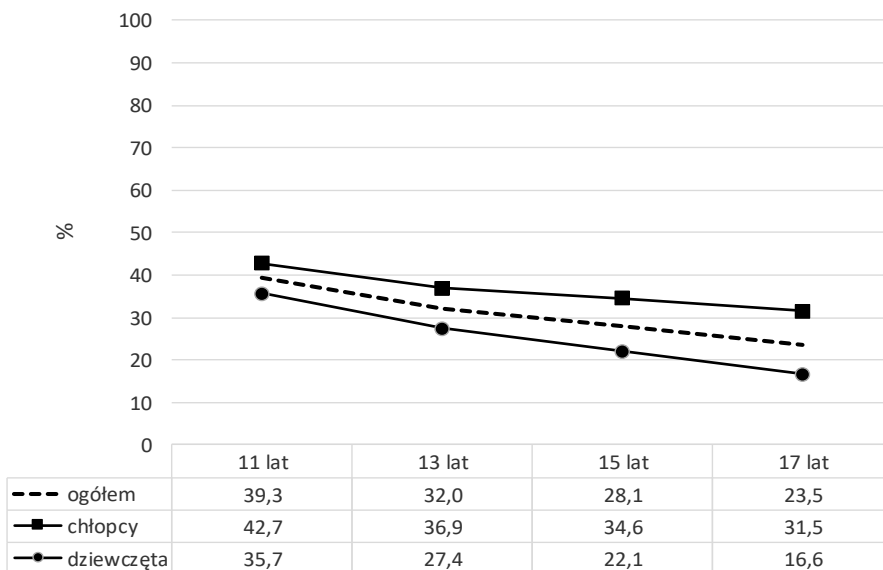
Typ szkoły			MVPA (%)			
			0-1 dni	2-4 dni	5-6 dni	7 dni
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	15,4	44,8	28,1	11,7
		Dziewczęta	27,2	49,3	15,8	7,7
	Ogółem		22,4	47,5	20,8	9,3
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	17,4	45,6	23,3	13,7
		Dziewczęta	30,9	51,6	12,0	5,5
	Ogółem		23,6	48,3	18,1	10,0
Ogółem	Płeć	Chłopcy	16,4	45,2	25,6	12,8
		Dziewczęta	28,6	50,2	14,3	6,9
	Ogółem		22,9	47,8	19,6	9,6

widoczne są w grupie 15-latków (ryc. 21).

W tabeli 35 podano skategoryzowane wartości MVPA młodzieży 17-letniej wg płci i typu szkoły. Wykazano istotne zróżnicowanie tych wartości ze względu na płeć ($p < 0.001$). Ogółem 12,8% 17-letnich chłopców oraz jedynie 6,9% dziewcząt z tej grupy wieku realizuje zalecenia odnośnie MVPA. Najbardziej korzystne wyniki zaobserwowano wśród chłopców uczęszczających do techników lub innych szkół zawodowych, a najmniej korzystne wśród dziewcząt z tego typu szkół. Wprawdzie typ szkoły nie różnicował istotnie MVPA ($p = 0,562$), jednak wiązał się z dwukrotnym pogłębieniem różnic związanych z płcią. Różnice w odsetkach chłopców i dziewcząt spełniających rekomendacje MVPA=7 dni wynosiły 8,2% w szkołach zawodowych i 4,0% w liceach ogólnokształcących. Warto zwrócić uwagę, że ponad 70% ankietowanych 17-latków osiągnęło wartości MVPA poniżej 5 dni, co wskazuje na duże zagrożenie konsekwencjami niedoboru ruchu.

Aktywność fizyczna intensywna (VPA)

Aktywność fizyczną intensywną – VPA (*vigorous physical activity*), podejmowaną w czasie wolnym przez uczniów w różnym wieku, mierzono za pomocą jednego pytania, pozwalającego określić częstość intensywnego wysiłku fizycznego, powodującego przyspieszenie oddechu i tętna (>6 MET). Odpowiedzi analizowano wg pięciu kategorii, czyli po połączeniu trzech skrajnie negatywnych (tab. 36). WHO zaleca dla dzieci i młodzieży w wieku 5-17 lat podejmowanie intensywnej aktywności fizycznej wzmacniającej mięśnie i kości minimum 3 razy w ciągu tygodnia, co też jest zgodne z rekomendacjami kanadyjskimi (WHO 2011; Tremblay 2011). W związku z konstrukcją pytania, przyjęto bardziej restrykcyjny punkt odcięcia – minimum 4 razy w tygodniu, a uzyskane wskaźniki populacyjne są niedoszacowane.



Rycina 22. Młodzież spełniająca restrykcyjne zalecenia intensywnej aktywności fizycznej (VPA), według wieku i płci

Na rycinie 22 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika pozytywnego w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych.

Odsetki młodzieży ćwiczącej intensywnie zgodnie z zaleceniami zmniejszają się wraz z wiekiem, a dziewczęta spełniają zalecenia rzadziej niż chłopcy. Najbardziej korzystne wskaźniki VPA odnotowano wśród 11-letnich chłopców (42,7%), a najmniej korzystne

Tabela 36. Częstość podejmowania przez uczniów 17-letnich intensywnej aktywności fizycznej (VPA), według płci i typu szkoły

Typ szkoły			VPA (%)				
			codziennie	4-6 razy w tygodniu	2-3 razy w tygodniu	1 raz w tygodniu	rzadziej lub nigdy
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	10,7	22,9	35,4	15,6	15,4
		Dziewczęta	4,3	12,4	27,7	19,6	36,0
	Ogółem	6,9	16,7	30,9	18,0	27,6	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	11,3	18,1	29,7	18,9	22,1
		Dziewczęta	4,7	11,7	23,7	22,8	37,1
	Ogółem	8,3	15,2	26,9	20,7	28,9	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	11,0	20,5	32,4	17,3	18,8
		Dziewczęta	4,5	12,1	26,2	20,8	36,4
	Ogółem	7,5	16,0	29,1	19,2	28,2	

wśród 17-letnich dziewcząt (16,6%). Zarówno dla dziewcząt, jak i dla chłopców zmiany wskaźnika intensywnej aktywności fizycznej wskazują na systematyczny spadek jego wartości, nieco szybszy między 11 a 13 rokiem życia.

W tabeli 36 przedstawiono skategoryzowane wartości VPA u 17-latków wg płci i typu szkoły. Płeć istotnie różnicowała poziom intensywnej aktywności fizycznej, na korzyść chłopców ($p < 0,001$). Ogółem, różnice w zależności od typu szkoły nie były statystycznie istotne ($p = 0,226$), jednak płeć moderuje badaną zależność. Wykazano istotne różnice na korzyść uczniów liceów ogólnokształcących u chłopców ($p = 0,037$), wobec braku różnic u dziewcząt ($p = 0,631$). Wśród chłopców z techników i szkół zawodowych wyraźnie obniża się, w porównaniu z rówieśnikami uczącymi się w liceach, odsetek niepodających intensywnej aktywności fizycznej.

Podsumowanie

Zarówno wskaźniki MVPA, jak i VPA systematycznie obniża się wraz z wiekiem uczniów. Tempo spadku jest szybsze wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Odsetek podejmujących intensywną aktywność fizyczną częściej niż trzy razy w tygodniu jest we wszystkich grupach wieku większy wśród chłopców niż wśród dziewcząt, ale różnice związane z płcią pogłębiają się w kolejnych rocznikach. W odniesieniu do rekomendacji MVPA=7 dni różnice między chłopcami i dziewczętami pojawiają się dopiero od 15 roku życia. W grupie 17-latków oba wskaźniki aktywności fizycznej są dużo gorsze niż u dwa lata młodszej młodzieży. U chłopców szczególnie pogarsza się poziom aktywności umiarkowanej, a u dziewcząt intensywnej. U starszej młodzieży typ szkoły różnicuje poziom obu wskaźników aktywności fizycznej tylko w populacji chłopców. W technikach i innych szkołach zawodowych pogłębiają się związane z płcią różnice w poziomie MVPA.

7.2. Zachowania sedentarne

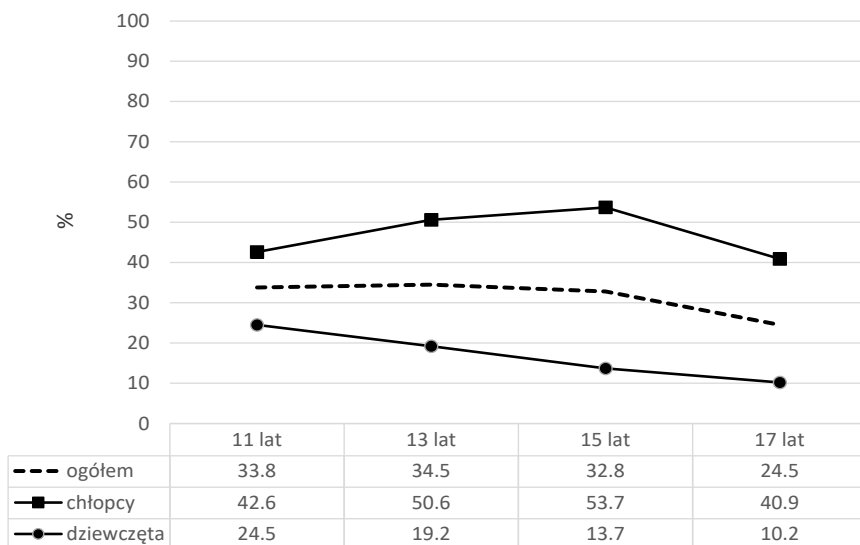
W kwestionariuszu HBSC od lat stosowany był pakiet pytań na temat tzw. zajęć sedentarnych, czyli związanych z unieruchomieniem, realizowanych w czasie wolnym od zajęć szkolnych. Podejmowanie tego typu zajęć regularnie i przez wiele godzin dziennie stwarza szereg zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Pierwotnie większy nacisk położony był na fizyczne konsekwencje unieruchomienia, przyjmując też (nie do końca potwierdzone) założenie, że są to zajęcia konkurencyjne dla aktywności fizycznej (Bucksch 2019). W kolejnych edycjach badań HBSC pytano o różne zachowania sedentarne, uwzględniając na przykład czas przeznaczany na odrabianie lekcji, oglądanie TV oraz przesiadywanie przed ekranem lub monitorem. Zawsze osobno analizowane były dni szkolne oraz dni weekendu. Pytania te przez dłuższy czas były obowiązkowe i zadawane we wszystkich grupach wieku. W rundzie badań HBSC 2017/18 zostały przesunięte do części opcjonalnej. Pytano o czas przeznaczany na oglądanie filmów, granie w gry komputerowe oraz inne zajęcia przy komputerze. Pytania te zastosowano w Polsce, mając na uwadze kontynuację trendów w grupie wieku 11-15 lat¹⁷. Zespół polski, podobnie jak zespół międzynarodowy, ma jednak świadomość, że należy zmienić formę zadawania pytań, biorąc pod uwagę styl życia współczesnej młodzieży i sposób korzystania z mediów, w tym powszechne używanie tabletów i smartfonów. Uznano, że zbyt długi kontakt z mediami lub za pośrednictwem mediów stwarza szereg innych zagrożeń dla relacji społecznych, czyli nie tylko związanych z fizycznym unieruchomieniem i brakiem aktywności fizycznej (Biddle 2010; Boer 2020). Jest o tym mowa w innych rozdziałach tego raportu (cyberprzemoc, blok tematyczny o komunikacji poprzez media elektroniczne). Poniżej, spośród sześciu pytań należących oryginalnie do bloku zajęć sedentarnych, omówiono dwa, ograniczając się do opisu zachowań w dniach szkolnych. Definiując punkty odjęcia liczby godzin dopuszczalnych i już nierekomendowanych dla tej grupy wieku, wzięto pod uwagę zewnętrzne rekomendacje.

Granie w gry komputerowe w dniach szkolnych

Analizę oparto na pytaniu dotyczącym liczby godzin poświęconych dziennie w czasie wolnym na grę na komputerze, konsoli, smartfonie, tablecie lub innym sprzęcie (z wyjątkiem gier ruchowych). Na potrzeby analizy wyodrębniono wskaźnik negatywny obejmujący więcej niż 1 godzinę dziennie w czasie wolnym w dniach szkolnych.

Największy odsetek uczniów grających więcej niż 1 godzinę dziennie zaobserwowano wśród trzynastolatków i jest on nieznacznie większy niż ten odnotowany w grupie jedenastolatków. W kolejnych grupach wiekowych, wśród 15- i 17- latków coraz mniej osób intensywnie gra w gry komputerowe. Różnice zależne od płci są widoczne w każdej grupie wieku, zawsze na niekorzyść chłopców. O ile odsetek dziewcząt grających ponad 1 godzinę jest coraz mniejszy, o tyle u chłopców rośnie on do 15 roku życia, by spaść ra-

17 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Barbara Woynarowska.



Rycina 23. Młodzież, która w dniach szkolnych poświęca ponad 1 godzinę w czasie wolnym na gry komputerowe, według płci i wieku

dykalnie (poniżej poziomu zaobserwowanego u 11 – latków) w 17 roku życia. Największe różnice związane z płcią obserwuje się u 15-latków (ryc. 23).

Tabela 37 przedstawia pełniejszy rozkład odpowiedzi udzielonych przez 17-latków na pytanie na temat liczby godzin spędzonych dziennie w dni szkolne w czasie wolnym na grze na komputerze, konsoli, tablecie czy smartfonie lub innym sprzęcie (z wyjątkiem gier ruchowych). Połowa ankietowanych w ogóle nie podejmowała tego typu aktywności (28,1% chłopców oraz 70,7% dziewcząt). Chłopcy czterokrotnie częściej niż dziewczęta

Tabela 37. Granie w gry komputerowe w czasie wolnym w dniach szkolnych przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Liczba godzin dziennie przeznaczanych na gry komputerowe (%)				
			wcale lub do 0,5h	1 godz.	2 godz.	3-4 godz.	5 i więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	31,8	32,6	18,9	11,6	5,2
		Dziewczęta	73,4	18,0	4,3	2,9	1,4
	Ogółem		56,4	24,0	10,2	6,4	3,0
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	24,6	29,5	16,4	18,9	10,7
		Dziewczęta	66,2	21,0	6,4	4,4	2,0
	Ogółem		43,7	25,6	11,8	12,2	6,7
Ogółem	Płeć	Chłopcy	28,1	31,0	17,6	15,3	8,0
		Dziewczęta	70,7	19,2	5,1	3,4	1,7
	Ogółem		50,8	24,7	10,9	9,0	4,6

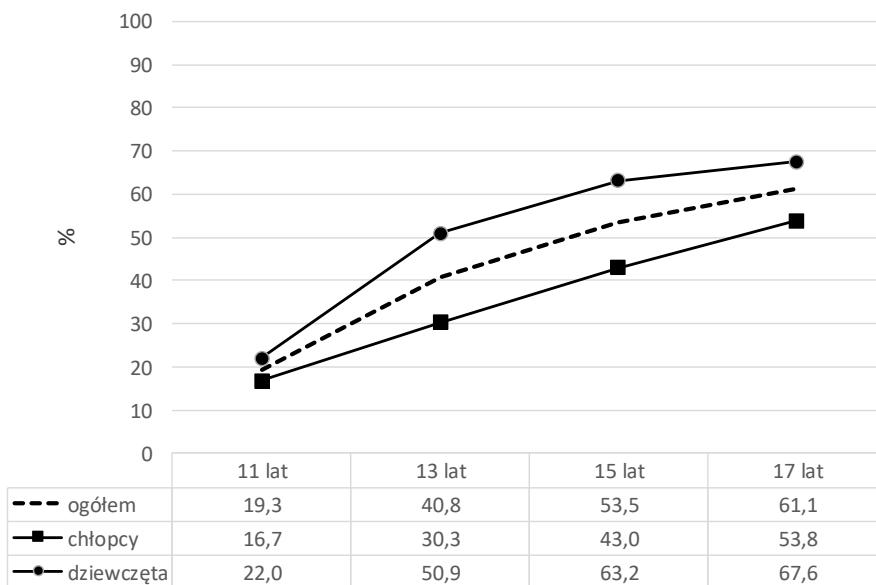
grają więcej niż 1 godzinę dziennie w dni szkolne. Dużo wyższy jest również wśród nich odsetek grających 5 lub więcej godzin dziennie (8% vs 1,7%). Zaobserwowano również istotne statystycznie różnice związane z typem szkoły ponadpodstawowej ($p < 0,001$). Uczniowie techników i innych szkół zawodowych dużo częściej niż ich rówieśnicy z liceów przeznaczają w dniach szkolnych więcej niż 1 godzinę dziennie na gry komputerowe (30,7% vs 19,6%).

Korzystanie z komputera w innych celach

Analizę oparto na pytaniu dotyczącym liczby godzin poświęcanych dziennie w czasie wolnym na inne zajęcia przy komputerze oraz ze smartfonem lub tabletem. Wyodrębniono wskaźnik negatywny obejmujący więcej niż 2 godziny tego typu zajęć, co nie obejmuje godzin nauki wspomaganą komputerem.

Zaobserwowano, iż z wiekiem bardzo rośnie grupa nastolatków, którzy spędzają za dużo czasu przed komputerem, z tabletem czy smartfonem. Największy wzrost badanego odsetka odnotowano między 11 a 13 rokiem życia (o 21,5%). Trzy razy więcej 17-latków niż 11-latków przeznacza na zajęcia sedentarne ponad dwie godziny dziennie.

Na rycinie 24 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika negatywnego



Rycina 24. Młodzież, która w dniach szkolnych spędza ponad dwie godziny w czasie wolnym na korzystaniu z komputera, smartfonu lub tabletu, według wieku płci i wieku

w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych. Różnice zależne od płci są niewielkie u 11-latków, zwiększając się w kolejnych grupach wieku. W każdej z grup wieku dziewczęta częściej niż chłopcy spędzają za dużo czasu, korzystając z komputera lub z telefonu. Tabela 38 przedstawia pełniejszy rozkład odpowiedzi udzielonych przez 17-latków na

pytanie na temat liczby godzin spędzonych dziennie w dni szkolne w czasie wolnym przed komputerem, ze smartfonem i tabletem. Całkowita rezygnacja z korzystania z tego typu zajęć w czasie wolnym jest rzadkością, bo deklarowało ją tylko 9,7% chłopców oraz 3,5% dziewcząt. Dziewczeta o 13,7% częściej niż chłopcy przekraczają rekomendowany czas, jaki mogą spędzać przed komputerem, tabletem lub smartfonem, co jest różnicą statystycznie istotną ($p < 0,001$). Nie zaobserwowano natomiast istotnych różnic, jeśli chodzi o poziom wskaźnika negatywnego, związanych z typem szkoły. Ponadto różnice związane z płcią utrzymują się na zbliżonym poziomie w obu typach szkół ponadpodstawowych. Warto zwrócić uwagę na przypadki bardzo częstego i długotrwałego korzystania z komputera, smartfonu lub tabletu. Odpowiedź „pięć lub więcej godzin dziennie” zaznaczył prawie co trzeci 17-latek, a odsetek ten waha się od 23,1% wśród chłopców z liceów ogólnokształcących do 41,4% wśród dziewcząt z techników i innych szkół za-

Tabela 38. Korzystanie w czasie wolnym w dniach szkolnych z komputera, tabletu lub smartfonu przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Liczba godzin dziennie, w których młodzież korzysta z komputera, tabletu lub smartfona (%)				
			wcale lub do 0,5h	1 godz.	2 godz.	3-4 godz.	5 i więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	8,8	17,1	22,1	28,8	23,1
		Dziewczeta	3,8	10,4	19,6	31,6	34,6
	Ogółem		5,8	13,1	20,6	30,5	29,9
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	10,6	15,6	18,3	28,6	26,9
		Dziewczeta	3,2	11,1	16,0	28,3	41,4
	Ogółem		7,2	13,5	17,2	28,5	33,6
Ogółem	Płeć	Chłopcy	9,7	16,3	20,1	28,7	25,1
		Dziewczeta	3,5	10,6	18,3	30,3	37,2
	Ogółem		6,4	13,3	19,1	29,6	31,5

wodowych.

Podsumowanie

Patrząc na dane dotyczące grania w gry komputerowe oraz korzystania z komputera w innych celach w czasie wolnym, zauważa się inny profil użytkowników i odmienne tendencje związane z płcią i wiekiem. Częstość intensywnego grania w gry komputerowe obniża się z wiekiem, ale równocześnie narasta częstość podejmowania innych zajęć przy komputerze oraz ze smartfonem lub tabletem. W przypadku pierwszego rodzaju

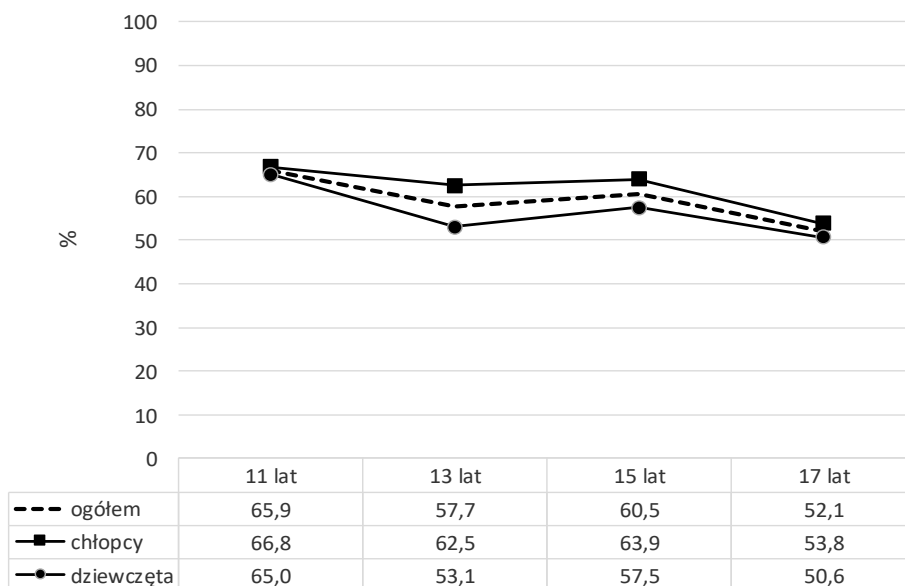
zająć grupą ryzyka są chłopcy, a w drugim przypadku dziewczęta. Co trzeci 17-latek podejmuje tego typu aktywności w czasie wolnym co najmniej 5 godzin dziennie. W najstarszej grupie wieku typ szkoły wiąże się z częstością ogólnego używania komputerów, podczas gdy nie wykazano związku z częstością grania w gry komputerowe. Grupą ryzyka są uczniowie techników i innych szkół zawodowych.

7.3. Spożywanie śniadań

Młodzież pytano o częstość spożywania śniadań w dni szkolne i w dni weekendu. Wykorzystano pytania od lat włączane do kwestionariuszy ankiet HBSC (Vereecken 2009). Na podstawie udzielonych odpowiedzi zbudowano dwa wskaźniki pozytywne: codzienne spożywanie śniadań w dniach szkolnych oraz codzienne spożywanie śniadań w dniach weekendu¹⁸.

Spożywanie śniadań w dniach szkolnych

Największy odsetek młodzieży, która zjada śniadanie każdego dnia w dniach szkolnych, zanotowano wśród 11-latków (65,9%), a najmniejszy w grupie 17-latków (52,1%). Pomiędzy 11-tym a 13-tym rokiem życia częstość regularnego spożywania śniadań zmniejszała się, a pomiędzy 13-tym a 15-tym rokiem życia zanotowano niewielki wzrost badanego odsetka. Różnice związane z płcią w częstościach codziennego spożywania śniadań w dniach szkolnych utrzymują się w dwóch środkowych grupach wieku, przy czym największą różnicę na korzyść chłopców zanotowano wśród młodzieży 13-letniej (9,4%). W skrajnych grupach wieku różnice te są niewielkie, chociaż też na korzyść chłopców



Rycina 25. Codzienne spożywanie śniadań w dniach szkolnych, według płci i wieku

(ryc. 25).

W tabeli 39 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstości spożywania śniadań w dniach szkolnych przez młodzież 17-letnią wg płci i typu szkoły. W tej grupie wieku częstość spożywania śniadań w tygodniu szkolnym nie różniła

18 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Barbara Woynarowska.

się istotnie ze względu na płeć ($p=0,618$). Odsetek codziennego spożywania śniadań był wyższy o 4,7% wśród uczniów liceów ogólnokształcących niż techników i innych szkół zawodowych, co stanowi wynik na poziomie tendencji statystycznej ($p=0,058$). Płeć jest czynnikiem moderującym różnice między typami szkół ponadpodstawowych w odniesieniu do badanego wskaźnika. W grupie dziewcząt istotnie częściej spożywały śniada-

Tabela 39. Częstość spożywania śniadania w dniach szkolnych przez uczniów 17-letnich, według płci i typu szkoły

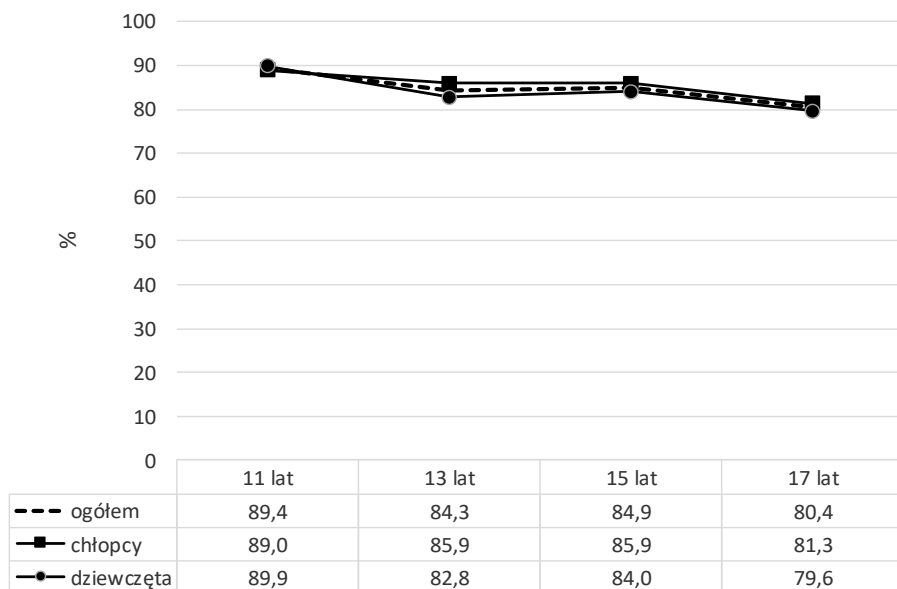
Typ szkoły			Częstość spożywania śniadania (%)				
			nigdy	1-2 dni	3 dni	4 dni	5 dni
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	24,0	8,5	7,5	0,4	54,5
		Dziewczęta	23,8	10,5	5,5	6,3	53,9
	Ogółem		23,9	9,7	6,3	5,9	54,2
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	24,4	11,1	7,2	4,2	53,1
		Dziewczęta	31,8	10,8	8,5	3,8	45,2
	Ogółem		27,8	11,0	7,8	4,0	49,5
Ogółem	Płeć	Chłopcy	24,2	9,8	7,3	4,8	53,8
		Dziewczęta	26,8	10,6	6,6	5,3	50,6
	Ogółem		25,6	10,3	7,0	5,1	52,1

nia uczennice liceów ogólnokształcących ($p=0,017$), podczas gdy wśród chłopców nie potwierdzono istotności związku ($p=0,687$).

Warto też zwrócić uwagę na uczniów deklarujących, że w ogóle nie spożywają śniadania w dni szkolne. W ogólnej próbie 17-latków 25,6% przyznało się do tego. Największy odsetek ankietowanych, którzy omijali pierwszy posiłek, zanotowano u dziewcząt uczących się w technicach i innych szkołach zawodowych (31,8%). W pozostałych trzech grupach wyróżnionych ze względu na płeć odsetki omijających śniadanie w dniach szkolnych były podobne (23,8-24,4%).

Częstość spożywania śniadań w dniach weekendu

Największy odsetek młodzieży, która zjada śniadanie każdego dnia w dniach weekendu również zanotowano wśród 11-latków (89,4%), a najmniejszy w grupie 17-latków (80,4%). Wskazuje to na duże większe wartości niż w poprzednim zestawieniu na temat dni szkolnych. Odsetek młodzieży, która w dniach wolnych od nauki codziennie jadła śniadanie, zmniejszał się z wiekiem. Między skrajnymi rocznikami różnica wynosiła 9% (wobec 13,8% w dniach szkolnych). We wszystkich grupach wieku różnice związane z płcią były statystycznie nieistotne (maksymalna 3,1% u 13-latków) – ryc.26.



Rycina 26. Codzienne spożywanie śniadań w dni weekendu, według płci i wieku

W tabeli 40 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstości spożywania śniadań w dniach weekendu przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły.

Dziewczęta i chłopcy jadal śniadania z podobną częstością ($p=0,100$). Częstość spożywania śniadań nie różniła się także ze względu na typ szkoły, do której uczęszczała młodzież 17-letnia ($p=0,092$). Po stratyfikacji analiz ze względu na płeć nadal nie zano-

Tabela 40. Częstość spożywania śniadania w dniach weekendu przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Częstość spożywania śniadania w weekend (%)		
			nigdy	1 dnia	w 2 dniach
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	7,3	9,9	82,9
		Dziewczęta	6,1	12,3	81,6
	Ogółem	6,6	11,3	82,1	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	7,7	12,4	79,9
		Dziewczęta	6,2	17,6	76,2
	Ogółem	7,0	14,8	78,2	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	7,5	11,2	81,3
		Dziewczęta	6,1	14,3	79,6
	Ogółem	6,7	12,8	80,4	

towano statystycznie istotnych różnic związanych z typem szkoły ($p=0,498$ dla chłopców i $p=0,087$ dla dziewcząt).

Odsetek omijających śniadania w dniach weekendu był czterokrotnie niższy niż w dniach szkolnych (6,7% wobec 25,6%) i wahał się od 6,1% (dziewczeta ze szkół zawodowych) do 7,7% (chłopcy z tego samego typu szkół). Dziewczeta uczące się w technicach i innych szkołach zawodowych są ponadto grupą, która najrzadziej jadła ten posiłek każdego dnia weekendu.

Podsumowanie

Regularność spożywania śniadań przez nastolatków zmniejsza się wraz z wiekiem i w niewielkim stopniu wiąże się z płcią. Różnice związane z płcią (na korzyść chłopców) pojawiają się w dwóch środkowych grupach wieku i tylko w odniesieniu do dni szkolnych. Spadek badanego odsetka jest też bardziej widoczny w dniach szkolnych. W całej badanej grupie 17-latków częstość spożywania śniadań w niewielkim stopniu jest związana z typem szkoły, do której uczęszcza młodzież. Różnice na korzyść liceów ogólnokształcących pojawiają się tylko w grupie dziewcząt i spożywania śniadań w dniach szkolnych. Warto też zwrócić uwagę na młodzież, która w ogóle omija pierwsze śniadanie. Zjawisko dotyczy co czwartego 17-latka, jeśli analizujemy dni szkolne i co piętnastego w dniach weekendu. Wskaźnik omijania śniadań wskazuje na dziewczeta z techników i innych szkół zawodowych jako grupę ryzyka.

7.4. Spożywanie wybranych produktów

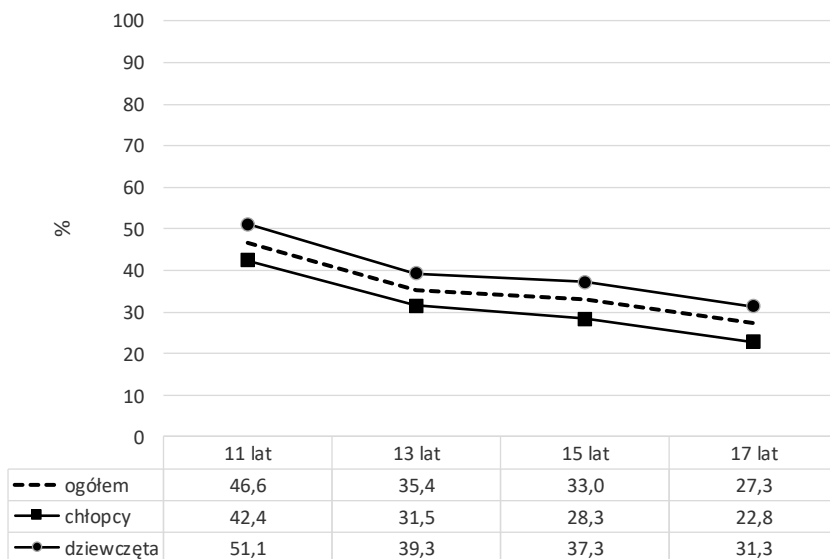
Młodzież pytano o częstość spożywania wybranych produktów korzystnych (warzywa i owoce) oraz niekorzystnych (słodczyce i słodzone napoje) dla zdrowia¹⁹. Zbudowano następujące wskaźniki:

- dwa wskaźniki pozytywne odnoszące się do rekomendowanej częstości spożywania produktów korzystnych dla zdrowia: codzienne spożywanie warzyw i codzienne spożywanie owoców (Vereecken, 2015),

- dwa wskaźniki negatywne oznaczające często spożywanie produktów niekorzystnych dla zdrowia: spożywanie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu i picie słodzonych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu (Vereecken 2005).

Spożywanie owoców

Odsetek nastolatków, którzy spożywali owoce codziennie, co najmniej 1 raz, zmniejszał się wraz z wiekiem. W najmłodszej grupie wieku codzienne jedzenie owoców deklarowała prawie połowa badanych nastolatków (46,6%), a wśród najstarszych uczniów zaledwie ¼ badany (27,3%). W każdym roczniku częściej owoce spożywały dziewczęta niż chłopcy (ryc. 27).



Rycina 27. Młodzież, która codziennie spożywała owoce, według płci i wieku

W tabeli 41 przedstawiono pełny rozkład częstości spożywania owoców przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły. Dziewczęta istotnie częściej spożywały owoce niż chłopcy ($p=0,003$), a różnice związane z płcią występowały w obu typach szkół. W znacznie większym stopniu dotyczyły jednak liceów ogólnokształcących. Odsetek

19 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Anna Dzielska.

Tabela 41. Częstość spożywania owoców (%) przez uczniów 17-letnich, według płci i typu szkoły

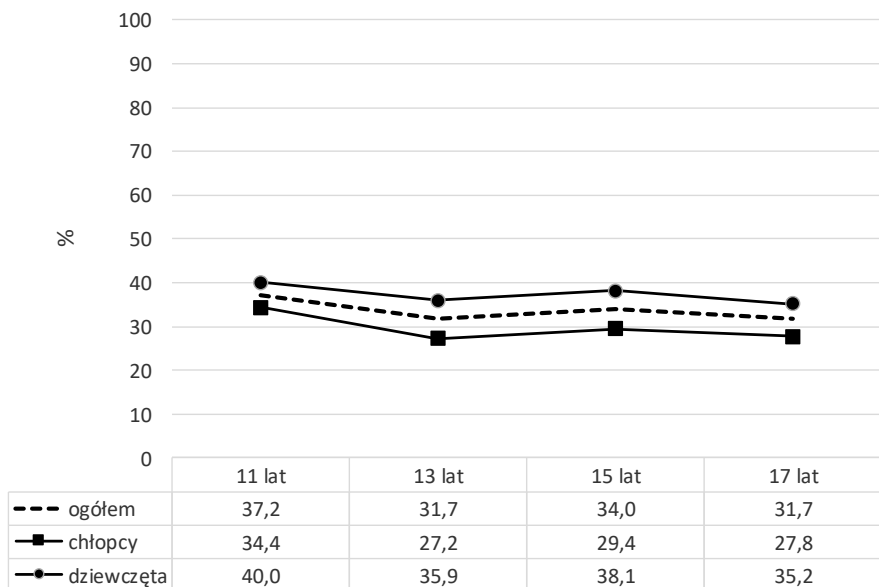
			rzadziej niż 1 raz w tygodniu lub nigdy	1 raz w tygodniu	2-4 dni w tygodniu	5-6 dni w tygodniu	codziennie co najmniej 1 raz
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	8,8	12,7	36,7	17,1	24,8
		Dziewczęta	9,5	11,4	29,1	13,8	36,3
	Ogółem		9,2	11,9	32,2	15,1	31,6
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	11,1	13,5	41,9	12,6	20,9
		Dziewczęta	7,9	14,3	40,4	14,3	23,1
	Ogółem		9,6	13,9	41,2	13,4	21,9
Ogółem	Płeć	Chłopcy	10,0	13,1	39,3	14,8	22,8
		Dziewczęta	8,9	12,5	33,4	14,0	31,3
	Ogółem		9,4	12,8	36,2	14,3	27,3

17-latków, którzy co najmniej 1 raz dziennie jedli owoce, był wyższy o prawie 10 punktów procentowych wśród licealistów niż wśród uczniów techników i innych szkół zawodowych, co wskazuje na duże różnice związane z typem szkoły ($p < 0,001$). Płeć istotnie moderowała poziom tych różnic, które kształtowały się na poziomie 3,9% u chłopców oraz 13,2% wśród dziewcząt.

Spożywanie warzyw

Warzywa na rekomendowanym poziomie najczęściej były obecne w diecie jedenastolatków, a najrzadziej wśród młodzieży 13- i 17-letniej. Co najmniej 1 raz dziennie warzywa spożywał prawie co trzeci 17-latek (31,7%), z taką samą częstością robiła to młodzież 13-letnia. Największy spadek odsetka zanotowano między 11-tym a 13-tym rokiem życia i był on większy w grupie chłopców niż dziewcząt. Częstość codziennego spożywania warzyw wzrosła nieznacznie pomiędzy 13-tym a 15-tym rokiem życia, po czym zmniejszyła się w najstarszej badanej grupie. W każdym roczniku dziewczęta częściej niż chłopcy codziennie spożywały warzywa, a różnice związane z płcią były najmniejsze wśród 11-latków (ryc. 28).

W tabeli 42 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstości spożywania warzyw przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły. Dziewczęta istotnie częściej niż chłopcy jadły warzywa na rekomendowanym poziomie ($p = 0,010$), a różnice na korzyść dziewcząt występowały w obu typach szkół, do których uczęszczała młodzież. Uczniowie szkół ogólnokształcących częściej spożywali warzywa niż uczniowie techników lub innych szkół zawodowych ($p < 0,001$). Zależność ta widoczna była u obu płci, a różnice w codziennym spożywaniu warzyw wynosiły 11,4% dla dziewcząt oraz 8,6% dla chłopców. Biorąc pod uwagę typ szkoły, najwyższy odsetek codziennego spożywania warzyw zanotowano wśród dziewcząt z liceów (39,5%), a najniższy w grupie chłopców uczących się w technikach (23,6%).



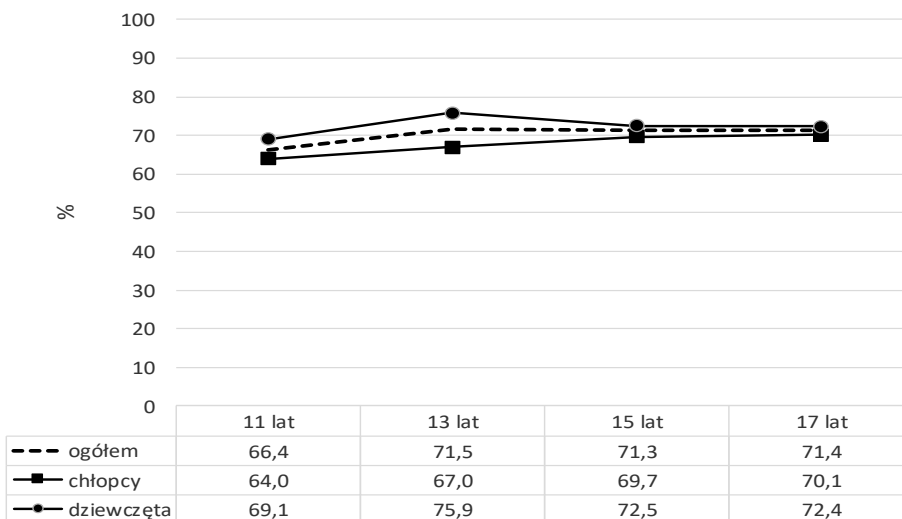
Rycina 28. Codzienne spożywanie warzyw, według płci i wieku

Tabela 42. Częstość spożywania warzyw (%) przez uczniów 17-letnich, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			rzadziej niż 1 raz w tygodniu lub nigdy	1 raz w tygodniu	2-4 dni w tygodniu	5-6 dni w tygodniu	codziennie co najmniej 1 raz
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	7,0	7,0	33,5	20,3	32,2
		Dziewczęta	5,9	6,5	27,5	20,6	39,5
	Ogółem		6,4	6,7	29,9	20,5	36,5
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	7,9	13,8	36,5	18,2	23,6
		Dziewczęta	5,6	13,9	33,4	18,9	28,1
	Ogółem		6,9	13,8	35,1	18,5	25,7
Ogółem	Płeć	Chłopcy	7,5	10,5	35,0	19,2	27,8
		Dziewczęta	5,8	9,3	29,7	20,0	35,2
	Ogółem		6,6	9,8	32,2	19,6	31,7

Spożywanie słodczy

Częste spożywanie słodczy dotyczyło prawie $\frac{3}{4}$ uczniów klas II szkół ponadpodstawowych (71,4%). Najniższy odsetek nastolatków, którzy jedli słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu, występował u jedenastolatków, a w pozostałych rocznikach był o około 5 punktów procentowych wyższy niż w najmłodszej badanej grupie wieku. Różnica w odsetkach na niekorzyść dziewcząt była największa w grupie 13-latków i zacieśniała się w starszych rocznikach (ryc. 29).



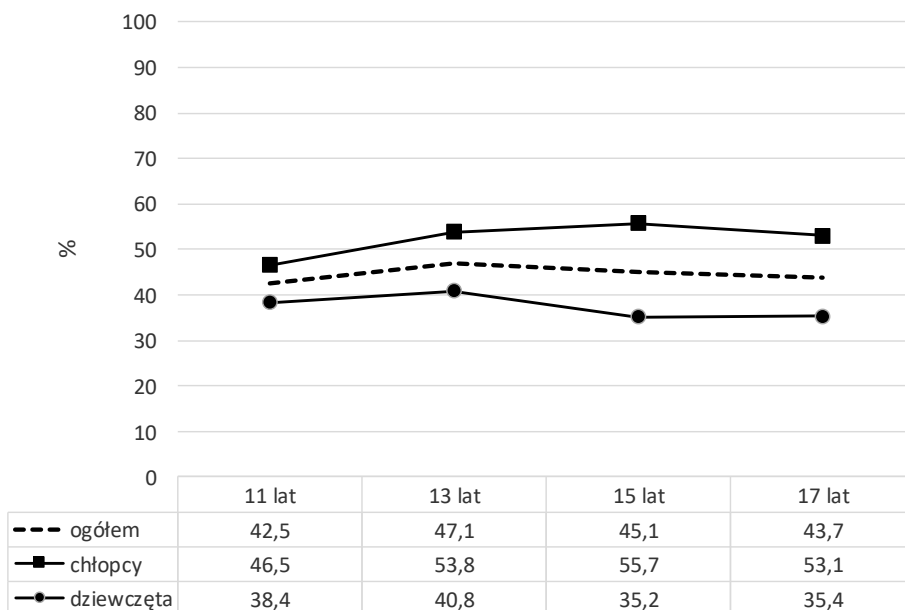
Rycina 29. Częste spożywanie słodczy, według płci i wieku

W tabeli 43 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstości spożywania słodczy przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły. Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic związanych z płcią ($p=0,425$). Częstość spożywania słodczy przez młodzież nie różniła się również pomiędzy uczniami liceów i techników ($p=0,895$). Rozpiętość analizowanego wskaźnika w podgrupach wyróżnionych ze względu na płeć i typ szkoły jest niewielka (69,5%-72,7%). Jednak należy podkreślić jego katastrofalnie wysoki poziom.

Picie napojów z dodatkiem cukru

Tabela 43. Częstość jedzenia słodczy (%) przez uczniów 17-letnich, według płci i typu szkoły

			rzadziej niż 1 raz w tygodniu lub nigdy	1 raz w tygodniu	2-4 dni w tygodniu	5-6 dni w tygodniu	codziennie co najmniej 1 raz
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	13,0	16,1	36,6	12,2	22,1
		Dziewczęta	13,5	13,8	31,7	14,0	27,0
	Ogółem		13,3	14,8	33,7	13,3	25,0
Technika i szkoły inne zawodowe	Płeć	Chłopcy	14,1	16,5	31,4	14,1	24,0
		Dziewczęta	15,3	12,6	35,3	13,8	22,9
	Ogółem		14,6	14,8	33,2	14,0	23,5
Ogółem	Płeć	Chłopcy	13,5	16,3	33,9	13,2	23,0
		Dziewczęta	14,2	13,4	33,0	14,0	25,4
	Ogółem		13,9	14,8	33,5	13,6	24,3



Rycina 30. Picie słodkich napojów 1 raz w tygodniu lub częściej, według płci i wieku

Częściej niż 1 raz w tygodniu po napoje z dodatkiem cukru sięgało 43,8% uczniów klas II szkół ponadpodstawowych. Odsetek nastolatków, którzy często pili dosłyszane napoje, wzrastał pomiędzy 11-tym a 13-tym rokiem życia, a zmniejszał się w kolejnych rocznikach. Wahania tego odsetka były jednak niewielkie, w zakresie 42,5-47,1%. Jednocześnie wraz z wiekiem zwiększała się różnica na niekorzyść chłopców (ryc. 30).

W tabeli 44 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstotliwości

Tabela 44. Częstość picia napojów z dodatkiem cukru (%) przez uczniów 17-letnich, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			rzadziej niż 1 raz w tygodniu	1 raz w tygodniu	2-4 dni w tygodniu	5-6 dni w tygodniu	codziennie 1 raz
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	33,3	15,5	25,6	10,3	15,2
		Dziewczęta	52,1	14,5	16,1	7,3	10,0
	Ogółem	44,4	14,9	20,0	8,6	12,2	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	30,0	15,0	24,3	12,3	18,4
		Dziewczęta	45,5	16,0	17,2	9,0	12,2
	Ogółem	37,1	15,5	21,1	10,8	15,6	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	31,6	15,2	24,9	11,3	16,9
		Dziewczęta	49,6	15,1	16,5	8,0	10,9
	Ogółem	41,2	15,2	20,5	9,6	13,7	

picia napojów z dodatkiem cukru przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły. Zbyt częste sięganie po napoje z dodatkiem cukru dotyczyło co trzeciej (35,4%) dziewczyny i aż co drugiego (53,1%) chłopca w wieku 17 lat ($p < 0,001$). Odsetek młodzieży, która często piła słodzone napoje, był istotnie statystycznie wyższy wśród uczniów techników (47,5%) niż wśród licealistów (40,7%), ($p = 0,020$). Najwyższy odsetek 17-latków pijących dosładane napoje częściej niż 1 raz w tygodniu występował wśród chłopców uczących się w technikach, a najniższy wśród uczennic liceów ogólnokształcących (33,5%).

Podsumowanie

Najkorzystniejsze zachowania żywieniowe reprezentują 11-latki. W kolejnych grupach wieku obniża się spożycie produktów korzystnych dla zdrowia (w większym stopniu zmiany dotyczą owoców niż warzyw) i wzrasta spożycie produktów niekorzystnych (w większym stopniu dotyczy to słodczy niż napojów z dodatkiem cukru). W grupie 17-latków obserwuje się kontynuację spadkowej tendencji regularnego spożywania owoców i warzyw. Spożycie słodczy stabilizuje się po 15. roku życia, a częstość picia słodkich napojów nawet obniża się. Ogółem, odsetek 17-latków reprezentujących deficyty właściwych zachowań żywieniowych waha się od 43,8% (częste picie słodkich napojów) do 72,7% (zbyt rzadkie jedzenie owoców). Dziewczeta we wszystkich grupach wieku częściej sięgają po owoce i warzywa. W przypadku produktów niekorzystnych dla zdrowia notowane są różnice na niekorzyść dziewcząt, ale tylko w wieku 11-13 lat i w odniesieniu do spożywania słodczy. Chłopcy we wszystkich rocznikach częściej niż dziewczeta piją słodkie napoje. Typ szkoły różnicuje zachowania żywieniowe 17-latków w odniesieniu do trzech grup produktów, oprócz słodczy. Młodzież z liceów ogólnokształcących dokonuje lepszych wyborów żywieniowych niż rówieśnicy z techników i innych szkół zawodowych. Szczególnie zagrożeni skutkami negatywnych zachowań żywieniowych są chłopcy ze szkół zawodowych.

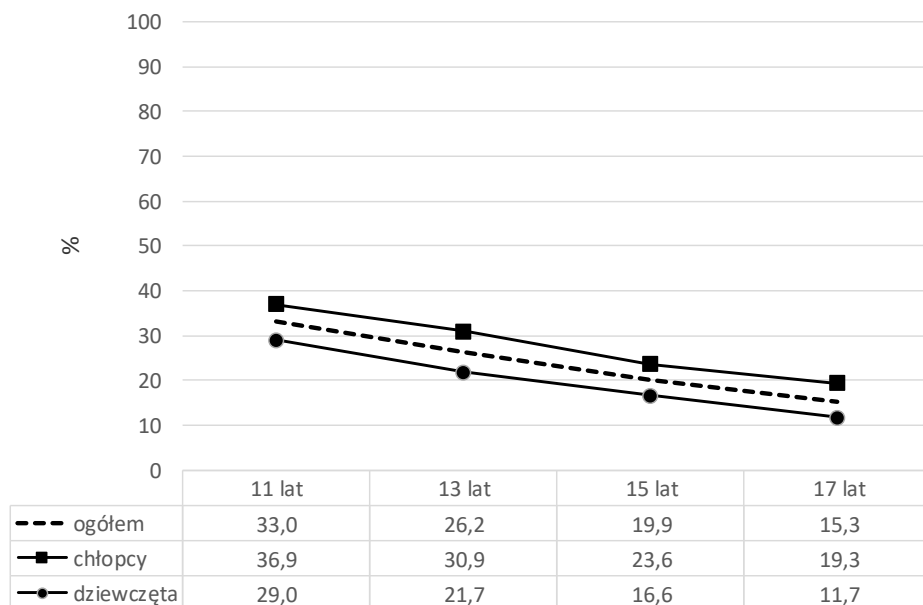
7.5. Wspólne posiłki z rodziną

Analizy opierają się na jednym pytaniu obowiązkowym na temat spożywania wspólnych posiłków z rodziną. Zakłada się, że wspólne posiłki z rodziną sprzyjają lepszym zachowaniom żywieniowym i chronią przed otyłością (Hammons i Fiese 2011). W raporcie dotyczącym młodzieży w wieku 11-15 lat rekomendowano codzienne wspólne posiłki z rodziną²⁰.

Uczniowie 17-letni, podobnie jak młodsi, uznali to pytanie za mało kłopotliwe. Odsetek braków danych wyniósł 0,3% (5 przypadków). Codziennie spożywało posiłki wraz z rodziną 15,3% uczniów klas II szkół ponadpodstawowych, co świadczy o widocznym spadku w porównaniu z młodszymi rocznikami. Patrząc na alternatywne dychotomiczne wskaźniki negatywne, warto podkreślić, że 23,2% uczniów w wieku 17 lat rzadko siada do stołu z rodziną lub nigdy tego nie robi. W grupie uczniów w wieku 11-15 lat odsetek ten był wyraźnie mniejszy (16,2%).

Na rycinie 31 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika pozytywnego w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych. We wszystkich grupach wieku chłopcy częściej niż dziewczęta deklarowali wspólne spożywanie posiłków z rodziną, a największe różnice zanotowano u 13-latków (9,2%).

W tabeli 45 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstotliwości spożywania posiłków wraz z rodziną przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły.



Rycina 31. Codzienne spożywanie posiłków z rodziną, według płci i wieku

20 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Martyna Bójko.

Odsetek regularnie siadających do stołu z rodzicami lub innymi członkami rodziny jest w tej grupie wieku większy wśród chłopców niż wśród dziewcząt ($p < 0,001$), jednak różnice zależne od płci są wyraźnie mniejsze w grupie uczniów liceów ogólnokształcących ($p = 0,213$) niż w szkołach zawodowych ($p < 0,001$).

Nie stwierdzono, aby nawyk wspólnych rodzinnych posiłków wykazywał istotny związek z typem szkoły. Zarówno w grupie ogółem, jak i wśród chłopców i dziewcząt różnice między liceami ogólnokształcącymi a szkołami zawodowymi były statystycznie nieistotne ($p = 0,253$ w całej badanej grupie 17-latków). Typ szkoły nie wykazuje związku z regu-

Tabela 45. Częstość spożywania posiłków wraz z rodziną przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Posiłki z rodziną (%)				
			codzien-nie	w większość dni	około 1 raz w tygodniu	rzadko	nigdy
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	17,0	35,2	27,2	15,1	5,5
		Dziewczęta	12,7	33,6	28,4	19,6	5,7
	Ogółem	14,4	34,3	27,9	17,8	5,6	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	21,5	37,7	20,8	16,1	3,9
		Dziewczęta	10,2	36,7	26,5	19,2	7,3
	Ogółem	16,4	37,2	23,4	17,6	5,5	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	19,3	36,5	23,9	15,7	4,7
		Dziewczęta	11,7	34,8	27,7	19,5	6,3
	Ogółem	15,3	35,6	25,9	17,7	5,5	

larnością posiłków rodzinnych, ale moderuje związek z płcią ankietowanych.

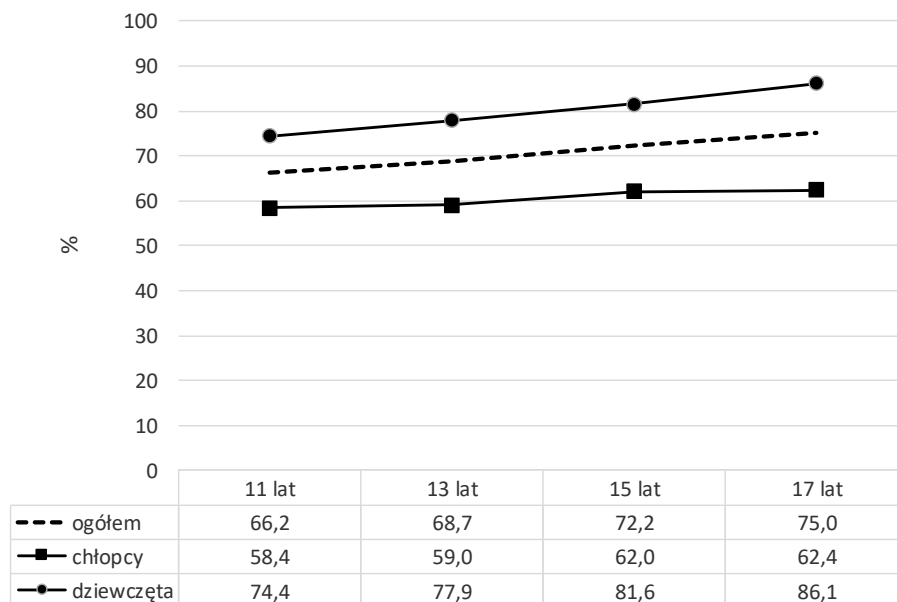
Podsumowanie

Regularność spożywania posiłków wraz z rodziną wyraźnie pogarsza się wraz z wiekiem i jest systematycznie gorsza u dziewcząt. W całej badanej grupie 17-latków typ szkoły ponadpodstawowej nie ma znaczenia. Jednak najmniej korzystne wskaźniki zanotowano wśród dziewcząt ze szkół zawodowych, a najbardziej korzystne wśród chłopców z tego typu szkół. W liceach ogólnokształcących różnice związane z płcią wyraźnie się redukują.

7.6. Higiena jamy ustnej

Analizie poddano pytanie dotyczące częstości szczotkowania zębów przez młodzież. Wskaźniki higieny jamy ustnej są często cytowane w badaniach HBSC w opracowaniach na temat społecznych nierówności w zdrowiu (Levin 2009). Badani mieli do wyboru pięć wariantów odpowiedzi: *częściej niż 1 raz dziennie; 1 raz dziennie; co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie; rzadziej niż 1 raz w tygodniu; nigdy*. Utworzono wskaźnik pozytywny oznaczający mycie zębów częściej niż 1 raz dziennie. Koresponduje on z wynikami przedstawionymi w krajowym raporcie z badań HBSC 2018²¹.

Odsetek nastolatków myjących zęby z oczekiwaną częstością zwiększał się z wiekiem. W najstarszej grupie, uczniów klas II szkół ponadpodstawowych, był największy i wynosił 75,0%. W każdej grupie wieku zaznaczała się zdecydowana różnica w częstości regularnego mycia zębów związana z płcią, na niekorzyść chłopców, która pogłębiała się wraz z wiekiem. Analizowany wskaźnik poprawiał się między 11 a 17 rokiem życia o prawie 12% u dziewcząt i tylko o 4% u chłopców (ryc. 32).



Rycina 32. Mycie zębów częściej niż 1 raz dziennie, według płci i wieku

W tabeli 46 przedstawiono dokładny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstości mycia zębów przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły. Warto zaznaczyć, że mycie zębów rzadziej niż 1 raz dziennie deklarowało tylko 2,5% ankietowanych. Dlatego badając związek z płcią i wiekiem, uwzględniono zestawienie zawierające tylko

21 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Katarzyna Radiukiewicz.

Tabela 46. Częstość mycia zębów przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Częstość mycia zębów (%)				
			częściej niż 1 raz dziennie	1 raz dziennie	co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	nigdy
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	66,6	28,2	3,9	0,5	0,8
		Dziewczęta	86,4	12,9	0,7	0,0	0,0
	Ogółem	78,3	19,2	2,0	0,2	0,3	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	58,4	37,7	2,7	0,2	1,0
		Dziewczęta	85,7	13,4	0,0	0,3	0,6
	Ogółem	70,9	26,6	1,5	0,3	0,8	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	62,4	33,1	3,3	0,4	0,9
		Dziewczęta	86,1	13,1	0,4	0,1	0,2
	Ogółem	75,0	22,5	1,8	0,2	0,5	

trzy kolumny (łącznie trzy ostatnie kategorie rzadszego mycia zębów). Odsetek dziewcząt myjących zęby częściej niż 1 raz dziennie jest o 23,7% wyższy niż chłopców ($p < 0,001$). Różnica związana z typem szkoły jest mniejsza i wynosi 7,4% na korzyść uczniów liceów ogólnokształcących ($p = 0,001$). W grupie 17-latków najrzadziej regularnie myją zęby chłopcy uczący się w technikach i szkołach zawodowych (58,4%), a najczęściej robią to dziewczęta z liceów ogólnokształcących (86,4%). Poważne zaniedbania w higienie jamy ustnej (mycie zębów rzadziej niż codziennie) reprezentuje 4,5% chłopców i 0,8% dziewcząt w wieku 17 lat. Stratyfikacja analiz ze względu na płeć zmienia wnioskowanie na temat różnic między typami szkół. Według podziału na trzy kategorie częstości mycia zębów (częściej niż 1 raz dziennie, 1 raz dziennie, rzadziej), różnica między typami szkół nadal jest istotna statystycznie w grupie chłopców ($p = 0,014$). W grupie dziewcząt typ szkoły nie jest czynnikiem różnicującym ($p = 0,939$).

Podsumowanie

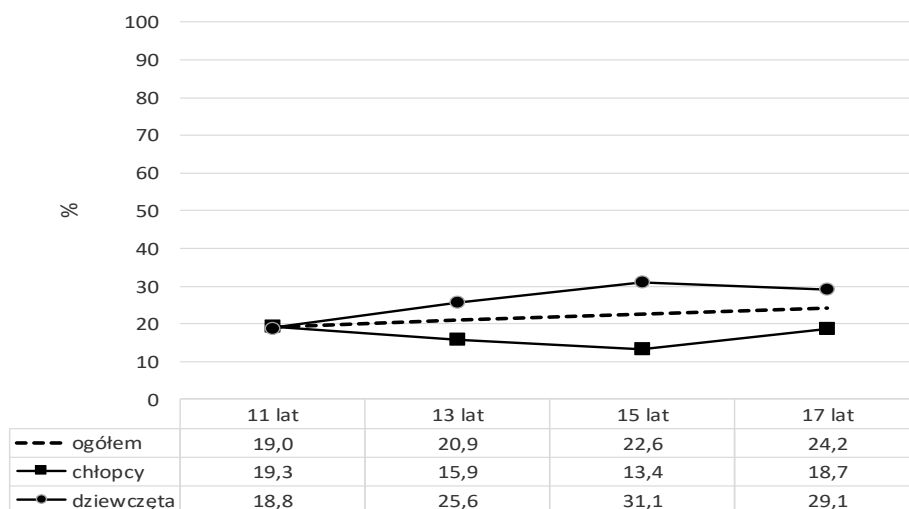
Częstość mycia zębów wyraźnie poprawia się wraz z wiekiem. W grupie 17-latków najmniej korzystne wskaźniki zanotowano wśród chłopców uczących się w technikach i szkołach zawodowych, a najbardziej korzystne wśród dziewcząt z liceów ogólnokształcących. Płeć jest czynnikiem moderującym związek między typem szkoły ponadpodstawowej a częstością mycia zębów. Różnice między uczniami liceów ogólnokształcących i szkół zawodowych są istotne statystycznie tylko u chłopców. W technikach i innych szkołach zawodowych nasilają się różnice związane z płcią, na niekorzyść chłopców.

8. ZACHOWANIA RYZYKOWNE

8.1. Nieuzasadnione odchudzanie się

Pytanie dotyczące działań podejmowanych przez młodzież w celu schudnięcia (redukcji masy ciała) jest obecne w badaniach HBSC w niezmienionej postaci od rundy z lat 2001/02 (Dzielska 2020). Jego konstrukcja pozwala na analizowanie szeregu wskaźników. Podobnie jak w raporcie krajowym z badań HBSC 2018²², skoncentrowano się na grupie odchudzających się oraz mających zamiar się odchudzać.

W 2018 roku stosowało dietę lub podejmowało inne działania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała 24,2% 17-latków. W grupie dziewcząt zauważyć można systematyczny wzrost badanego wskaźnika do 15 roku życia i jego stabilizację u 17-latek. U chłopców pojawia się przeciwna tendencja – w okresie od 11 do 15 roku życia odsetek odchudzających się obniża się, po czym wzrasta u 17-latków. Odsetki dziewcząt i chłopców stosujących dietę lub podejmujących inne działania w celu zmniejszenia masy ciała są więc bardzo zbliżone u 11-latków, różnice narastają w kolejnych roczni-



Rycina 33. Młodzież pozostająca na diecie i podejmująca inne działania, aby schudnąć, według płci i wieku

kach, aby znów ulec redukcji u 17-latków (ryc. 33).

W tabelach 47 i 48 przeanalizowano dokładne odpowiedzi na pytanie na temat częstości stosowania diet i podejmowania innych działań przez młodzież 17-letnią w celu schudnięcia, uwzględniając też intencje (odchudzania się lub przytycia). Tabele różnią się badaną populacją. W drugiej z nich ograniczono się do młodzieży, która nie ma

22 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Barbara Woynarowska.

Tabela 47. Stosowanie diet i podejmowanie innych działań przez 17-latków w celu schudnięcia, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Stosowanie diet (%)			
			nie, bo ważę, ile trzeba	nie, ale powinni trochę schudnąć	nie, bo powinni przytyć	tak
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	32,8	21,1	24,2	21,9
		Dziewczęta	31,4	31,9	6,6	30,1
	Ogółem		32,0	27,5	13,8	26,8
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	38,1	18,2	28,0	15,7
		Dziewczęta	23,9	37,6	11,1	27,4
	Ogółem		31,6	27,1	20,3	21,1
Ogółem	Płeć	Chłopcy	35,5	19,6	26,2	18,7
		Dziewczęta	28,5	34,1	8,3	29,1
	Ogółem		31,8	27,3	16,7	24,2

Tabela 48. Stosowanie diet i podejmowanie innych działań w celu schudnięcia według płci i typu szkoły w grupie 17-latków bez nadmiaru masy ciała, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Stosowanie diet (%)			
			nie, bo ważę, ile trzeba	nie, ale powinni trochę schudnąć	nie, bo powinni przytyć	tak
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	39,2	15,9	29,6	15,3
		Dziewczęta	33,3	30,9	7,4	28,3
	Ogółem		35,5	25,3	15,7	23,4
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	41,5	13,8	33,6	11,0
		Dziewczęta	27,1	34,9	11,9	26,1
	Ogółem		34,6	24,0	23,2	18,3
Ogółem	Płeć	Chłopcy	40,4	14,9	31,7	13,1
		Dziewczęta	31,0	32,4	9,0	27,5
	Ogółem		35,1	24,7	18,9	21,2

nadmiaru masy ciała, a więc wysiłki w celu jej zmniejszenia są nieuzasadnione. Warto przypomnieć, że wśród badanych 17-latków 74,7% nie miało nadwagi. Według danych z tabeli 47, nieco więcej niż jedna czwarta 17-latków uważała, że powinna trochę schudnąć, ale nie stosowała żadnych działań w tym celu. Gotowość do podjęcia odchudzania

częściej występowała u dziewcząt niż wśród chłopców, a zjawisko to jest bardziej widoczne w technikach i innych szkołach zawodowych (dwukrotna różnica w odsetkach dla obu płci - $p < 0,001$). Według danych z tabeli 48 jedna piąta 17-latków bez nadmiaru masy ciała podejmowała działania w kierunku jej redukcji. Istotnie częściej takie próby odnotowano wśród dziewcząt niż chłopców ($p < 0,001$) oraz częściej u uczniów liceów ogólnokształcących niż szkół zawodowych ($p = 0,002$). Co czwarty 17-latek bez nadmiaru masy ciała wyrażał gotowość do odchudzania się, prawie dwukrotnie częściej dziewczęta niż chłopcy w obu typach szkół. W grupie 17-letnich chłopców bez nadwagi 31,7% uważało, że powinni zwiększyć masę ciała, co tylko sporadycznie deklarowały dziewczęta (9,0%).

Podsumowanie

Prawie co czwarty 17-latek podejmował działania w kierunku redukcji masy ciała. Znacznie częściej odchudzały się dziewczęta, a chłopcy z techników odchudzali się istotnie rzadziej niż ich rówieśnicy z klas licealnych. Najczęściej samą gotowość do odchudzania się deklarowały uczennice techników i innych szkół zawodowych. Spośród 17-latków bez nadmiaru masy ciała, jedna piąta podejmowała działania w kierunku redukcji masy ciała, przede wszystkim uczennice liceów, a gotowość podjęcia tych działań deklarowała jedna czwarta badanych, dwukrotnie częściej dziewczęta niż chłopcy w obu typach szkół.

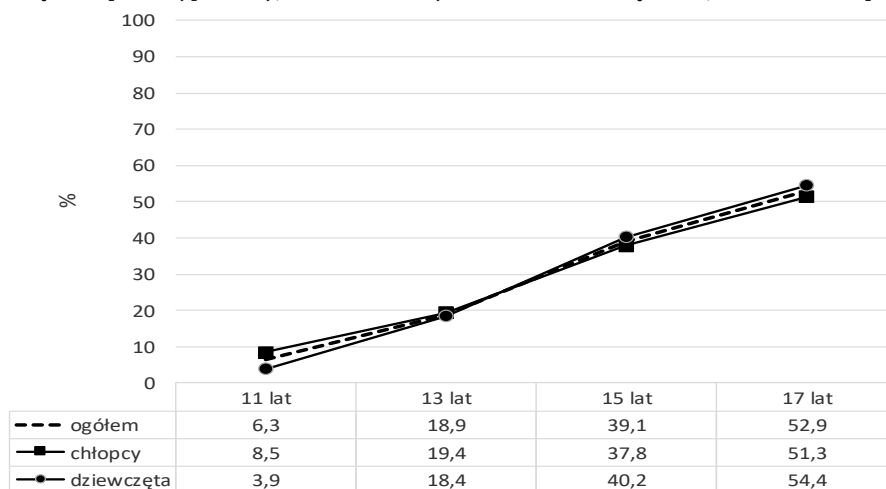
8.2. Palenie papierosów

Jest to temat, który pierwotnie miał być wiodący w badaniach HBSC, a w Polsce wielokrotnie analizowano trendy i uwarunkowania palenia tytoniu (Mazur 2017). Analizie poddano po dwa pytania na temat palenia papierosów tradycyjnych (ogólnie określone jako palenie tytoniu) oraz papierosów elektronicznych. W drugim przypadku mamy do czynienia z nowym modułem w protokole HBSC, co daje możliwość włączenia się do krajowego nurtu badań na ten temat (Goniewicz 2014). Pytania dotyczące palenia tradycyjnych papierosów były obowiązkową częścią protokołu badań HBSC 2017/2018²³, dlatego wyniki dotyczące częstości sięgania po tytoń przedstawiono w krajowym raporcie z badań HBSC 2018, uwzględniając uczniów w wieku 11-15 lat. Natomiast pytania dotyczące e-papierosów, jako opcjonalna część protokołu, nie zostały w nim omówione. Konstrukcja czterech pytań była jednakowa. Młodzież pytano, czy paliła oba rodzaje papierosów kiedykolwiek w życiu oraz w ciągu ostatnich 30 dni. Odpowiedzi zaznaczano jako liczbę dni, w których to miało miejsce (*nigdy, 1-2 dni, 3-5 dni, 6-9 dni, 10-19 dni, 20 dni i więcej*). Za podstawowy wskaźnik przyjęto palenie co najmniej 1 raz w danym okresie.

Palenie papierosów tradycyjnych (tytoniu)

Porównując kolejne grupy wieku, wykazano wzrost odsetka palących tytoń kiedykolwiek w życiu od 6,3% u 11-latków do 52,9% u 17-latków.

Różnice zależne od płci są niewielkie, redukują się szczególnie w grupie 13-latków (ryc. 34). W grupie 17-latków kiedykolwiek w życiu paliła tytoń ponad połowa ankietowanych (52,9%). Nie zaobserwowano istotnych różnic w częstości palenia pomiędzy typami szkół ($p=0,140$) oraz między chłopcami i dziewczętami ($p=0,373$). Jeśli jednak uwzględnić łącznie płeć i typ szkoły, to analizowany wskaźnik waha się od 49,7% wśród chłopców



Rycina 34. Palenie tytoniu przez młodzież w całym życiu, według płci i wieku

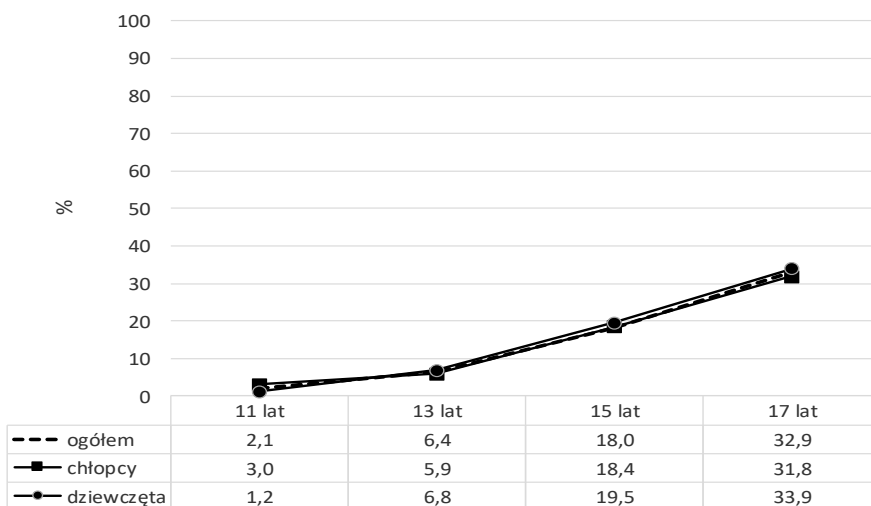
23 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Anna Kowalewska.

Tabela 49. Częstość palenia tytoniu przez 17-latki w całym życiu, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Palenie tytoniu w całym życiu (%)					
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 dni lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	50,3	10,9	5,7	2,6	4,4	26,0
		Dziewczęta	46,9	10,6	5,4	2,5	5,8	28,8
	Ogółem	48,3	10,7	5,5	2,6	5,2	27,7	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	47,3	12,8	5,3	3,5	4,8	26,5
		Dziewczęta	43,4	9,7	5,9	7,0	5,9	28,2
	Ogółem	45,5	11,3	5,5	5,1	5,3	27,3	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	48,7	11,9	5,5	3,1	4,6	26,3
		Dziewczęta	45,6	10,3	5,6	4,2	5,8	28,5
	Ogółem	47,1	11,0	5,5	3,7	5,2	27,5	

uczęszczających do liceów ogólnokształcących do 56,6% wśród dziewcząt uczęszczających do techników i innych szkół zawodowych. Odsetek palących często (20 dni lub więcej w życiu) wynosił w badanej próbie 27,5%, wahając się nieznacznie od 26,0% do 28,8% (odpowiednio chłopcy i dziewczęta z liceów ogólnokształcących) – tabela 49.

Odpowiedź na pytanie o palenie w ciągu ostatnich 30 dni daje nam obraz aktualnego sięgania przez młodzież po tradycyjne wyroby tytoniowe. Podobnie jak w przypadku poprzedniego wskaźnika palenia w całym życiu, w odniesieniu do palenia w ostatnim miesiącu zauważono wyraźny wzrost w kolejnych grupach wieku. Również nie stwierdzono znaczących różnic zależnych od płci (ryc. 35).



Rycina 35. Palenie tytoniu przez młodzież w ciągu ostatnich 30 dni, według płci i wieku

Tabela 50. Częstość palenia przez 17-latków tytoniu w ostatnich 30 dniach, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach (%)					
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 dni lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	68,8	10,2	6,3	3,7	2,9	8,1
		Dziewczęta	68,2	10,6	5,4	2,3	4,5	8,8
	Ogółem	68,4	10,5	5,8	2,9	3,9	8,6	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	67,6	8,8	5,0	3,0	2,8	12,8
		Dziewczęta	62,6	14,2	3,6	4,2	4,5	11,0
	Ogółem	65,3	11,3	4,4	3,5	3,5	12,0	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	68,2	9,5	5,6	3,3	2,8	10,5
		Dziewczęta	66,1	12,0	4,7	3,0	4,5	9,7
	Ogółem	67,1	10,8	5,1	3,2	3,7	10,1	

Co najmniej raz w ostatnim miesiącu palili tytoń 32,9% ankietowanych 17-latków. Nie wykazano istotnych różnic zależnych od płci ($p=0,226$) i typu szkoły ($p=0,162$). Jeśli jednak uwzględnić łącznie płeć i typ szkoły, to analizowany wskaźnik obecnego palenia papierosów tradycyjnych waha się od 31,2% wśród chłopców uczęszczających do liceów ogólnokształcących do 37,4% wśród dziewcząt uczęszczających do techników i innych szkół zawodowych. Odsetek palących stosunkowo częściej (10 dni lub więcej w ostatnim miesiącu) wynosił w badanej próbie 13,8%, wahając się nieznacznie od 11,0% do 15,6% (odpowiednio chłopcy z liceów ogólnokształcących i szkół zawodowych). W technicach i szkołach zawodowych wskaźniki częstego palenia są prawie identyczne dla obu płci, podczas gdy w liceach ogólnokształcących o 2,3% większe wśród dziewcząt – tabela 50.

Używanie e-papierosów

Na pytania dotyczące e-papierosów odpowiadała tylko młodzież z trzech najstarszych roczników. Poniżej przedstawiono dokładniejsze zestawienia tabelaryczne, ponieważ wyniki nie były wcześniej publikowane.

Częstość palenia e-papierosów w całym życiu zwiększała się istotnie wraz z wiekiem ($p<0,001$). Papierosów elektronicznych próbował co piąty badany 13-latek (22,1%), a w najstarszym roczniku 17-latków już połowa przyznała, że sięgnęła po e-papierosa przynajmniej 1 raz w życiu (50,2%). Częste używanie (10 dni lub więcej) tego typu używek w całym życiu deklарowało 6,5% 13-latków. Odsetek wśród 15-latków był już prawie trzykrotnie większy (19,1%), a w wieku 17 lat bardzo częste palenie e-papierosów dotyczyło co czwartego ankietowanego (24,5%). Biorąc pod uwagę płeć, w pełnej próbie badanych zaznaczyła się istotna różnica w częstości palenia e-papierosów na niekorzyść chłopców ($p<0,001$). Częstsze palenie e-papierosów przez chłopców niż dziewczęta za-

Tabela 51. Częstość używania e-papierosów w całym życiu, według płci i wieku

Płeć/Grupa wieku			Używanie e-papierosów w całym życiu (%)				
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10 dni lub więcej
13 lat	Płeć	Chłopcy	74,4	11,0	4,1	2,1	8,4
		Dziewczęta	81,1	8,3	4,2	1,7	4,7
	Ogółem		77,9	9,5	4,2	1,9	6,5
15 lat	Płeć	Chłopcy	55,7	14,8	7,1	3,2	19,2
		Dziewczęta	57,5	12,4	6,6	4,6	18,9
	Ogółem		56,6	13,6	6,8	3,9	19,1
17 lat	Płeć	Chłopcy	46,1	11,9	6,2	5,2	30,6
		Dziewczęta	53,0	14,8	7,7	4,7	19,8
	Ogółem		49,8	13,4	7,0	4,9	24,9
Ogółem	Płeć	Chłopcy	58,9	12,6	5,8	3,5	19,2
		Dziewczęta	63,7	11,8	6,2	3,7	14,6
	Ogółem		61,4	12,2	6,0	3,6	16,8

obserwowano w najmłodszym i najstarszym roczniku, a wśród 15-latków intensywność palenia e-papierosów była podobna u obu płci (tab. 51).

Istotnie częściej po papierosy elektroniczne sięgali uczniowie techników i szkół zawodowych niż uczniowie liceów ogólnokształcących ($p=0,041$). W obu typach szkół brak kontaktu z e-papierosami deklarował podobny odsetek młodzieży, sporadyczne palenie było częstsze wśród uczniów liceów, a intensywne sięganie po e-papierosy częściej występowało wśród młodzieży uczącej się w technikach. Istotna różnica w częstości palenia e-papierosów na niekorzyść chłopców ($p<0,001$) utrzymywała się w obu typach szkół (tab. 52).

W tabeli 53 analogicznie zestawiono dane na temat używania e-papierosów w ostatnich 30 dniach, uwzględniając trzy grupy wieku i płęć ankietowanych.

Tabela 52. Częstość palenia e-papierosów przez 17-latków w całym życiu, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Używanie e-papierosów (%)				
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10 dni lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	45,3	14,6	7,3	4,7	28,1
		Dziewczęta	52,5	15,5	7,7	3,6	20,7
	Ogółem		49,6	15,1	7,6	4,0	23,7
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	46,9	9,2	5,2	5,7	33,0
		Dziewczęta	53,7	13,7	7,6	6,5	18,5
	Ogółem		50,0	11,4	6,3	6,0	26,3

Tabela 53. Częstość używania e-papierosów w ostatnich 30 dniach, według płci i wieku

Płeć/Grupa wieku			Używanie w ostatnich 30 dniach (%)				
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10 dni lub więcej
13 lat	Płeć	Chłopcy	90,3	4,1	2,1	0,6	2,9
		Dziewczęta	93,4	3,2	2,0	0,6	0,8
	Ogółem		91,9	3,7	2,0	0,6	1,8
15 lat	Płeć	Chłopcy	80,3	8,4	2,0	1,7	7,6
		Dziewczęta	81,5	8,3	3,2	2,4	4,6
	Ogółem		80,9	8,5	2,6	2,0	6,0
17 lat	Płeć	Chłopcy	65,4	11,3	3,3	4,2	15,8
		Dziewczęta	76,2	12,5	3,2	2,1	6,0
	Ogółem		71,2	11,9	3,2	3,1	10,6
Ogółem	Płeć	Chłopcy	78,9	7,9	2,5	2,1	8,6
		Dziewczęta	83,6	8,1	2,8	1,7	3,8
	Ogółem		81,4	8,0	2,6	1,9	6,1

Częstość palenia e-papierosów w ostatnich 30 dniach również zwiększała się istotnie wraz z wiekiem i jak wspomniano, był to wzrost liniowy ($p < 0,001$). W kolejnych rocznikach częste używanie kształtowało się na poziomie: 1,8% (13-latków), 6,0% (15-latków) i 10,6% (17-latków) – $p < 0,001$. Częste używanie (10 dni lub więcej) tego typu używek w całym życiu deklarowało 1,8% 13-latków. Odsetek wśród 15-latków był już prawie trzykrotnie większy (6,0%), a w wieku 17 lat bardzo częste palenie e-papierosów dotyczyło co dziesiątego ankietowanego (10,6%).

Biorąc pod uwagę płeć, pojawiła się też wyraźna różnica w częstości palenia e-papierosów w ostatnich 30 dniach na niekorzyść chłopców ($p < 0,001$). Częstsze palenie e-papierosów przez chłopców niż dziewczęta zaobserwowano we wszystkich trzech rocznikach, ale różnica była największa w grupie 17-latków (tab. 53).

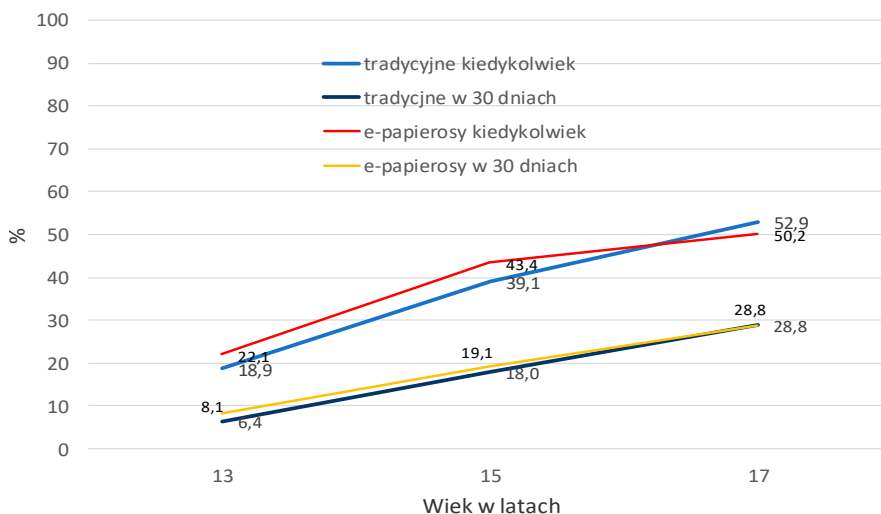
W grupie 17-latków chłopcy z obu typów szkół istotnie częściej niż dziewczęta deklarowali, że w ciągu ostatniego miesiąca używali e-papierosów ($p < 0,001$). Różnice związane z płcią nasilały się w szkołach zawodowych. Zaobserwowano również istotny związek częstości palenia papierosów elektronicznych z typem szkoły ($p = 0,001$), co wskazuje na związek silniejszy niż wykazano poprzednio, biorąc pod uwagę perspektywę całego życia. Uczniowie techników i szkół zawodowych istotnie częściej niż młodzież uczęszczająca do liceów podejmowali próby palenia e-papierosów ($p < 0,001$) i używali ich z większą intensywnością. Bardzo częste palenie e-papierosów (10 dni lub więcej) dotyczyło 8,0%

Tabela 54. Częstość używania e-papierosów przez 17-latków w ostatnich 30 dniach, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Używanie e-papierosów				
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10 dni lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	69,0	10,9	3,7	4,0	12,4
		Dziewczęta	77,5	12,9	3,1	1,6	4,9
	Ogółem	74,0	12,1	3,3	2,6	8,0	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	61,9	11,6	3,0	4,5	19,0
		Dziewczęta	74,2	11,8	3,3	3,0	7,7
	Ogółem	67,5	11,7	3,1	3,8	13,9	

licealistów i 13,9% uczniów techników, a różnice na niekorzyść uczniów tych drugich szkół były widoczne u obu płci (tab. 54).

Podsumowując uzyskane wyniki, zestawiono cztery zdefiniowane na wstępie wskaźniki w trzech grupach wieku, dla których dostępne są dane, w grupie ogółem, bez względu na płeć. Wyniki wskazują na zbliżone częstości używania tradycyjnych wyrobów tytoniowych i e-papierosów. W młodszych rocznikach i z perspektywy całego życia młodzież deklaruje nawet częstsze używanie e-papierosów. W grupie 17-latków (a więc w kohorcie wcześniej urodzonych) częstość używania e-papierosów jest o 2,7% mniejsza niż tradycyjnych wg danych deklarowanych dla całego życia oraz identyczna w ostatnich 30 dniach (ryc. 36).



Rycina 36. Używanie e-papierosów co najmniej 1 raz w życiu lub ostatnich 30 dniach, według wieku badanych.

Podsumowanie

Odsetek uczniów palących tradycyjne wyroby tytoniowe i e-papierosy znacząco zwiększa się wraz z wiekiem. Płeć słabo różnicuje częstość palenia tradycyjnych papierosów zarówno z perspektywy całego życia, jak i ostatnich 30 dni. W starszych rocznikach zarysowuje się jedynie tendencja do częstszego palenia przez dziewczęta. W przypadku e-papierosów pojawiają się różnice na niekorzyść chłopców, najsilniejsze wśród 17-latków. Wśród nich typ szkoły nie wykazuje związku z sięganiem po papierosy tradycyjne, ale różnicuje częstość używania e-papierosów. Po e-papierosy istotnie częściej sięgają uczniowie techników lub szkół zawodowych niż liceów ogólnokształcących, a różnice w częstości palenia e-papierosów w zależności od typu szkoły są bardziej widoczne w przypadku używania e-papierosów w ostatnich 30 dniach niż w całym życiu.

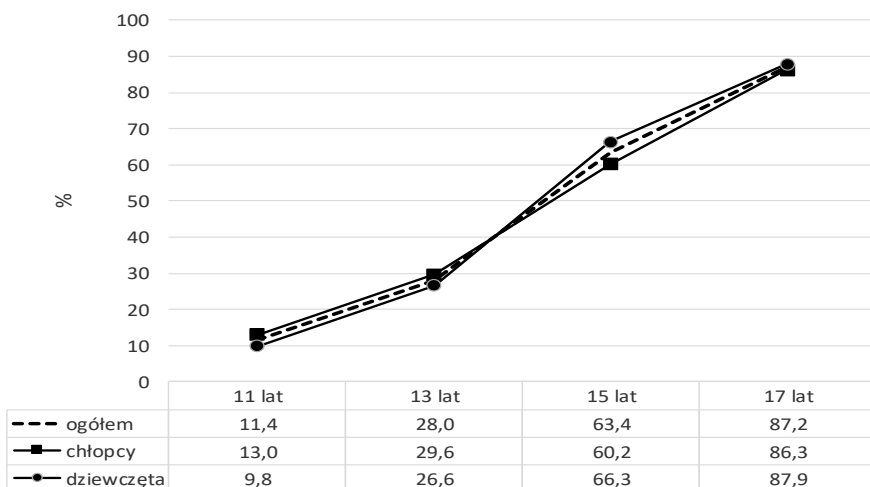
8.3. Picie alkoholu i upijanie się

Obecnie zauważalnym i szeroko komentowanym zjawiskiem jest spadek częstości picia alkoholu przez młodzież (de Looze 2015). Temat sięgania po alkohol jest również obecny w części obowiązkowej kwestionariusza HBSC w postaci czterech pytań na temat picia alkoholu i upijania się, które są przedmiotem analizy. Młodzież odpowiadała z perspektywy całego życia i ostatnich 30 dni. Wyniki korespondują z rozdziałem krajowego raportu wydanego w 2018 roku²⁴. Pytania o picie alkoholu są zbliżone w konstrukcji do tych stosowanych w badaniach ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) i zgodne z formułą pytania w protokole HBSC o palenie papierosów i marihuany (wyniki w odrębnych rozdziałach). Pytanie o epizody upijania się zadawane było w niezmienionej postaci od początku prowadzenia badań HBSC i pojawiało się w czterech grupach wieku. Analizowano negatywne wskaźniki częstości picia alkoholu i upijania, zdefiniowane jako co najmniej 1 raz w danym okresie. Testowano statystyczne różnice między grupami młodzieży (wg płci i typu szkoły) dla wskaźników dychotomicznych i pełnych rozkładów.

Picie alkoholu

Młodzież wybierała jedną z siedmiu kategorii odpowiedzi: *nigdy*; *1-2 dni*; *3-5 dni*; *6-9 dni*; *10-19 dni*; *20-29 dni*; *30 dni lub więcej*, co pozwoliło na oszacowanie wskaźnika picia alkoholu kiedykolwiek w życiu. W szczegółowych zestawieniach połączono dwie ostatnie kategorie.

Odsetek młodzieży, która sięgnęła kiedykolwiek po alkohol, zwiększa się ośmiokrotnie między 11 a 17 rokiem życia. Tempo wzrostu nasila się po 13 roku życia. Zdecydowana



Rycina 37. Picie alkoholu kiedykolwiek w całym życiu, według płci i wieku

24 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Anna Kowalewska.

Tabela 55. Picie alkoholu w całym życiu przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Picie alkoholu w całym życiu (%)					
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 dni lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	14,5	8,0	9,6	8,5	11,7	47,7
		Dziewczęta	12,6	12,3	7,8	9,0	12,5	45,8
	Ogółem	13,4	10,5	8,5	8,8	12,1	46,6	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	12,8	10,1	8,1	8,4	9,4	51,1
		Dziewczęta	11,2	11,8	6,8	8,5	8,8	52,9
	Ogółem	12,1	10,9	7,5	8,5	9,1	51,9	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	13,7	9,1	8,8	8,5	10,5	49,4
		Dziewczęta	12,1	12,1	7,4	8,8	11,1	48,5
	Ogółem	12,8	10,7	8,1	8,7	10,8	49,0	

większość uczniów klas II szkół ponadpodstawowych chociaż 1 raz w życiu sięgnęła po alkohol (87,2%). Różnice związane z płcią są niewielkie, ujawniają się głównie wśród 15-latków na niekorzyść dziewcząt, chociaż też są na granicy istotności statystycznej ($p=0,040$) u 11-latków i na niekorzyść chłopców (ryc. 37).

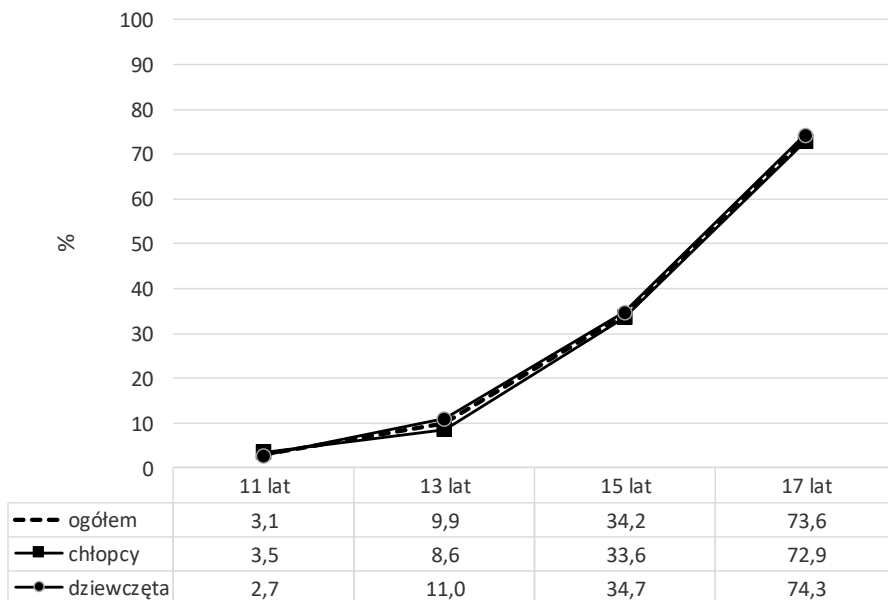
W tabeli 55 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstości picia alkoholu w całym życiu przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły. Nie potwierdzono, aby te rozkłady różniły się istotnie ze względu na płeć ankietowanych ($p=0,335$). Nie wykazano również związku z typem szkoły ponadpodstawowej, do której uczęszczała młodzież 17-letnia, ani w grupie ogółem ($p=0,215$), ani w grupach wyróżnionych ze względu na płeć.

Warto zwrócić jednak uwagę na wskaźniki częstszego picia alkoholu. Prawie połowa 17-latków (49,0%) piła alkoholu co najmniej 20 razy (dni w życiu). Odsetek ten jest większy w technikach niż w liceach ogólnokształcących (odpowiednio 51,9% oraz 46,6%). Odsetki te są odpowiednio większe, jeśli odniesiemy je do osób, które w ogóle próbowały alkoholu.

Odsetek nastolatków, które piły alkohol w ostatnich 30 dniach jest niewiele mniejszy od wskaźników z całego życia. Odsetek ten wzrasta od 3,1% w grupie 11-latków do 73,6% w grupie 17-latków. Najbardziej dynamiczny wzrost częstości spożywania alkoholu w ostatnim miesiącu następował między 15 a 17 rokiem życia. Różnice związane z płcią są nieznaczne we wszystkich grupach wieku. Także wśród 17-latków nie wykazano związku między płcią a dychotomicznym wskaźnikiem picia alkoholu w ostatnim miesiącu przed badaniem ($p=0,497$) - ryc. 38.

Typ szkoły nie wpływa na częstość picia alkoholu przez 17-latków w ostatnich 30 dniach ($p=0,186$). W podziale na typ szkoły zanikają zależności związane z płcią.

Uzupełnieniem analiz mogą być wskaźniki częstszego picia alkoholu. Wśród 17-latków 9,8% ankietowanych deklaroowało sięganie po alkohol co najmniej 10 razy w ostatnim



Rycina 38. Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach, według płci i wieku

miesiącu. Odsetek ten kształtował się na poziomie 12,2% u chłopców i 7,7% u dziewcząt. Dziewczęta ogólnie częściej piją alkohol, ale robią to mniej regularnie niż chłopcy. Wskaźniki częstego upijania się były o 2% wyższe w szkołach zawodowych w porównaniu z liceami ogólnokształcącymi (tab. 56).

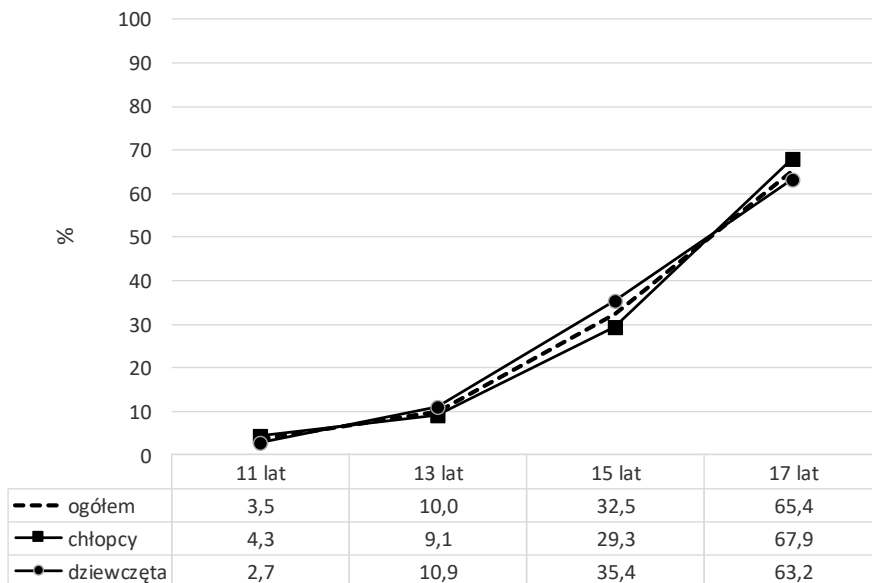
Upijanie się

Tabela 56. Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach (%)					
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 dni lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	27,9	28,4	21,4	11,2	7,6	3,6
		Dziewczęta	27,5	32,1	22,1	11,0	5,0	2,3
	Ogółem	27,6	30,6	21,8	11,1	6,1	2,9	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	26,4	28,2	18,2	14,0	8,5	4,7
		Dziewczęta	22,7	30,4	23,9	14,7	5,0	3,2
	Ogółem	24,7	29,2	20,8	14,3	6,9	4,1	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	27,1	28,3	19,7	12,6	8,0	4,2
		Dziewczęta	25,7	31,5	22,8	12,4	5,0	2,7
	Ogółem	26,4	30,0	21,4	12,5	6,4	3,4	

W pytaniu na temat epizodów upicia się młodzież wybierała jedną z pięciu kategorii odpowiedzi: *nie, nigdy; tak, 1 raz; tak, 2-3 razy; tak, 4-10 razy; tak, więcej niż 10 razy*. Utworzono analogiczne negatywne wskaźniki upijania się: upicie się chociaż 1 raz w życiu oraz upicie się chociaż 1 raz w ostatnich 30 dniach.

Częstość upijania się w całym życiu wyraźnie wzrasta z wiekiem (ryc. 39). O ile w naj-



Rycina 39. Upijanie się w całym życiu, według płci i wieku

młodszej grupie wieku notuje się sporadyczne przypadki, o tyle wśród 17-latków doświadczenia takie miało 65,4% ankieterowanych, częściej chłopcy niż dziewczęta. W kolejnych grupach wieku zmienia się zależność związana z płcią. Podczas gdy u 15-latków można zaobserwować różnicę w częstości upijania się na niekorzyść dziewcząt, wśród uczniów II klas szkół ponadpodstawowy większy odsetek tych, którzy upili się chociaż 1 raz w życiu, występuje u chłopców.

W tabeli 57 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstości upijania się w całym życiu przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły. W tej grupie wieku większy odsetek nastolatków, którzy upili się chociaż raz w życiu, obserwuje się u chłopców niż u dziewcząt ($p=0,042$). Istotna różnica na niekorzyść chłopców utrzymuje się wśród uczniów liceów ogólnokształcących ($p=0,012$). Nie potwierdzono różnic związanych z płcią w technikach i innych szkołach zawodowych ($p=0,240$).

W grupie ogółem upijanie się w całym życiu wykazuje też istotny związek z typem szkoły ($p=0,035$). Patrząc na dane ogólne, można wnioskować, że częściej upijała się młodzież ucząca się w technikach i innych szkołach zawodowych niż ich rówieśnicy uczęszczający do liceów ogólnokształcących. Jednak płeć jest czynnikiem moderującym badaną zależność. Nie

Tabela 57. Upijanie się w całym życiu przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

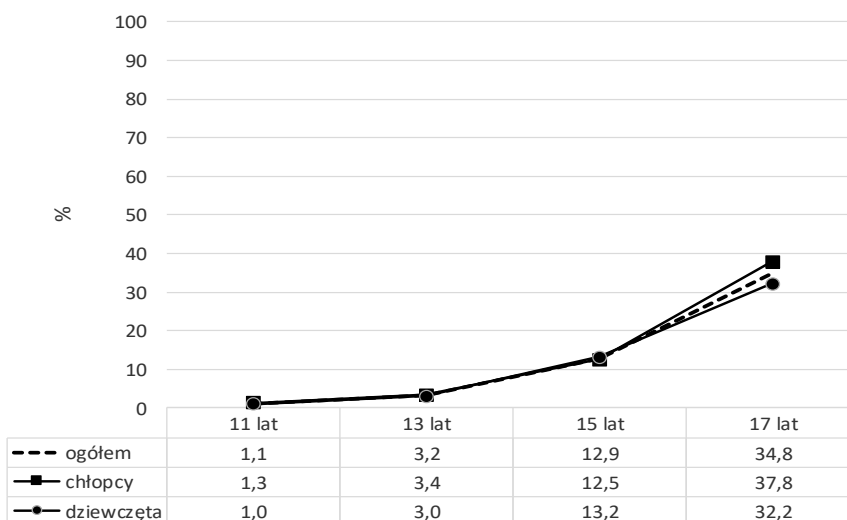
Typ szkoły			Upijanie się w całym życiu (%)				
			nie, nigdy	tak, 1 raz	tak, 2-3 razy	tak, 4-10 razy	tak, więcej niż 10 razy
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	35,0	14,2	22,5	10,9	17,4
		Dziewczęta	39,8	17,4	19,2	13,1	10,6
	Ogółem		37,8	16,1	20,6	12,2	13,3
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	29,3	16,7	21,9	13,3	18,7
		Dziewczęta	31,9	17,8	24,6	13,2	12,6
	Ogółem		30,5	17,2	23,1	13,2	15,9
Ogółem	Płeć	Chłopcy	32,1	15,5	22,2	12,1	18,1
		Dziewczęta	36,8	17,6	21,2	13,1	11,3
	Ogółem		34,6	16,6	21,7	12,6	14,5

potwierdzono związku z typem szkoły ani u chłopców ($p=0,410$), ani u dziewcząt ($p=0,122$).

Warto zwrócić też uwagę na wskaźniki częstego upijania się. Cztery lub więcej takie epizody w życiu deklarowało 27,1% ankietowanych 17-latków (30,2% chłopców i 24,4% dziewcząt).

Ostatni z prezentowanych w tym rozdziale wskaźników dotyczył epizodów upicia się w ostatnich 30 dniach. Wskaźniki te wzrastały z wiekiem, osiągając wartość 34,2% w grupie 17-latków. Szczególnie silny wzrost następuje po 15 roku życia (ryc. 40).

W najstarszej grupie wieku częściej doświadczenia takie mieli chłopcy niż dziewczęta ($p=0,015$). W młodszych grupach wieku różnice związane z płcią są zdecydowanie mniej-



Rycina 40. Upijanie się w ostatnich 30 dniach, według płci i wieku

Tabela 58. Upijanie się w ostatnich 30 dniach przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Upijanie w ostatnich 30 dniach (%)				
			nie, nigdy	tak, 1 raz	tak, 2-3 razy	tak, 4-10 razy	tak, więcej niż 10 razy
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	63,1	22,8	8,6	2,9	2,6
		Dziewczęta	69,7	21,2	5,6	2,4	1,1
	Ogółem	67,0	21,8	6,9	2,6	1,7	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	61,3	21,1	8,2	5,0	4,5
		Dziewczęta	64,7	24,0	9,2	0,9	1,2
	Ogółem	62,8	22,4	8,6	3,1	3,0	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	62,2	21,9	8,4	3,9	3,6
		Dziewczęta	67,8	22,3	7,0	1,8	1,1
	Ogółem	65,2	22,1	7,6	2,8	2,3	

sze i statystycznie nieistotne.

W tabeli 58 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi na pytanie na temat częstości upijania się w ostatnich 30 dniach przez młodzież 17-letnią, według płci i typu szkoły. Nie stwierdzono istotnej różnicy w rozkładach wyników dotyczących uczniów szkół obu typów ($p=0,183$). Co najmniej jednego epizodu upicia się doświadczyło odpowiednio 33,0% uczniów liceów ogólnokształcących oraz 37,2% uczniów techników i innych szkół zawodowych. Większe, ale wciąż statystycznie nieistotne, różnice widoczne były w grupie dziewcząt ($p=0,093$) niż chłopców ($p=0,350$). W porównaniu z dziewczętami wykazano o 5,6% większy odsetek 17-letnich chłopców, którzy w tym okresie upili się co najmniej 1 raz, ale też o 4,6% większy odsetek często upijających się (4 lub więcej epizodów w ostatnim miesiącu). Wielokrotne epizody upicia się w ostatnich 30 dniach wykazano u 4,3% uczniów liceów ogólnokształcących, wobec 6,1% w szkołach zawodowych. Grupą ryzyka zagrożonych niekorzystnym profilem picia alkoholu są chłopcy z techników i innych szkół zawodowych, wśród których 9,5% upiło się 4 razy lub więcej w ostatnich 30 dniach.

Podsumowanie

Wraz z wiekiem następuje dynamiczny wzrost częstości spożywania alkoholu przez młodzież oraz częstości upijania się. Częstość picia alkoholu gwałtownie wzrasta po 13 roku życia, a upijania się po 15 roku życia. Kontakty z alkoholem chłopców i dziewcząt niewiele różnią się na przestrzeni drugiej dekady życia, a wnioskowanie na temat tych różnic nie jest jednoznaczne. W trzech młodszych grupach wieku różnice na niekorzyść chłopców pojawiają się tylko w odniesieniu do wskaźnika picia alkoholu w całym życiu u 11-latków. Z kolei różnice na niekorzyść dziewcząt okazały się statystycznie istotne w grupie 15-latków dla wskaźników picia alkoholu i upijania się w całym życiu.

W grupie 17-latków większe różnice związane z płcią zaobserwowano dla wskaźników

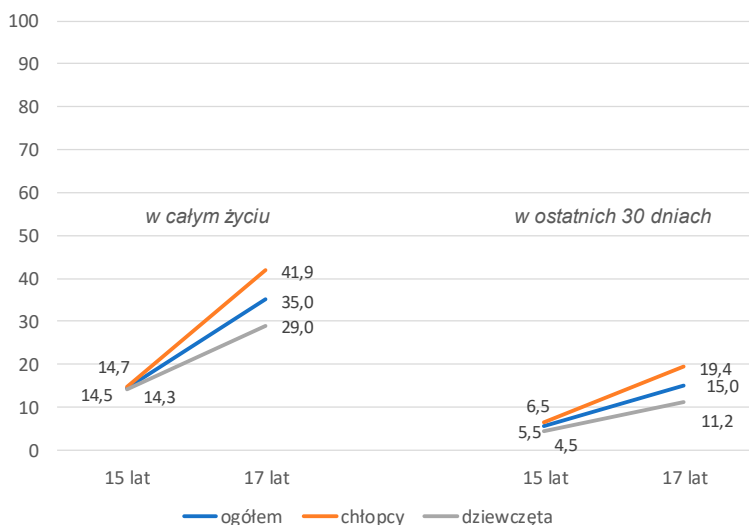
upijania się niż dla samego picia alkoholu. Chłopcy częściej niż dziewczęta deklarują co najmniej jeden epizod upicia się i częściej też te zachowania powtarzają się u nich.

Typ szkoły w niewielkim stopniu wykazuje związek z częstością picia alkoholu i upijania się w tej grupie wieku. Najsilniejszą zależność na niekorzyść techników i innych szkół zawodowych zanotowano dla upijania się w całym życiu. Wykazano ponadto, że typ szkoły moderuje związek między płcią a skłonnością do upijania się. W odniesieniu do doświadczeń z całego życia badany związek z płcią był istotny tylko w liceach ogólnokształcących. W szkołach zawodowych potwierdzono zależność w odniesieniu do doświadczeń z ostatniego miesiąca. Na pojawienie się istotnej zależności głównie wpłynął fakt, że w tego typu szkołach w porównaniu z liceami ogólnokształcącymi wzrasta odsetek chłopców, którzy upili się wielokrotnie.

8.4. Palenie marihuany

Pytanie dotyczące palenia marihuany zadano tylko uczniom 15- i 17-letnim. Jest to pytanie, często omawiane w kontekście wprowadzanych rozwiązań legislacyjnych (Shi 2015). Układ pytania był podobny, jak w przypadku palenia tytoniu, z kategoriami odpowiedzi: *nigdy, 1-2, 3-5, 6-9, 10-19 i 20 lub więcej dni*. Podstawowe wskaźniki dotyczyły palenia marihuany co najmniej 1 raz kiedykolwiek w życiu oraz w ostatnich 30 dniach. Zwrócono też uwagę na częstsze palenie marihuany, przyjmując za punkt odliczenia 20 lub więcej dni z perspektywy całego życia oraz 10 lub więcej dni w ostatnich 30 dniach. Alternatywny wskaźnik przedstawiony poniżej dotyczy odsetka sporadycznie eksperymentujących z marihuaną w grupie, która w danej perspektywie czasowej w ogóle podjęła próby palenia. Wyniki korespondują z odpowiednim rozdziałem krajowego raportu z badań HBSC 2018²⁵.

Używanie marihuany okazało się częstsze u 17-latków niż u 15-latków. Do palenia jej kiedykolwiek w życiu przyznało się odpowiednio 35,0% oraz 14,5%, a w ostatnich 30 dniach odpowiednio 15,0% i 5,5% ankietowanych (ryc. 41).



Rycina 41. Palenie marihuany przez młodzież kiedykolwiek w życiu i w ostatnich 30 dniach, według płci i wieku

Różnice zależne od płci są wśród 17-latków istotne statystycznie w przypadku obu wskaźników palenia marihuany ($p < 0,001$). Typ szkoły był czynnikiem różnicującym tylko w przypadku palenia w ostatnich 30 dniach. Wskaźniki palenia marihuany w całym życiu wahały się od 29,2% (dziewczęta z liceów ogólnokształcących) do 42,2% (chłopcy

25 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Anna Kowalewska.

Tabela 59. Częstość palenia marihuany przez 17-latków kiedykolwiek w życiu, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Palenie marihuany kiedykolwiek w życiu (%)					
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 dni lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	58,4	13,8	7,3	4,9	4,9	10,6
		Dziewczęta	71,8	12,2	4,8	2,5	2,5	6,1
	Ogółem		66,3	12,8	5,8	3,5	3,5	8,0
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	57,8	15,9	7,1	5,4	2,2	11,5
		Dziewczęta	69,6	12,6	5,0	2,9	3,2	6,7
	Ogółem		63,2	14,4	6,1	4,3	2,7	9,3
Ogółem	Płeć	Chłopcy	58,1	14,9	7,2	5,2	3,5	11,1
		Dziewczęta	71,0	12,3	4,9	2,7	2,8	6,3
	Ogółem		65,0	13,5	6,0	3,8	3,1	8,6

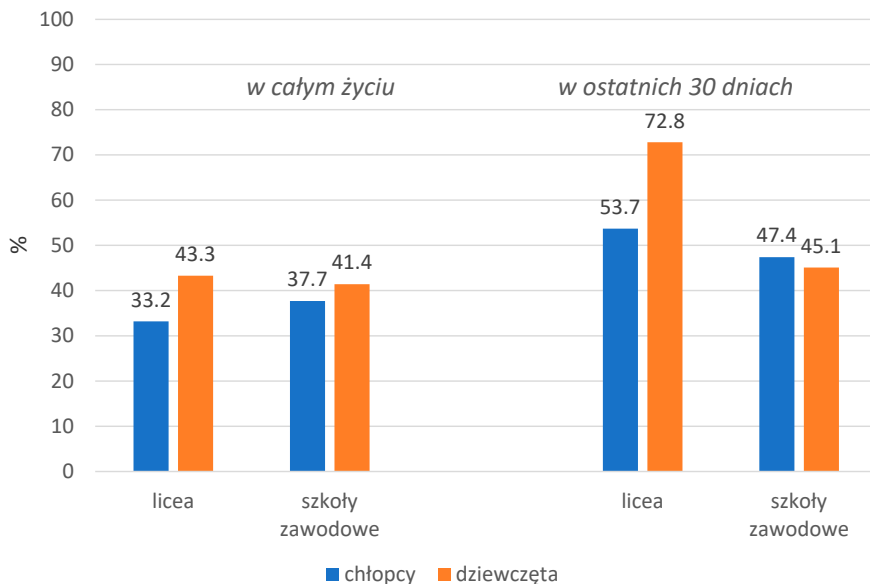
ze szkół zawodowych) - tab. 59. Odpowiedni zakres wartości z perspektywy ostatnich 30 dni przyjmował wartości od 9,2% do 21,1% w tych samych podgrupach zidentyfikowanych ze względu na płeć i typ szkoły – tab. 60.

Biorąc pod uwagę wskaźnik częstszego palenia marihuany z perspektywy całego życia, sięgało po nią w 20 dniach lub więcej 8,6% ankietowanych 17-latków (11,1% chłopców oraz 6,3% dziewcząt). Wskaźnik częstszego palenia w ostatnim miesiącu z punktem odcięcia 10 dni lub więcej wynosił w badanej grupie 2,8% (4,8% chłopców oraz 1,1% dziewcząt).

Jeżeli odnieść wskaźniki częstości palenia marihuany tylko do grupy osób, która podejmowała takie próby, to w ostatnich 30 dniach stwierdza się większy udział spora-

Tabela 60. Częstość palenia marihuany 17-latków w ostatnich 30 dniach, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Palenie marihuany w ciągu ostatnich 30 dni (%)					
			nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20 dni lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	82,5	9,4	3,9	1,0	0,8	2,3
		Dziewczęta	90,8	6,7	1,6	-	0,5	0,4
	Ogółem		87,4	7,8	2,6	0,4	0,6	1,2
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	78,9	10,0	3,2	1,5	1,5	5,0
		Dziewczęta	85,6	6,5	4,7	1,8	0,3	1,2
	Ogółem		81,9	8,4	3,9	1,6	0,9	3,2
Ogółem	Płeć	Chłopcy	80,6	9,7	3,6	1,3	1,1	3,7
		Dziewczęta	88,8	6,6	2,8	0,7	0,4	0,7
	Ogółem		85,0	8,1	3,2	1,0	0,7	2,1



Rycina 42. Młodzież 17-letnia sporadycznie paląca marihuanę (1-2 dni) w grupie, która podjęła próby palenia, według płci i typu szkoły

dycznie eksperymentujących (1-2 dni) niż w perspektywie całego życia (odpowiednio 54,0% oraz 38,6%). W porównaniu z liceami ogólnokształcącymi w technikach i innych szkołach zawodowych zmniejszają się zależne od płci różnice w odsetku eksperymentujących wśród palących. Szczególnie wysoki odsetek nastolatków, którzy podjęli jedynie sporadyczne próby palenia marihuany, zanotowano wśród dziewcząt z liceów ogólnokształcących w analizach zachowań z ostatnich 30 dni (ryc. 42).

Podsumowanie

Młodzież 17-letnia dużo częściej niż 15-latkowie eksperymentuje z marihuaną lub podejmuje częstsze próby jej palenia. Z wiekiem też zwiększają się różnice związane z płcią, na niekorzyść chłopców. W grupie 17-latków typ szkoły wiąże się z częstością palenia marihuany tylko w analizach zachowań w ostatnich 30 dniach. Najbardziej zagrożeni są chłopcy z techników i innych szkół zawodowych, a najmniej dziewczęta z liceów ogólnokształcących. Płeć i typ szkoły wykazują związek z profilem używania marihuany. Odsetek jedynie eksperymentujących (w grupie w ogóle palących) zwiększa się w liceach ogólnokształcących w porównaniu ze szkołami zawodowymi, ale tylko w odniesieniu do palenia marihuany w ostatnich 30 dniach. W liceach ogólnokształcących dziewczęta wyraźnie częściej niż chłopcy ograniczają się do sporadycznych prób palenia marihuany.

8.5. Zachowania seksualne

W protokole badań HBSC w rundzie z roku szkolnego 2017/18 zamieszczono cztery pytania na temat aktywności seksualnej. Zadawane są one tylko starszym uczniom, w Polsce w 2018 roku od III klasy gimnazjum (Young 2014). W krajowym raporcie dostępne były dane na temat 15-latków²⁶, które obecnie rozszerzono o grupę 17-latków. W analizowanym przedziale wiekowym znaczna część młodzieży przechodzi inicjację seksualną, a wzrastający odsetek będących po inicjacji jest konsekwencją szeregu czynników biologicznych i psychospołecznych. W dalszym opisie większy nacisk położony zostanie na grupę 17-latków oraz różnice związane z płcią i typem szkoły.

Tabela 61. Inicjacja seksualna, według płci i wieku

	Chłopcy		Dziewczęta	
	15 lat	17 lat	15 lat	17 lat
Stosunek płciowy (%)				
Tak	16,4	38,7	10,1	32,6
Nie	83,6	61,3	89,9	67,4
Wiek pierwszego stosunku (%)*				
11 lat lub mniej	12,6	7,4	5,6	1,4
12 lat	3,7	3,0	2,2	1,0
13 lat	3,7	2,7	3,3	0,7
14 lat	22,2	3,0	15,6	7,3
15 lat	45,2	12,1	61,1	14,5
16 lat	12,6	37,6	12,2	39,8
17 lat	-	34,2	-	35,3
Średni wiek ± SD*	14,21±1,50	15,59±1,73	14,61±1,17	15,93±1,17

*w grupie osób po inicjacji: 15 lat: N=225; 17 lat: N=592

Wśród 17-latków 38,7% chłopców i 32,6% dziewcząt odbyło inicjację seksualną, co stanowi różnicę statystycznie istotną ($p=0,005$). Średni wiek inicjacji jest o około 4 miesiące późniejszy w grupie dziewcząt ($p=0,006$). Chłopcy dużo częściej niż dziewczęta podawali bardzo wczesny wiek inicjacji. W wieku 14 lat lub wcześniej odbyło pierwszy stosunek płciowy odpowiednio 16,1% chłopców oraz 10,4% dziewcząt - spośród osób obojga płci, które w ogóle przeszły inicjację seksualną (tab. 61). Dane na temat wieku inicjacji mają charakter tzw. danych uciętych (obserwacja nie odzwierciedla ostatecznego zdarzenia), ponieważ w połączonej próbie młodzieży w wieku 15-17 lat 76% nie przeszło inicjacji seksualnej i wiek, w jakim to nastąpi, jest nieznan. Nie można więc danych o wieku inicjacji traktować jako wskaźników populacyjnych.

26 W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowali Zbigniew Izdebski i Krzysztof Wąż.

Tabela 62. Inicjacja seksualna 17-latków, według płci i typu szkoły

	Chłopcy		Dziewczęta	
	Licea ogólnokształcące	Technika i szkoły zawodowe	Licea ogólnokształcące	Technika i szkoły zawodowe
Stosunek płciowy (%)				
Tak	35,2	42,1	31,0	35,0
Nie	64,8	57,9	69,0	65,0
Wiek pierwszego stosunku (%)*				
11 lat lub mniej	6,8	7,8	0,6	2,5
12 lat	1,5	4,2	0,6	1,7
13 lat	3,8	1,8	0,6	0,8
14 lat	2,3	3,6	8,8	5,0
15 lat	12,9	11,4	14,7	14,3
16 lat	40,1	35,7	39,4	40,4
17 lat	32,6	35,5	35,3	35,3
Średni wiek ± SD*	15,64±1,65	15,55±1,80	15,96±1,07	15,89±1,17

*w grupie osób po inicjacji: licea: N=306; technika i szkoły zawodowe: N=286

Typ szkoły nieznacznie istotnie różnicował odpowiedzi na pytania na temat aktywności seksualnej. W liceach ogólnokształcących rzadziej niż w technikach i szkołach zawodowych uczniowie deklarowali podjęcie takiej aktywności. W przypadku chłopców była to różnica 6,9% ($p=0,048$), a w przypadku dziewcząt 4,0% ($p=0,221$). Nie wykazano związku między typem szkoły a wiekiem inicjacji seksualnej, zarówno w grupie dziewcząt, jak i chłopców. W grupie chłopców zarysowała się jedynie tendencja do częstszej bardzo wczesnej inicjacji wśród uczniów techników i szkół zawodowych w porównaniu do rówieśników z liceów ogólnokształcących (tab. 62).

Tabela 63. Stosowanie prezerwatywy i tabletek antykoncepcyjnych, według płci i wieku (%)

	Chłopcy		Dziewczęta	
	15 lat	17 lat	15 lat	17 lat
Stosowanie prezerwatyw				
Tak	50,4	68,4	68,1	67,3
Nie	31,6	25,5	25,3	30,2
Nie wiem	18,0	6,1	6,6	2,5
Stosowanie tabletek antykoncepcyjnych				
Tak	18,8	16,2	14,6	18,7
Nie	61,7	69,4	84,3	79,2
Nie wiem	19,5	14,4	1,1	2,1

*w grupie osób po inicjacji: 15 lat: N=225; 17 lat: N=592

Osoby, które miały za sobą inicjację seksualną, pytano o stosowanie prezerwatywy lub tabletek antykoncepcyjnych w czasie ostatniego stosunku płciowego. W grupie 17-latków prezerwatywę stosowało 68,4% ankietowanych chłopców, a niewiele mniejszy odsetek dziewcząt (67,3%) twierdził, że prezerwatywę stosował ich partner. W przypadku 17-letnich chłopców dużo rzadziej niż wśród 15-latków wybierano odpowiedź „nie wiem” (tab. 63). Tabletki antykoncepcyjne stosowało w okresie ostatniej aktywności seksualnej 18,7% dziewcząt oraz 16,2% partnerek chłopców. Nie stwierdzono, aby wśród będących po inicjacji seksualnej 17-latków odsetki stosujących prezerwatywy i tabletki antykoncepcyjne zmieniały się istotnie w zależności od typu szkoły (tab. 64). W grupie ogółem i w obu typach szkół chłopcy wykazują wysoki poziom niewiedzy na temat tego, czy ich partnerki stosują tabletki antykoncepcyjne.

Tabela 64. Stosowanie prezerwatywy i tabletek antykoncepcyjnych przez 17-latków, według płci i typu szkoły (%)

	Chłopcy		Dziewczęta	
	Licea ogólnokształcące	Technika i szkoły zawodowe	Licea ogólnokształcące	Technika i szkoły zawodowe
Stosowanie prezerwatyw				
Tak	72,0	65,5	70,0	63,2
Nie	23,5	27,3	28,2	33,3
Nie wiem	4,5	7,3	1,8	3,5
	p=0,413		p=0,386	
Stosowanie tabletek antykoncepcyjnych				
Tak	14,6	17,4	18,6	18,8
Nie	70,0	68,9	79,0	79,5
Nie wiem	15,4	13,7	2,4	1,7
	p=0,778		p=0,924	

*w grupie osób po inicjacji: licea: N=306; technika i szkoły zawodowe: N=286

Podsumowanie

Wśród 17-latków, w porównaniu z 15-latkami, znacznie wzrasta odsetek będących po inicjacji seksualnej. Dziewczęta ze szkół ponadpodstawowych rzadziej niż chłopcy deklarowały inicjację seksualną i później się na nią decydowały. Około 1/3 ankietowanych 17-latków nie używało prezerwatywy w czasie ostatniego stosunku płciowego. Co piąta 17-letnia dziewczyna stosowała tabletki antykoncepcyjne. Znaczna część chłopców nie wykazywała zainteresowania tym, czy ich partnerka przyjmuje te tabletki. Analizowane wskaźniki zachowań seksualnych są zbliżone w grupie 17-letnich uczniów szkół różnych typów. Tylko częstość inicjacji seksualnej jest nieznacznie (ale już statystycznie istotnie) niższa wśród 17-letnich chłopców z liceów ogólnokształcących w porównaniu z rówieśnikami z techników i szkół zawodowych.

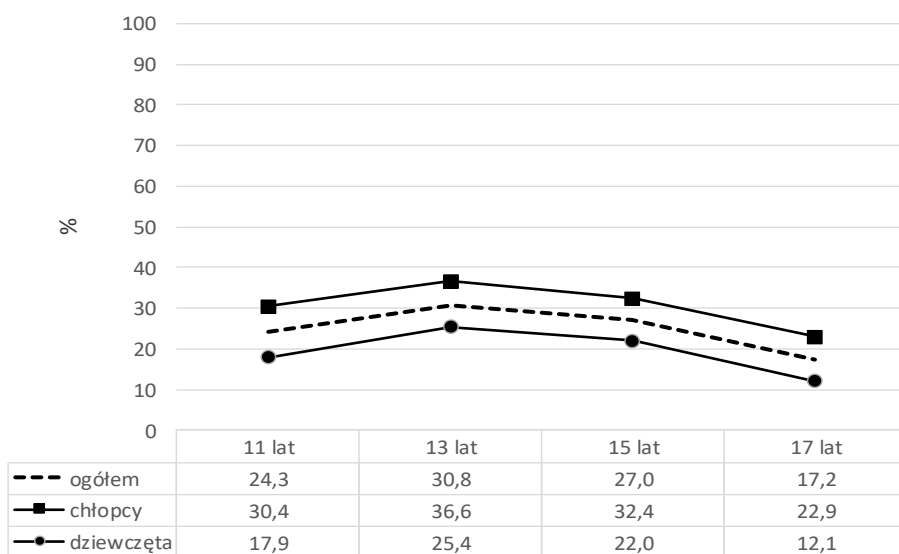
9. URAZY I PRZEMOC

9.1. Przemoc w szkole

Do analizy zjawiska przemocy rówieśniczej (bullyingu - zastraszania) zastosowano dwa pytania dotyczące stosowania i doświadczania przemocy przez nastolatków²⁷. Pytania na temat przemocy szkolnej omawiane są od początku prowadzenia badań HBSC w Polsce (Mazur i Małkowska 2003).

Uczestniczenie w zastraszaniu

Za główny wskaźnik przyjęto odsetek uczniów, którzy uczestniczyli w przemocy wobec innych w szkole w ostatnich dwóch miesiącach przynajmniej 1 raz. Na rycinie 43 przedstawiono zmiany związane z płcią i wiekiem.



Rycina 43. Bycie sprawcą zastraszania rówieśników w szkole przynajmniej 1 raz w ciągu ostatnich 2 miesięcy, według płci i wieku

Sprawcami przemocy w szkole najczęściej byli uczniowie 13-letni (30,8%). Nieco mniejszy, ale równie wysoki odsetek, zanotowano u 15 – letnich uczniów (27,0%). Wyraźny spadek częstości przejawiania agresji można zaobserwować u najstarszych ankietowanych i jest on najniższy wśród wszystkich grup wieku. Chłopcy znacznie częściej niż dziewczęta stosowali przemoc wobec swoich rówieśników we wszystkich badanych rocznikach.

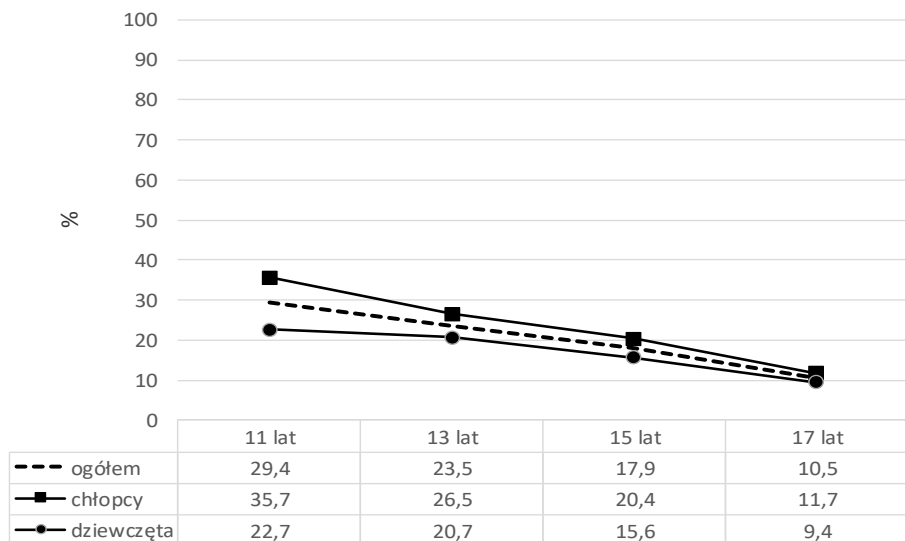
Pełny rozkład odpowiedzi udzielonych przez 17-latków przedstawiony w tabeli 65 wskazuje, że przynajmniej 1 raz w ostatnich 2 miesiącach przemocy wobec rówieśników dopuściło się 17,2% badanych. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zależności

²⁷ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowały Marta Malinowska-Cieślak i Agnieszka Małkowska-Szutnik.

Tabela 65. Bycie sprawcą zastraszania rówieśników w szkole przynajmniej 1 raz w ciągu ostatnich 2 miesięcy w grupie 17-latków, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Zastraszanie innych uczniów w szkole w ciągu ostatnich 2 miesięcy (%)				
			wcale	1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	82,6	11,4	3,4	1,8	0,8
		Dziewczęta	89,1	8,8	1,1	0,7	0,4
	Ogółem		86,5	9,8	2,0	1,2	0,5
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	71,9	18,6	5,1	1,5	2,9
		Dziewczęta	86,0	12,0	1,2	0,0	0,9
	Ogółem		78,3	15,6	3,3	0,8	2,0
Ogółem	Płeć	Chłopcy	77,1	15,1	4,3	1,6	1,9
		Dziewczęta	87,9	10,0	1,1	0,4	0,6
	Ogółem		82,8	12,4	2,6	1,0	1,2

od płci ($p < 0,001$). Chłopcy prawie 2 razy częściej niż dziewczęta byli sprawcami przemocy wobec innych. Przynajmniej 1 raz przemoc stosowało 22,9% chłopców oraz 12,1% dziewcząt. Analiza związku stosowania przemocy wobec innych z typem szkoły wskazuje na istotne różnice ($p < 0,001$). Płeć jest czynnikiem moderującym ten związek. Jest on istotny tylko w grupie chłopców ($p = 0,003$). Wśród badanych istotnie częściej sprawcami przemocy rówieśniczej w szkole byli uczniowie z techników i szkół zawodowych niż liceów (21,7% vs 13,5%). W populacji dziewcząt nie występują istotne różnice związane z typem szkoły ($p = 0,202$).



Rycina 44. Bycie ofiarą zastraszania przez rówieśników w szkole przynajmniej 1 raz w ciągu ostatnich 2 miesięcy, według płci i wieku

Doświadczanie zastraszania

Do oceny doświadczania przemocy użyto podobnie zdefiniowanego wskaźnika – odsetka uczniów, którzy doświadczyli co najmniej 1 raz w ostatnich 2 miesiącach przemocy ze strony innych uczniów w szkole.

Zmiany tego wskaźnika w kolejnych rocznikach (ryc. 44) wskazują na systematyczną tendencję spadkową. Najczęściej ofiarami przemocy rówieśniczej w szkole są 11-latkowie (29,4%), natomiast najmniej takich incydentów zgłaszają 17-latkowie (10,5%). W młodszych grupach wieku więcej chłopców niż dziewcząt przyznało, że przynajmniej 1 raz rówieśnicy stosowali wobec nich różne formy zastraszania. Różnice związane z płcią wyraźnie się redukują w kolejnych grupach wieku, są statystycznie istotne tylko u 11-latków ($p < 0,001$) oraz na granicy istotności statystycznej u 13-latków ($p = 0,059$).

Tabela 66. Bycie ofiarą zastraszania przez rówieśników w szkole przynajmniej 1 raz w ciągu ostatnich 2 miesięcy w grupie 17-latków, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Bycie zastraszonym w ciągu ostatnich 2 miesięcy (%)				
			wcale	1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	92,2	6,2	0,5	0,8	0,3
		Dziewczeta	90,5	7,5	0,9	0,7	0,4
	Ogółem	91,2	7,0	0,7	0,7	0,3	
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	84,6	8,3	2,9	1,2	2,9
		Dziewczeta	90,6	6,7	0,6	0,9	1,2
	Ogółem	87,4	7,6	1,9	1,1	2,1	
Ogółem	Płeć	Chłopcy	88,3	7,3	1,8	1,0	1,6
		Dziewczeta	90,6	7,2	0,8	0,8	0,7
	Ogółem	89,5	7,3	1,2	0,9	1,1	

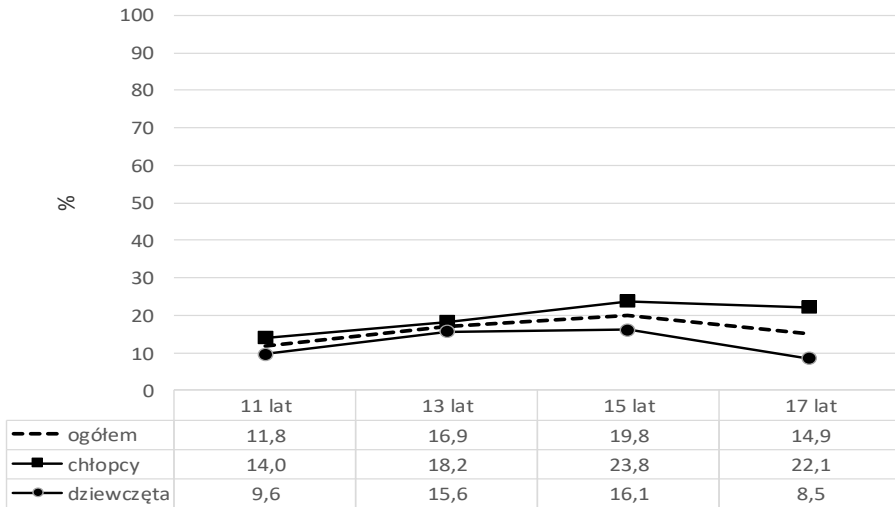
W Tabeli 66 przedstawiono rozkład odpowiedzi udzielonych przez 17-latków na pytanie dotyczące doświadczenia przemocy rówieśniczej w szkole w ciągu ostatnich 2 miesięcy. W ostatnich dwóch miesiącach przynajmniej raz doświadczyło jej 10,5% uczniów. Występuje więc około 7-procentowa różnica między deklarowanymi odsetkami ofiar i sprawców zastraszania, nieco mniejsza od wykazanej w krajowym raporcie z badań HBSC 2018 w odniesieniu do grupy wieku 11-15 lat. Różnice w odsetku ofiar przemocy rówieśniczej w grupie 17-latków związane z płcią nie są w tej grupie wieku statystycznie istotne ($p = 0,118$). Zaobserwowano natomiast istotne statystycznie różnice w zależności od typu szkoły ($p = 0,001$), które potwierdziły się tylko w populacji chłopców. Wykazano najwyższy odsetek ofiar przemocy wśród chłopców z techników i szkół zawodowych. Jest on dwukrotnie większy niż wśród chłopców z liceów ogólnokształcących (15,4% vs 7,8%). W grupie dziewcząt nie potwierdzono różnic związanych z typem szkoły ($p = 0,624$).

Podsumowanie

Zarówno odsetki sprawców, jak i ofiar zastraszania w szkole zmieniają się w kolejnych czterech analizowanych grupach wieku. W przypadku sprawców największe odsetki notowane są wśród 13-latków, potem następuje tendencja spadkowa. W przypadku ofiar tendencja spadkowa obejmuje cały okres od 11 do 17 roku życia. Tendencje zmian obserwowane wśród chłopców i dziewcząt są zgodne z powyższymi tendencjami ogólnymi. We wszystkich grupach wieku sprawcami przemocy rówieśniczej częściej są chłopcy niż dziewczęta. W przypadku ofiar różnice związane z płcią są istotne u 11-latków, następnie stopniowo się redukują. W szkołach ponadpodstawowych (kategoria wg obecnego systemu edukacji) zjawisko przemocy rówieśniczej jest mniej widoczne niż we wcześniejszych etapach edukacji. Porównując kolejne roczniki, obserwuje się najszybsze tempo spadku analizowanych wskaźników zastraszania między 15 a 17 rokiem życia. Typ szkoły wykazuje związek z nasileniem przemocy rówieśniczej na niekorzyść techników i innych szkół zawodowych. Jednak zarówno w odniesieniu do sprawców, jak i ofiar zastraszania w szkole, tego rodzaju związek jest istotny statystycznie tylko w populacji chłopców, a nieistotny dla dziewcząt.

9.2. Przemoc w sieci

Do analizy wykorzystano dwa pytania, jedno dotyczące przejawiania cyberprzemocy, drugie jej doświadczania²⁸. Jest to nowy moduł w protokole badań HBSC (Craig 2020). Analizowano odsetek uczniów, którzy mieli tego typu doświadczenia w ciągu ostatnich dwóch miesięcy, łącząc cztery kategorie odpowiedzi przyporządkowane rosnącej częstotliwości (od 1-2 razy do kilka razy w tygodniu).



Rycina 45. Odsetek uczniów, którzy przynajmniej 1 raz byli sprawcami cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy, według płci i wieku

Sprawcy cyberprzemocy

Odsetek sprawców cyberprzemocy rośnie z wiekiem, osiągając najwyższy poziom w grupie 15-latków. Następnie zaczyna spadać, a u 17-latków jest już poniżej poziomu obserwowanego u 13-latków (ryc. 45). Różnice zależne od płci są mniejsze u 11- i 13-latków niż w dwóch starszych rocznikach. Biorąc pod uwagę wskaźnik dychotomiczny, są one jednak istotne we wszystkich rocznikach, oprócz 13-latków. W grupach wyróżnionych ze względu na wiek i płeć odsetek sprawców przemocy wykazuje rozpiętość 8,5-23,8%.

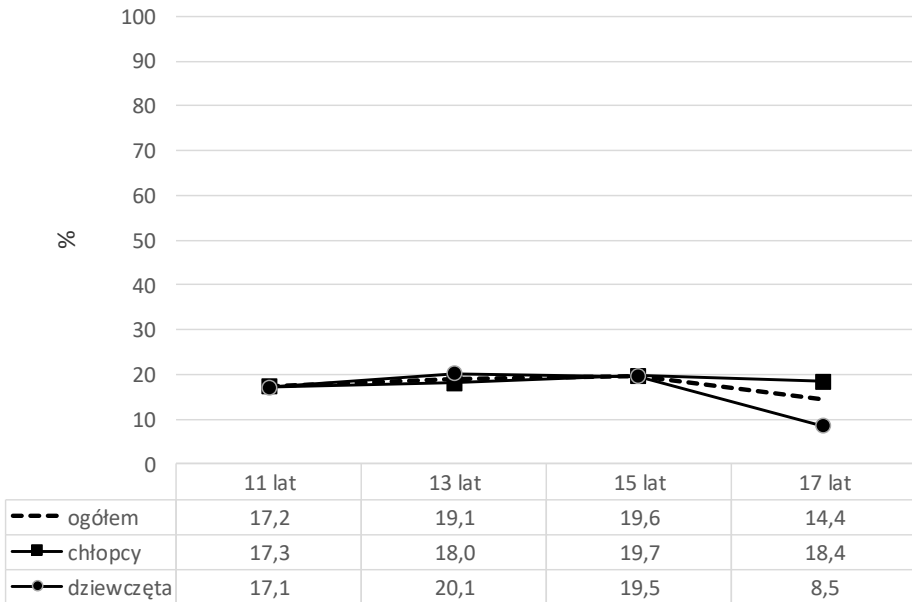
W tabeli 67 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi udzielonych przez 17-latków na pytanie na temat uczestnictwa w cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy, według płci i typu szkoły. Chłopcy ponad 2,5 razy częściej niż dziewczęta są sprawcami cyberprzemocy ($p < 0,001$). Warto też zwrócić uwagę na różnice związane z płcią w przypadku częstszego podejmowania takich zachowań (co najmniej 1 raz w tygodniu). U dziewcząt

²⁸ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Marta Malinowska-Cieślak.

Tabela 67. Sprawcy cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy, według płci i typu szkoły w grupie 17-latków

Typ szkoły			Sprawcy w cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy (%)				
			wcale	1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	82,2	9,8	2,8	1,0	4,1
		Dziewczęta	92,8	5,2	0,7	0,4	0,9
	Ogółem		88,5	7,1	1,6	0,6	2,2
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	73,8	12,0	3,4	2,9	7,8
		Dziewczęta	89,2	6,1	3,2	0,3	1,2
	Ogółem		80,8	9,3	3,3	1,7	4,8
Ogółem	Płeć	Chłopcy	77,9	10,9	3,1	2,0	6,0
		Dziewczęta	91,5	5,5	1,7	0,3	1,0
	Ogółem		85,1	8,1	2,4	1,1	3,4

odpowiednie odsetki kształtują się na poziomie 1,3%, a u chłopców 8,0%. Zaobserwowano również istotny związek poziomu cyberprzemocy z typem szkoły, na niekorzyść uczniów techników i szkół zawodowych ($p < 0,001$). W szkołach zawodowych wzrasta odsetek uczniów przejawiających zachowania agresywne w sieci co najmniej 1 raz w tygodniu (6,5% wobec 2,8% w liceach ogólnokształcących).



Rycina 46. Odsetek uczniów, którzy przynajmniej 1 raz byli ofiarami cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy, według płci i wieku

Tabela 68. Doświadczenie cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy, według płci i typu szkoły w grupie 17-latków

Typ szkoły			Doświadczenie cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy (%)				
			wcale	1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	84,2	10,9	0,5	1,0	3,4
		Dziewczęta	90,1	8,2	0,7	0,0	0,9
	Ogółem		87,7	9,3	0,6	0,4	1,9
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	79,2	8,8	2,9	3,7	5,4
		Dziewczęta	87,5	8,2	2,6	0,9	0,9
	Ogółem		83,0	8,5	2,8	2,4	3,3
Ogółem	Płeć	Chłopcy	81,6	9,8	1,8	2,4	4,4
		Dziewczęta	89,1	8,2	1,4	0,3	0,9
	Ogółem		85,6	9,0	1,6	1,3	2,5

Ofiary cyberprzemocy

Na rycinie 46 w analogiczny sposób przedstawiono tendencje zmian wskaźnika częstości doświadczania cyberprzemocy. Odsetek młodzieży doświadczającej cyberprzemocy jest najwyższy (i zbliżony) w grupie 13- i 15-latków, a najniższy wśród 17-latków, utrzymując się na poziomie niższym niż w najmłodszej grupie wieku.

Znaczące różnice związane z płcią można zaobserwować tylko u 17-latków. Odsetek dziewcząt będących ofiarami przemocy w sieci znacząco obniża się w tej grupie wieku do 8,5%. W pozostałych grupach wyróżnionych ze względu na płeć i wiek odsetki są dużo wyższe i wyjątkowo stabilne, przyjmując zakres od 17,1% do 20,1%.

W tabeli 68 przedstawiono pełny rozkład odpowiedzi udzielonych przez 17-latków na pytanie na temat doświadczania cyberprzemocy w ciągu ostatnich 2 miesięcy, według płci i typu szkoły. Chłopcy, częściej niż dziewczęta, są ofiarami cyberprzemocy, zwłaszcza tej częściej, mającej miejsce co najmniej 1 raz w tygodniu ($p < 0,001$). Wykazano, że problem częstego doświadczania przemocy w sieci dotyczy 1,1% dziewcząt oraz 6,8% chłopców. Zaobserwowano również istotny związek poziomu cyberprzemocy z typem szkoły ($p < 0,001$). Grupą ryzyka są uczniowie techników i innych szkół zawodowych. W szkołach zawodowych dużo wyższy jest również odsetek uczniów będących ofiarą przemocy co najmniej 1 raz w tygodniu (5,7% wobec 2,3% w liceach ogólnokształcących).

Podsumowanie

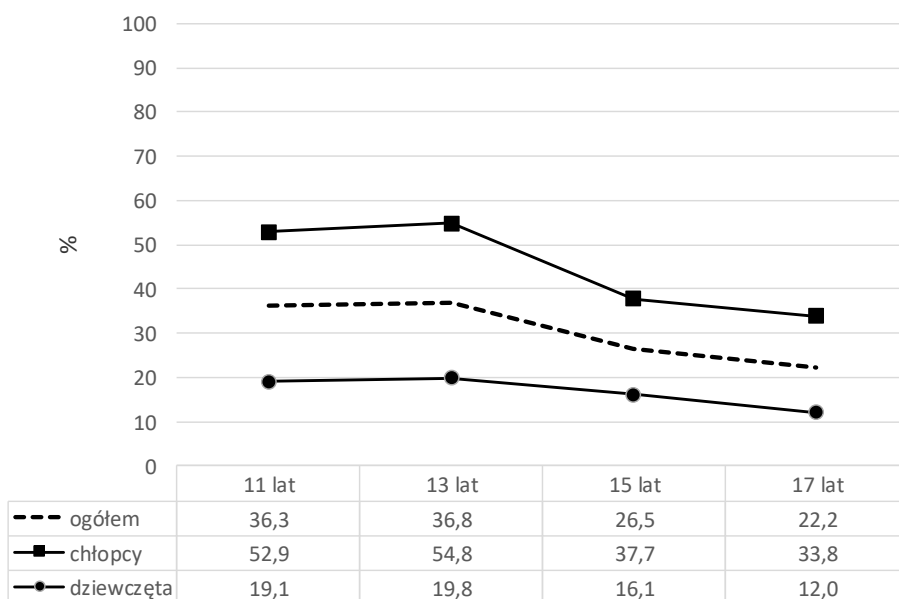
Młodzież w drugiej dekadzie życia z różną częstością doświadcza cyberprzemocy lub

jest jej sprawcą. Największe nasilenie tego typu doświadczeń przypada na 15 rok życia. Wśród 17-latków odsetki ofiar i sprawców cyberprzemocy znacząco się obniżają w porównaniu z młodszymi rocznikami. Tendencja spadkowa jest wyraźniejsza wśród dziewcząt. Jest to też grupa wieku, w której wyraźnie zaznaczają się różnice związane z płcią. Chłopcy 17-letni są 2-3 razy częściej ofiarami i sprawcami przemocy niż ich rówieśniczki. Typ szkoły ponadpodstawowej ma związek z udziałem w cyberprzemocy. Uczniowie techników i szkół zawodowych dopuszczają się jej częściej niż uczniowie liceów ogólnokształcących, częściej też są ofiarami. Grupę szczególnego ryzyka stanowią chłopcy z techników i innych szkół zawodowych, którzy zgłaszali bardzo częste przypadki cyberprzemocy.

9.3. Uczestniczenie w bójkach

Młodzież odpowiadała na pytanie dotyczące częstości uczestniczenia w bójkach w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem, co jest standardowym pytaniem obowiązkowym w kwestionariuszu HBSC (Pickett 2003). Wybierano jedną z następujących kategorii odpowiedzi: *nie uczestniczyłem w bójce w ostatnich 12 miesiącach; 1 raz; 2 razy; 3 razy; 4 lub więcej*. Na potrzeby analiz utworzono wskaźnik negatywny, opisujący odsetek uczniów, którzy kiedykolwiek (przynajmniej 1 raz) uczestniczyli w bójkach w ostatnich 12 miesiącach²⁹.

W okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, odsetek uczniów uczestniczących w bójkach był najwyższy wśród 11- i 13-latków (i podobny w tych dwóch młodszych grupach wieku) i zmniejszał się wraz z wiekiem. Największy spadek częstości analizowanego wskaźnika widoczny był u chłopców między 13-tym a 15-tym rokiem życia. W grupie dziewcząt tempo spadku związanego z wiekiem jest dużo słabsze. Różnica między skrajnymi grupami wieku wynosiła około 14 punktów procentowych, w tym ponad 19 u chłopców i ponad 7 u dziewcząt. Uczestnictwo w bójkach dotyczyło co piątego 17-latka. We wszystkich rocznikach zjawisko dotyczyło zdecydowanie częściej chłopców niż dziewcząt, ale różnice związane z płcią były większe w młodszych rocznikach (ryc. 47).



Rycina 47. Uczestnictwo w bójkach przynajmniej 1 raz w ostatnich 12 miesiącach, według płci i wieku

²⁹ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Marta Malinowska-Cieślak.

Tabela 69. Uczestnictwo w bójkach w ostatnich 12 miesiącach w grupie 17-latków, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Uczestnictwo w bójkach w ostatnich 12 miesiącach (%)				
			wcale	1 raz	2 razy	3 razy	4 i więcej razy
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	69,2	16,1	8,3	3,6	2,8
		Dziewczęta	89,1	5,9	2,2	1,1	1,8
	Ogółem		80,9	10,1	4,7	2,1	2,2
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	63,3	14,9	9,3	2,9	9,5
		Dziewczęta	86,3	7,6	3,2	1,2	1,8
	Ogółem		73,8	11,6	6,5	2,1	6,0
Ogółem	Płeć	Chłopcy	66,2	15,5	8,8	3,3	6,3
		Dziewczęta	88,0	6,6	2,6	1,1	1,8
	Ogółem		77,8	10,7	5,5	2,1	3,9

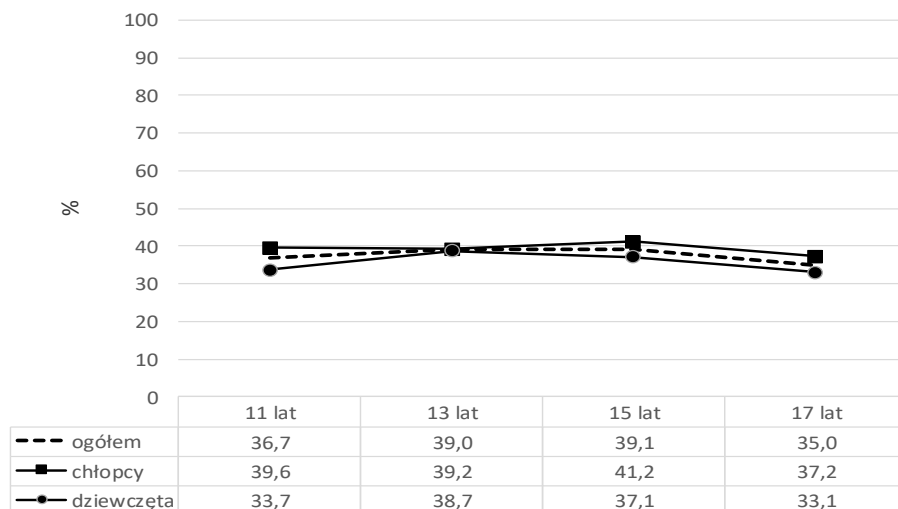
W tabeli 69 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące uczestniczenia w bójkach przez młodzież 17-letnią. Co najmniej 1 raz w bójce uczestniczyło 22,2% z tej grupy wieku, w tym ponad połowa co najmniej 2 razy. Wykazano istotne statystycznie różnice zależne od płci i typu szkoły. Chłopcy 17-letni podejmowali takie zachowania znacznie częściej niż dziewczęta ($p < 0,001$). Chłopcy z techników i innych szkół zawodowych istotnie częściej wdawali się w bójki niż uczniowie liceów ogólnokształcących ($p = 0,003$). W przypadku dziewcząt typ szkoły nie różnicował doświadczeń z bójkami ($p = 0,722$). Najwyższy odsetek nastolatków, którzy uczestniczyli w bójkach w ostatnich 12 miesiącach zanotowano wśród chłopców ze szkół zawodowych (36,7%), a najniższy wśród dziewcząt uczących się w liceach ogólnokształcących (10,9%).

Podsumowanie

Odsetek uczniów uczestniczących w bójkach przynajmniej 1 raz w ostatnich 12 miesiącach systematycznie obniża się z wiekiem po 13 roku życia. We wszystkich czterech grupach wieku chłopcy uczestniczyli w bójkach zdecydowanie częściej niż dziewczęta. Typ szkoły jest ważnym czynnikiem różnicującym częstość wdawania się w bójki, jednak różnice obserwowane są tylko wśród chłopców.

9.4. Urazy wymagające pomocy medycznej

Podstawą analiz jest jedno obowiązkowe pytanie na temat występowania u młodzieży urazów wymagających pomocy medycznej w ciągu ostatniego roku, które jest w Polsce szeroko omawiane od 1994 roku (Jodkowska 2004). W raporcie dotyczącym młodzieży w wieku 11-15 lat³⁰, zdefiniowano wskaźnik dychotomiczny - odsetek uczniów, którzy doznali co najmniej jednego urazu wymagającego pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach. Ten negatywny wskaźnik wykorzystany został również w tym opracowaniu. Odwołano się też do wskaźnika częstości występowania urazów wielokrotnych.



Rycina 48. Uczniowie, którzy co najmniej 1 raz w ostatnich 12 miesiącach ulegli urazowi wymagającemu pomocy medycznej, według płci i wieku

Ponad 1/3 uczniów 17-letnich w ciągu roku poprzedzającego badanie doznała urazu co najmniej 1 raz. Obserwuje się spadek częstości urazów w porównaniu z grupą 15-latków u chłopców, a wśród dziewcząt tendencja spadkowa pojawia się od 13 roku życia. Ciekawą grupę stanowią 13-latki, wśród których urazy u chłopców i dziewcząt występowały z niemal identyczną częstością. W pozostałych grupach częściej urazu doznali chłopcy niż dziewczęta, jednak różnice nie były istotne statystycznie.

Na rycinie 48 przedstawiono tendencje zmian analizowanego wskaźnika negatywnego (doznanie urazu) w kolejnych rocznikach z uwzględnieniem płci badanych. Wyniki wskazują na niewielką rozpiętość wartości analizowanego wskaźnika (33,1-41,2%).

W tabeli 70 przedstawiono odsetki 17-latków, którzy doznali urazu w ostatnim roku, według płci i typu szkoły. Wykazano brak istotnych różnic w odniesieniu do płci ($p=0,200$), jak również w odniesieniu do typu szkoły ($p=0,534$). Typ szkoły staje się jednak czynnikiem różnicującym częstość występowania urazów u dziewcząt. W liceach

³⁰ W krajowym raporcie z badań HBSC 2018 rozdział na ten temat opracowała Marta Malinowska-Cieślik.

Tabela 70. Młodzież 17-letnia, która doznała urazów wymagających pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach, według płci i typu szkoły

Typ szkoły			Liczba urazów w ciągu 12 miesięcy (%)				
			wcale	1 raz	2 razy	3 razy	4 razy lub więcej
Licea ogólnokształcące	Płeć	Chłopcy	63,0	22,0	8,8	2,8	3,4
		Dziewczeta	68,7	16,1	8,4	4,8	2,0
	Ogółem		66,4	18,5	8,6	4,0	2,5
Technika i inne szkoły zawodowe	Płeć	Chłopcy	62,6	20,5	8,3	4,9	3,7
		Dziewczeta	63,8	19,0	9,9	3,5	3,8
	Ogółem		63,2	19,8	9,0	4,3	3,7
Ogółem	Płeć	Chłopcy	62,8	21,2	8,5	3,9	3,5
		Dziewczeta	66,9	17,2	9,0	4,3	2,7
	Ogółem		65,0	19,1	8,8	4,1	3,1

ogólnokształcących różnica między chłopcami a dziewczętami pozostaje na granicy istotności statystycznej ($p=0,052$), na niekorzyść chłopców, u uczniów techników jest nieistotna statystycznie ($p=0,797$). Wielokrotnym urazom w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem uległ co szósty 17-latek (16,0%), prawie z jednakową częstością chłopcy (15,9%) i dziewczeta (16,0%), nieco częściej uczniowie techników (17,0%) niż liceów ogólnokształcących (15,1%). Ani płeć, ani typ szkoły nie były czynnikami różnicującymi częstość wielokrotnych urazów u 17-latków.

Podsumowanie

Odsetek ogółu uczniów, którzy w ostatnim roku przynajmniej 1 raz doznali urazu wymagającego pomocy medycznej, utrzymuje się na podobnym poziomie w kolejnych grupach wieku, a problem ten dotyczy 35-39% badanych. Odsetek ten ulega zmniejszeniu u dziewcząt po 13, a u chłopców po 15 roku życia. W ogólnej grupie 17-latków płeć ani typ szkoły nie wpływają istotnie na częstość występowania urazów, również wielokrotnych. W technicach i szkołach zawodowych różnica między odsetkiem chłopców i dziewcząt, którzy ulegli urazowi, wyraźnie się jednak redukuje w porównaniu z liceami ogólnokształcącymi.

10. PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Podsumowując wyniki raportu, zgodnie z jego tytułem, skoncentrowano się na grupie uczniów 17-letnich. Po pierwsze zwrócono uwagę na tendencję zmian analizowanych wskaźników po 15 roku życia. Podkreślono, które wskaźniki nadal pogarszają się u starszej młodzieży, a które poprawiają się lub stabilizują. Interpretując wyniki, należy pamiętać, że omawiano wskaźniki pozytywne i negatywne. Pogorszenie oznacza więc wzrost wartości wskaźnika negatywnego lub obniżenie wartości wskaźnika pozytywnego. Po drugie, omówiono różnice związane z płcią ankietowanych. Po trzecie, podsumowano różnice zależne od typu szkoły ponadpodstawowej, podając też przykłady wskaźników, dla których stwierdzono interakcję między płcią i typem szkoły, jako determinantami zmienności danego wskaźnika. Podsumowanie wyników przedstawiono w sześciu blokach tematycznych wyróżnionych wcześniej w raporcie.

Na końcu rozdziału podsumowującego wyniki zamieszczono tabelę zbiorczą z 59 wskaźnikami przedstawionymi wcześniej w raporcie. Dla uproszczenia interpretacji wszystkie wskaźniki ustawione zostały jako negatywne, co stanowi w wielu przypadkach różnicę względem wcześniejszych zestawień. Tabela zbiorcza pozwala na porównanie czterech grup wyróżnionych ze względu na typ szkoły i płć między sobą i z ogólnym wskaźnikiem w populacji 17-latków. Zaznaczono, w której grupie wskaźniki osiągają największe, a więc najbardziej obciążające wartości. Pozwala to na określenie, jakie problemy są charakterystyczne dla każdej płci i typu szkoły i powinny być uwzględnione w programach profilaktycznych. Interpretując zestawienie zbiorcze, należy pamiętać, że punkty odjęcia dla wskaźników negatywnych często przyjmowane zostały umownie lub na podstawie kryteriów i rozkładu wartości dla młodszych grup wieku. Niemniej jednak umownie przyjęte punkty odjęcia pozwalają na porównanie tych czterech grup młodzieży. Wielokrotnie jednak grupa zidentyfikowana w zestawieniu zbiorczym jako grupa podwyższonego ryzyka niewiele się różni od tej samej płci w obrębie drugiego typu szkoły.

Zdrowie fizyczne i rozwój

We wszystkich sześciu rozdziałach tego bloku tematycznego możliwa była analiza tendencji zmian analizowanych wskaźników w czterech grupach wieku, czyli od 11 do 17 roku życia. Wszystkie analizowane pytania omówione były we wcześniejszym raporcie dotyczącym grup wieku 11-15 lat, jako należące do obowiązkowej części kwestionariusza HBSC.

Wykazano, że:

- U 17-latków szczególnie narasta częstość odczuwania zmęczenia oraz wzrasta odsetek młodzieży niespełniającej rekomendacji w zakresie długości snu. Wszystkie te niekorzystne zmiany w równym stopniu dotyczyły chłopców i dziewcząt.
- Żaden z analizowanych wskaźników nie uległ wyraźnej poprawie, jeśli brana jest pod

uwagę ogólna grupa bez względu na płeć ankietowanych. Stabilizacji uległ wskaźnik obiektywny nadmiaru masy ciała oraz wskaźnik subiektywnej nieadekwatnej oceny masy ciała oraz wskaźnik bardzo dobrej samooceny zdrowia.

- W odniesieniu do samooceny masy ciała, samooceny zdrowia oraz częstego odczuwania zmęczenia zauważono nasilanie się różnic związanych z płcią w kolejnych grupach wieku, w tym wśród 17-latków.
- Porównując uczniów z liceów ogólnokształcących oraz techników lub innych szkół zawodowych, nie stwierdzono różnic w odniesieniu do analizowanych wskaźników zdrowia i rozwoju. Jednak różnice między chłopcami i dziewczętami zmieniają się w tych dwóch typach szkół, na przykład są dużo większe w liceach ogólnokształcących dla wskaźnika samooceny zdrowia. Także w liceach ogólnokształcących pogłębiają się wśród 17-latków różnice związane z płcią w długości snu, co wyraża się krótszym snem chłopców niż dziewcząt w czasie weekendów i dni wolnych od nauki.

Według zestawienia zbiorczego z końca rozdziału (tabela 71), największe różnice między skrajnymi grupami w zestawieniu z przeciętnym poziomem dla 17-latków notowane są dla nadmiaru oraz niedoboru masy ciała. Częściej, jako grupę z najmniej korzystnymi wartościami wskaźników zdrowia fizycznego i rozwoju, zidentyfikowano dziewczęta, 3 razy z liceów ogólnokształcących i 4 razy ze szkół zawodowych. W odniesieniu do chłopców należy zwrócić uwagę na zagrożenie nadwagą i otyłością oraz stosunkowo większe deficyty snu.

Zdrowie psychiczne i zdolności poznawcze

W tym bloku tematycznym omówiono siedem zagadnień, w tym cztery nowe nieprezentowane we wcześniejszym raporcie z badań HBSC 2018. W większości przypadków (pięć rozdziałów) dostępne były dane dla wszystkich czterech grup wieku. Zagrożenie stresem analizowano w trzech starszych grupach, a poziom empatii tylko w dwóch najstarszych grupach wieku.

Wykazano, że:

- U 17-latków szczególnie narasta zagrożenie depresją ze względu na rosnący odsetek młodzieży osiągającej niskie wartości w teście przesiewowym WHO-5. Dużo większy niż w młodszych grupach wieku odsetek ankietowanych odczuwa wzmożony stres. Dramatycznie obniża się odsetek pozytywnie oceniających swoje osiągnięcia w nauce. Nieznacznie też obniża się odsetek bardzo zadowolonych ze swojego życia. Nie wszystkie niekorzystne zmiany w równym stopniu dotyczyły chłopców i dziewcząt. Na przykład poziom stresu i zagrożenie depresją narastało po 15 roku życia szybciej wśród dziewcząt niż chłopców. Niekorzystny trend w zakresie pogorszenia zadowolenia z życia dotyczył tylko dziewcząt.
- Stabilizacji uległ wskaźnik powtarzających się nieswoistych dolegliwości subiektywnych. W największym stopniu i w odniesieniu do obu płci zauważono poprawę

skuteczności własnej w relacjach społecznych (między 15 a 17 rokiem życia). Z kolei względna poprawa zadowolenia z życia oraz odczuwania empatii dotyczyła tylko chłopców.

- Podobnie jak w poprzednim bloku tematycznym można podać przykłady wskaźników, dla których różnice związane z płcią narastają w kolejnych rocznikach między 11 a 17 rokiem życia. Dotyczyło to: mnogich dolegliwości subiektywnych, objawów zagrożenia depresją według WHO-5 oraz oceny zadowolenia z życia według skali Cantrila. Z kolei związane z płcią różnice w ocenie osiągnięć w nauce były największe w grupie 11-latków.
- Porównując uczniów z liceów ogólnokształcących oraz techników lub innych szkół zawodowych, stwierdzono różnice na korzyść chłopców ze szkół zawodowych w odniesieniu do oceny ogólnego dobrostanu wg WHO-5 i zadowolenia z życia wg skali Cantrila. Młodzież z liceów ogólnokształcących charakteryzował wyższy poziom empatii, co też lepiej widoczne było w populacji chłopców. Typ szkoły różnicował też poziom własnej skuteczności. W liceach ogólnokształcących w porównaniu z technikami i innymi szkołami zawodowymi uczniowie obojga płci rzadziej osiągnęli bardzo niskie poziomy tej skali.

Według zestawienia zbiorczego z końca rozdziału (tabela 71), największe różnice między skrajnymi grupami w zestawieniu z przeciętnym poziomem dla 17-latków notowane są dla poziomu empatii i odczuwanego stresu. W pierwszym przypadku grupą ryzyka są chłopcy z techników i innych szkół zawodowych, którzy ponadto mieli dużo gorsze wyniki od chłopców z liceów. W drugim przypadku grupą ryzyka były dziewczęta z liceów ogólnokształcących, osiągające tylko trochę gorsze wyniki od rówieśniczek z drugiego typu szkoły ponadpodstawowej. W tym bloku tematycznym zdecydowanie częściej jako grupę z najmniej korzystnymi wartościami zidentyfikowano dziewczęta, 2 razy z liceów ogólnokształcących i 10 razy z techników i innych szkół zawodowych.

Kontekst społeczny zdrowia

W kolejnym bloku tematycznym omówiono dziewięć zagadnień, w tym trzy nowe nie prezentowane we wcześniejszym raporcie z badań HBSC 2018. Tylko w jednym przypadku (pomoc w zajęciach domowych) nie dysponowano danymi dla wszystkich czterech grup wieku.

Wykazano, że:

- U starszej młodzieży wyraźnie pogarsza się ocena wsparcia rodziców w sprawach związanych z nauką. Utrzymuje się też tendencja wzrostowa wskaźnika stresu szkolnego i pogarsza postrzeganie wsparcia ze strony nauczycieli.
- Młodzież 17-letnia lepiej niż 15-latki ocenia więzi społeczne w okolicy zamieszkania oraz wsparcia ze strony kolegów i koleżanek, co świadczy o odwróceniu poprzednich negatywnych tendencji.

- Różnice związane z płcią nasilają się w kolejnych grupach wieku w przypadku stresu szkolnego. Można podać też przypadki interakcji między płcią i wiekiem, co dotyczy stosunku do szkoły oraz oceny wsparcia ze strony nauczycieli. W młodszych rocznikach korzystniejsze wyniki obserwuje się u dziewcząt, a w starszych (w tym u 17-latków) u chłopców. Między 15 a 17 rokiem życia u dziewcząt, w większym stopniu niż u chłopców, poprawia się ocena wsparcia ze strony rówieśników, choć nadal jest dużo gorsza, niż w grupie 11-13 lat. Podobnie wskaźniki oceny wsparcia ze strony rodziny po okresie intensywnego spadku stabilizują się w wieku 15-17 lat, a w najstarszej grupie wieku zanikają różnice zależne od płci. Starsza młodzież poświęca więcej czasu na pomoc w pracach domowych, biorąc na siebie stałe obowiązki.
- Wykazano, w odniesieniu do kilku wskaźników, istotny związek z typem szkoły ponadpodstawowej. Młodzież ucząca się w liceach ogólnokształcących ma bardziej pozytywny stosunek do szkoły i lepiej ocenia relacje z innymi uczniami w klasie niż rówieśnicy z techników i innych szkół zawodowych. Chłopcy z tego drugiego typu szkoły gorzej niż rówieśnicy z liceów oceniają wsparcie nauczycieli, zaś dziewczęta gorzej oceniają wsparcie rodzinne.

Według zestawienia zbiorczego z końca rozdziału (tabela 71), największe różnice między skrajnymi grupami w zestawieniu z przeciętnym poziomem dla 17-latków notowane są dla nasilonego stresu szkolnego, a grupą ryzyka są dziewczęta ze szkół zawodowych. W tym bloku tematycznych zdecydowanie częściej jako grupę z najmniej korzystnymi wartościami zidentyfikowano dziewczęta, 1 raz z liceów ogólnokształcących i 6 razy z techników i innych szkół zawodowych. W odniesieniu do chłopców należy zwrócić uwagę na mniejsze zaangażowanie w obowiązki domowe (szczególnie w liceach) oraz gorszą ocenę ogólnego wsparcia rówieśniczego (w technikach i innych szkołach zawodowych).

Zachowania zdrowotne

W czwartym bloku tematycznym zamieszczono sześć rozdziałów dotyczących aktywności fizycznej lub jej deficytów, zachowań żywieniowych oraz higieny jamy ustnej. Na wszystkie omawiane pytania odpowiadali uczniowie z czterech grup wieku, a wyniki odnośnie do grupy wieku 11-15 lat zamieszczono w krajowym raporcie z badań HBSC 2018.

Wykazano, że:

- U młodzieży w wieku 17-lat nadal pogarsza się poziom aktywności fizycznej, co dotyczy aktywności umiarkowanej MVPA i intensywnej VPA. Utrzymuje się też tendencja wzrostowa ilości czasu przeznaczanego na zajęcia z komputerem, tabletem lub smartfonem w czasie wolnym. Większość zachowań żywieniowych ulega też pogorszeniu, co dotyczy mniejszej regularności spożywania śniadań oraz rzadszego spożywania owoców i warzyw.
- Starsza młodzież rzadziej spędza czas wolny, grając w gry komputerowe. W wieku

15-17 lat stabilizują się wskaźniki częstości spożywania wybranych produktów niekorzystnych dla zdrowia (słodczyce, słodzone napoje). Młodzież z najstarszej grupy wieku reprezentuje najkorzystniejsze w badanej populacji 11-17 lat wskaźniki higieny jamy ustnej.

- Różnice związane z płcią narastają u 17-latków w porównaniu z młodszymi grupami wieku w odniesieniu do VPA oraz picia napojów z dodatkiem cukru.
- Typ szkoły okazał się czynnikiem różnicującym poziom badanych wskaźników, ale nie zawsze u obu płci. Przeważnie były to różnice na niekorzyść techników i innych szkół zawodowych. W szkołach tych w porównaniu z liceami pogarszają się wskaźniki: aktywności fizycznej intensywnej VPA (tylko u chłopców), częstości grania w gry komputerowe (tylko u chłopców), higieny jamy ustnej (tylko u chłopców), korzystania z komputera w innym celu (tylko u dziewcząt), częstości spożywania owoców i warzyw (dziewczęta), regularności spożywania śniadań (obie płcie), częstości spożywania słodczy (obie płcie).

Według zestawienia zbiorczego z końca rozdziału (tabela 71), największe różnice między skrajnymi grupami w zestawieniu z przeciętnym poziomem dla 17-latków notowane są dla czasu przeznaczanego na gry komputerowe oraz higieny jamy ustnej, zawsze na niekorzyść chłopców z techników i innych szkół zawodowych. Ogólnie, w tym bloku najmniej korzystnymi wartościami charakteryzowała się młodzież ze szkół zawodowych. Jako grupę ryzyka w zbliżonych proporcjach wskazano dziewczęta i chłopców.

Zachowania ryzykowne

W piątym bloku tematycznym zamieszczono pięć rozdziałów dotyczących używania wybranych substancji psychoaktywnych, zachowań seksualnych oraz podejmowania nieuzasadnionych nadmiarem masy ciała prób odchudzania się. Ogółem omówiono 15 wskaźników, ponieważ bloki pytań na temat zachowań ryzykownych były rozbudowane. Na niektóre pytania mogła odpowiadać tylko starsza młodzież. Wyniki korespondujące z tym blokiem tematycznym zamieszczono w krajowym raporcie z badań HBSC 2018. Nowym, nieomawianym w poprzednim raporcie zagadnieniem, jest częstość używania papierosów elektronicznych.

Wykazano, że:

- Wszystkie analizowane wskaźniki pogarszają się po 15 roku życia, co dotyczy obu płci.
- Istotne różnice związane z płcią obserwuje się dla nieuzasadnionych prób odchudzania na niekorzyść dziewcząt oraz na niekorzyść chłopców dla wybranych (nie wszystkich) wskaźników używania substancji psychoaktywnych w całym życiu i w ostatnich 30 dniach (palenie papierosów elektronicznych, upijanie się, palenie marihuany). Wyniki badań HBSC dotyczących 15-latków wskazują na konwergencję zachowań

w zakresie używania substancji psychoaktywnych, a często zarysowuje się tendencja do gorszych zachowań w grupie dziewcząt. Wśród 17-latków występują różnice na niekorzyść chłopców.

- Typ szkoły wykazywał istotny związek z następującymi zachowaniami ryzykownymi: nieuzasadnione odchudzania się (na niekorzyść liceów ogólnokształcących), a na niekorzyść techników i innych szkół zawodowych: palenie e-papierosów, palenia marihuany w ostatnich 30-dniach oraz wskaźniki inicjacji seksualnej (tylko u chłopców).

Według zestawienia zbiorczego z końca rozdziału (tabela 71), największe różnice między skrajnymi grupami w zestawieniu z przeciętnym poziomem dla 17-latków notowane są dla podejmowania nieuzasadnionych nadmiarem masy ciała diet odchudzających oraz palenia marihuany w ostatnich 30 dniach. W tym bloku tematycznych zdecydowanie częściej jako grupę z najmniej korzystnymi wartościami zidentyfikowano uczniów techników i innych szkół zawodowych. W odniesieniu do uczniów liceów ogólnokształcących należy zwrócić uwagę na wspomniane już wskaźniki odchudzania się i palenie e-papierosów. Jako grupę ryzyka w zbliżonych proporcjach wskazano dziewczęta i chłopców.

Urazy i przemoc

Kolejny blok tematyczny zawiera cztery podrozdziały, w których opisano częstość ulegania urazom wymagającym pomocy medycznej, częstość uczestniczenia w bójkach oraz kontakty z przemocą w szkole i cyberprzestrzeni. Kontakty z przemocą analizowane były z perspektywy sprawcy i ofiary. Wszystkie tematy opisane były we wcześniejszym raporcie poświęconym uczniom w wieku 11-15 lat.

- Wykazano, że w wieku 17 lat wyraźnie obniża się odsetek młodzieży deklarującej bycie sprawcą lub ofiarą zastraszania w szkole, jak również odsetek sprawców i ofiar cyberprzemocy. W przypadku cyberprzemocy tempo spadku jest szybsze dla dziewcząt niż dla chłopców. Starsza młodzież dużo rzadziej uczestniczy w bójkach, chociaż tempo spadku po 15 roku życia jest wolniejsze niż w okresie 13-15 lat. Starsza młodzież rzadziej też ulega urazom, co potwierdza się u obu płci.
- Typ szkoły różnicuje częstość bycia ofiarą i sprawcą zastraszania w szkole i cyberprzemocy. W pierwszym przypadku (zastraszanie) dotyczy to tylko chłopców, w drugim (cyberprzemoc) obu płci.
- Typ szkoły moderuje też związek między płcią a wybranymi wskaźnikami z tego bloku tematycznego. Na przykład różnice między chłopcami i dziewczętami w częstości ulegania urazom są wyraźniejsze w liceach ogólnokształcących.

Według poniższego zestawienia zbiorczego (tabela 71), w odniesieniu do prawie wszystkich analizowanych wskaźników (oprócz urazów wymagających pomocy medycznej) zanotowano bardzo duże różnice między skrajnymi grupami wieku, w zestawieniu z poziomem przeciętnym dla 17-latków. Największe różnice dotyczą

sprawców cyberprzemocy. Ponadto w odniesieniu do wszystkich sześciu wskaźników z tego bloku tematycznego grupą ryzyka są chłopcy z techników i innych szkół zawodowych.

Tabela 71. Zestawienie wskaźników negatywnych, według płci i typu szkoły, w stosunku do poziomu ogólnego w grupie 17-latków

Definicja wskaźnika (%)	Ogółem	Licea ogólnokształcące		Technika i inne szkoły zawodowe	
		Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta
Zdrowie fizyczne i rozwój					
Nadmiar masy ciała	13,6	19,4	7,8	18,6	10,6
Niedobór masy ciała	11,7	4,8	18,0	6,4	15,5
Subiektywna ocena masy (za grubo)	41,8	32,1	49,2	30,0	54,7
Zdrowie gorsze niż dobre	24,2	19,6	26,8	20,8	29,1
Choroby przewlekłe	16,9	15,1	20,2	11,5	19,8
Branie leków z powodu choroby przewlekłej	67,5	63,6	66,4	66,7	73,1
Opuszczanie zajęć z powodu choroby przewlekłej	33,5	21,8	38,7	26,7	38,8
Zmęczenie prawie codziennie	45,2	36,9	55,1	32,3	53,4
Długość snu poniżej rekomendacji w dniach szkolnych	82,0	82,8	82,4	80,7	82,1
Długość snu poniżej rekomendacji w dniach weekendu	17,4	18,9	14,4	19,9	17,5
Zdrowie psychiczne i zdolności poznawcze					
Powtarzające się dwie lub więcej nieswoiste dolegliwości subiektywne	49,9	41,3	57,9	39,7	58,9
Niski poziom WHO-5 (objawy depresji)	21,8	15,1	27,6	14,5	28,4
Wysoki poziom stresu w skali Cohena	25,3	17,4	38,0	18,1	37,4
Niski poziom skali Cantrila (niezadowolenie z życia)	22,8	17,5	25,9	16,3	31,3
Niski poziom empatii	15,7	18,3	7,7	27,6	11,2
Niska skuteczność własna w relacjach społecznych	23,7	17,5	22,3	25,7	30,6
Niska samoocena osiągnięć w nauce	23,0	20,8	21,0	25,9	25,2

Społeczny kontekst zdrowia					
Niska ocena kapitału społecznego sąsiedztwa	24,6	22,6	24,2	23,6	28,4
Negatywny stosunek do szkoły	26,8	21,6	28,7	24,4	32,7
Nasilony stres szkolny	23,1	12,5	29,7	16,2	32,5
Niska ocena wsparcia ze strony nauczycieli	28,6	20,5	31,3	28,9	32,9
Niska ocena ogólnego wsparcia ze strony rówieśników	62,4	58,5	55,0	72,8	66,4
Niska ocena wsparcia ze strony kolegów w klasie	20,4	14,0	24,4	17,8	24,3
Niska ocena ogólnego wsparcia ze strony rodziny	52,5	51,7	50,4	51,1	58,2
Niska ocena wsparcia ze strony rodziców w sprawach związanych ze szkołą	33,1	30,5	31,4	31,5	40,5
Bardzo małe zaangażowanie w obowiązki domowe	24,2	29,5	21,8	28,2	17,5
Zachowania zdrowotne					
MVPA<5 dni	70,7	60,2	76,5	63,0	82,5
VPA mniej niż 2 razy w tygodniu	47,4	31,0	55,6	41,0	57,9
Gry komputerowe powyżej 2 godzin dziennie	13,6	16,8	4,3	29,6	6,4
Korzystanie z komputera, tabletu, smartfonu powyżej 2 godzin dziennie	61,1	51,9	66,2	55,5	69,7
Nieregularne spożywanie śniadań w dniach szkolnych (niedziennie)	47,9	45,5	46,1	46,9	54,8
Nieregularne spożywanie śniadań w dniach weekendu	19,6	17,1	18,4	20,1	23,8
Niespożywanie owoców codziennie	72,7	75,2	63,7	79,1	76,9
Niespożywanie warzyw codziennie	68,3	67,8	60,5	76,4	71,9
Spożywanie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	71,4	70,9	72,7	69,5	72,0
Spożywanie napojów z dodatkiem cukru częściej niż 1 raz w tygodniu	43,8	51,1	33,4	55,0	38,4
Nieregularne posiłki rodzinne (niedziennie)	84,7	83,0	87,3	78,5	89,8
Mycie zębów rzadziej niż 2 razy dziennie	25,0	33,4	13,6	41,6	14,3

Zachowania ryzykowne					
Stosowanie diet odchudzających przez osoby bez nadmiaru masy ciała	21,2	15,3	28,3	11,0	26,1
Palenie tytoniu w całym życiu	52,9	49,7	53,1	52,7	56,6
Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	32,9	31,2	31,8	32,7	37,4
Używanie e-papierosów w całym życiu	50,2	54,7	47,5	53,1	46,3
Używanie e-papierosów w ostatnich 30 dniach	28,8	31,0	22,5	38,1	25,8
Picie alkoholu w całym życiu	87,2	85,5	87,4	87,2	88,8
Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	73,6	72,1	72,5	73,6	77,3
Upijanie się w całym życiu	65,4	65,0	60,2	70,7	68,1
Upijanie się w ostatnich 30 dniach	34,8	36,9	30,3	38,7	35,3
Palenie marihuany w całym życiu	35,0	41,6	28,2	42,2	30,4
Palenie marihuany w ostatnich 30 dniach	15,0	17,5	9,2	21,1	14,4
Inicjacja seksualna	35,4	35,2	31,0	42,1	35,0
Inicjacja seksualna przez 15 rokiem życia (w grupie osób po inicjacji)	26,6	27,3	25,3	28,8	24,3
Niestosowanie prezerwatywy przez osoby aktywne seksualnie (lub partnera)	27,9	23,5	28,2	27,3	33,3
Niestosowanie tabletek antykoncepcyjnych przez osoby aktywne seksualnie (lub partnerkę)	74,3	70,0	79,0	68,9	79,5
Urazy i przemoc					
Sprawcy przemocy w szkole w ostatnich dwóch miesiącach	17,2	17,4	10,9	28,1	14,0
Ofiary przemocy w szkole w ostatnich dwóch miesiącach	10,5	7,8	9,5	15,4	9,4
Sprawcy cyberprzemocy w ostatnich dwóch miesiącach	14,9	17,8	7,2	26,2	10,8
Ofiary cyberprzemocy w ostatnich dwóch miesiącach	14,4	15,8	9,9	20,8	12,5
Uczestniczenie w bójkach w ostatnich 12 miesiącach	22,2	30,8	10,9	36,7	13,7
Urazy wymagające pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach	35,0	37,0	31,3	37,4	36,2

*wyróżniono grupę z najwyższą wartością analizowanego wskaźnika negatywnego

Autorzy tego raportu mieli na celu udostępnienie jedynie krótkiego przeglądu zróżnicowanych wskaźników dotyczących zdrowia i stylu życia młodzieży 17-letniej, bez wnikania w głębsze uwarunkowania różnych problemów zdrowotnych i społecznych. Zwrócono jednak uwagę na zagadnienia, którym warto poświęcić więcej uwagi, zarówno w analizach, jak i przy planowaniu programów interwencyjnych. Planowane (i częściowo realizowane) są pogłębione analizy wybranych wskaźników w tej grupie wieku (oraz łącznie 15 i 17-latków) z uwzględnieniem dodatkowych czynników, nieuwzględnionych w tym raporcie.

SUMMARY OF KEY FINDINGS

Health and health behaviours of 17-year-old students against the background of changes in the second decade of life

The report is connected with the implementation of the HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) survey, which is designed to cover three age groups: 11, 13 and 15-year-olds. In the last round of research conducted in the 2017/18 school year, the Polish sample was extended to the next age group. This made it possible to track changes in health status, health behaviours and to assess the adolescent environment throughout almost the entire second decade of life. An earlier report, entitled *Students' health in 2018 against the background of the new HBSC research model*, focused on the three main HBSC years (a sample of 5,225 students) and the so-called mandatory items. This publication complements that report with data on 1,700 17-year-old students surveyed at the same time, in the same administrative districts (NUTS3) and according to the same procedure. In addition, 17-year-old students completed the same questionnaire as the 15-year-old ones, labelled with the HBSC logo. The presented report uses the convention of short chapters containing a standardised layout of tables and figures, a short commentary and a summary. Details on the structure and sources of the questions and scales used can be found in the above-mentioned publication and international HBSC protocol. Another advantage of the currently published report is the inclusion of new, previously not discussed topics. They concerned nine additional packages from the HBSC protocol, and in their case the description of the research tool is extended.

In the surveyed sample of 17-year-olds there were 797 boys (46.9%) and 903 girls (53.1%). 100 school classes from 62 schools of various types were randomly selected. Data were obtained from 84 classes from 55 schools. 55.7% of the respondents studied in general secondary schools (with academic track), and 44.3% in technical and other vocational schools. In the first type of schools, girls accounted for a greater proportion of the sample than in the second type (62.0% vs. 48.6%). In the sample of 17-year-olds, 39.1% were inhabitants of rural areas, and 60.9% were city dwellers. Among students of general secondary schools, a lower percentage of students living in rural areas (33.7%) was found compared to their peers studying in the other type of schools (45.9%). The percentage of less affluent families was significantly lower in general secondary schools (26.5%) than in technical secondary schools or other vocational schools (32.9%).

The chapters presenting the research results are divided into six thematic blocks, with 37 subchapters.

The first thematic block relates to **physical health and development**. It discusses the issues of subjective and objective body weight assessment, self-rated health and the occurrence of chronic diseases or non-specific health complaints, as well as the burden associated with them. Two subchapters are related to the hygiene of sleep and rest; they concern the analysis of the length of night rest and the frequency of feeling tired.

The second thematic block focuses on **mental health** and includes description of positive indicators related to life satisfaction and general well-being, and negative indicators related to the appearance of symptoms of depression and increased stress. Cognitive factors related to health-enhancing personal resources make up a large part. There are chapters on empathy, self-efficacy in social relationships and academic achievement.

The third thematic block concerning the **social context of health** focuses on external resources that can strengthen health and protect against negative behaviours. Mainly positive indicators were defined, and the next subchapters concern relations with others as well as school, peer and family environment. Most of the topics discussed relate to the perceived social support.

The fourth thematic block relates to **behavioural factors enhancing health**, which can be treated as determinants of health, but also as independent health indicators. The focus was on issues related to taking up physical activity or its deficits and proper nutrition.

The fifth thematic block describes **risk behaviours**, including the use of psychoactive substances (alcohol, tobacco and e-cigarettes, marijuana). A separate subchapter concerns sexual behaviour, including sexual initiation and the use of methods to protect against pregnancy and sexually transmitted diseases.

The last thematic block concerns **violence-related behaviours** and other that pose a threat of bodily harm. The phenomenon of bullying at school and similar activities in cyberspace (cyberbullying), both from the perspective of the victim and the perpetrator, was discussed. The following subchapters also concern engagement in fights and injuries that require medical attention.

The report ends with a general summary arranged according to the above thematic blocks. As stated in the title of the report, the focus is on the conclusions relating to the population of 17-year-olds against the background of changes in the period between ages 11 and 15 years. First, indicators were identified for which the continuation of previous trends is observed, as well as indicators for which one can talk about the inhibition of previous unfavourable trends. Plenty of attention was also given to differences related to gender and type of school in the population of 17-year-olds. Noteworthy is the summary table comparing four age groups arranged by gender and school type, containing 59 indicators. For the sake of clarity of comparisons, the definition of some indicators was changed so that they could all be interpreted as negative, and an increase in their value as deterioration. The table enables to define which issues should be included in prevention programmes addressed to various groups of older adolescents.

The conducted analyses correspond with a short theoretical introduction to the developmental process in adolescence on the threshold to adulthood. Considerations on the relationship of the adopted educational track with self-assessment of health and

health behaviours in that age group were discussed. As a result of the analyses, young people studying in technical and other vocational schools were identified as the risk group. Out of 59 indicators included in the summary table, in 49 cases boys or girls from technical or vocational schools displayed the least favourable level. A particular problem among girls from this type of school is their worse self-assessment of health (physical and mental), while boys view their environment more negatively and have more frequent contact with violence. Among students of technical secondary schools and other vocational schools, compared to students of general secondary schools, behaviours that are unfavourable to health, risky behaviours and avoidance of pro-health behaviours also increase. Boys play computer games more often, give up eating fruit and vegetables, and have poorer oral hygiene. They also get drunk more often, use e-cigarettes and marijuana. Girls from that type of schools are characterised by a very low level of physical activity, eating breakfast and meals less regularly with the family, and spending a significant amount of time at the computer, with a tablet or smartphone. The typical risk behaviour that increases in that group of girls is dieting unjustified by excess body weight, drinking alcohol and smoking (traditional) cigarettes, and the infrequent use of measures to protect against pregnancy and sexually transmitted diseases by girls who are sexually active. The few problems that are relatively more frequent in general secondary schools are: excess body weight and sleep deficits (in boys); and underweight, frequent weight loss, frequent feeling of fatigue and increased stress (in girls).

Including 17-year-olds in the HBSC sample and carrying out the above analyses may be helpful in interpreting trends observed at 11-15 years of age. Many publications based on the rudimentary HBSC survey have identified adverse changes related to age. When investigating 17-year-olds, it is possible to assess which indicators continue to deteriorate in older adolescents, and which are improving or stabilising. It can therefore be concluded whether it makes sense to extrapolate past trends.

The continuation of the unfavourable trend concerns in particular a further increase among 17-year-olds in the percentage of young people who:

- do not meet the sleep duration recommendation;
- report symptoms of depression;
- display an increased level of general and school stress;
- hold a more negative view of support from teachers and parents in matters related to the school;
- do not meet the recommendation in terms of moderate and intense physical activity;
- spend too much time at the computer, tablet or smartphone;
- display unfavourable eating behaviours;
- engage in attempts to lose weight unjustified by excess body weight;
- drink alcohol and get drunk;

- smoke traditional and electronic cigarettes as well as marijuana.

At the same time, the incidence of many problems stabilises or decreases after the age of 15. Examples include better oral hygiene, less frequent playing computer games, less frequent aggressive behaviours, as well as better relationships with peers and coping with social situations.

Similarly, the analysis of the subjective assessment of health and health behaviours of 17-year-olds often changes the conclusions about gender differences and their formation in subsequent years. The report provides examples of gender differences that continue to worsen after the age of 15, such as the frequency of depression symptoms and general and school stress. In other cases, the obtained conclusions do not comply with publications limited to typical HBSC reports. For example, convergence of selected risky behaviours (such as getting drunk or smoking marijuana) is evident in the group of 15-year-olds. However, at age some differences appear to the disadvantage of boys. On the other hand, with regard to social support, gender-related differences started to disappear at the age of 17.

The authors of this report intended to provide only a brief overview of varied health and lifestyle indicators for 17-year-olds, without going into the deeper determinants of various health and social problems. However, focus was on issues that should be given more attention, both in terms of analyses and planning intervention programmes. In-depth analyses of selected indicators in this age group (and 15 and 17-year-olds combined) are envisaged, taking into account additional factors not included in this report.

Piśmiennictwo

1. Berten H, Cardoen D, Brondeel R, Vettenburg N. (2012). Alcohol and cannabis use among adolescents in Flemish secondary school in Brussels: effects of type of education. *BMC Public Health*, 12: 215.
2. Berten H, Cardoen D, Van Rossen R, et al. (2013). Alcohol use among young adolescents in Belgium, the Netherlands, Germany and Austria: The Effects of type of education. *Young*, 21(4): 363-85.
3. Biddle SJ, Pearson N, Ross GM, Braithwaite R. (2010). Tracking of sedentary behaviours of young people: a systematic review. *Preventive Medicine*, 51(5):345-51.
4. Boer M, Van den Eijnden RJJM, Boniel-Nissim M, Wong SL, Inchley JC, et al. (2020). Adolescents' Intense and Problematic Social Media Use and Their Well-Being in 29 Countries. (2020) *Journal of Adolescent Health*, 66(6S):89-99.
5. Bójko M, Dzielska A, Mazur J, Oblacińska A. (2019). Częstość grania oraz objawy uzależnienia od gier komputerowych a wybrane kompetencje emocjonalne nastolatków. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 100(2): 95-103.
6. Brooks F, Zaborskis A, Örkényi A, Tabak I, et al. (2012). Family:Communication with mother. Communication with father. Scientific discussion and policy reflection. Currie C et al. (Eds.) *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO.
7. Brzezińska A I, Appelt K, Ziółkowska B. (2016). *Psychologia rozwoju człowieka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
8. Bucksch J, Kopcakova J, Inchley J, Troped PJ, Sudeck G, et al (2019). Associations between perceived social and physical environmental variables and physical activity and screen time among adolescents in four European countries. *International Journal of Public Health*, 64(1):83-94.
9. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4):385-96.
10. Cole TJ, Lobstein T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7(4):284-94.
11. Craig W, Boniel-Nissim M, King N, Walsh SD, Boer M, et al. (2020). Social Media Use and Cyber-Bullying: A Cross-National Analysis of Young People in 42 Countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(6S):100-8.
12. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47(6):756-61.
13. De Graaf H, Vanwesenbeeck I, Meijer S. (2015). Educational differences in adolescents' sexual health: A Pervasive phenomenon in a national Dutch sample. *Journal of sex research*, 52(7), 747-57.
14. De Looze M, Raaijmakers Q, ter Bogt T, Bendtsen P, et al. (2015). Decreases in adoles-

- scient weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, 25(suppl 2):69–72.
15. De Roos SA, De Boer AH, Bot SM. (2017). Well-being and need for support of adolescents with a chronically ill family member. *Journal of Child and Family Studies*, 26: 405–15.
 16. Dzielska A, Kelly C, Ojala K, Finne E, Spinelli A, et al. (2020). Weight Reduction Behaviors Among European Adolescents—Changes From 2001/2002 to 2017/2018. *Journal of Adolescent Health*, 66(6S):70–80.
 17. Easton A, Kiss E. (2005). Cavariates of current cigarette smoking among secondary school students in Budapest, Hungary, 1999. *Health Education Research. Theory & Practice*, 20(1): 92–100.
 18. Elgar FJ, McKinnon B, Torsheim T, Warrner Schnohr Ch, Mazur J, et al. (2016). Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position. *Social Indicators Research*, 127:1169–180.
 19. Erikson EH. (2004). Tożsamość a cykl życia. Poznań: Zysk i S-ka.
 20. Gariepy G, Danna S, Gobiņa I, Rasmussen M, Gaspar de Matos M, et al. (2020). How Are Adolescents Sleeping? Adolescent Sleep Patterns and Sociodemographic Differences in 24 European and North American Countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(6S):81–88.
 21. Goniewicz M, Gawron M, Nadolska J, Balwicki L, Sobczak A. (2014). Rise in Electronic Cigarette Use Among Adolescents in Poland. *Journal of Adolescent Health*, 55(5):713–15.
 22. Hammons AJ, Fiese BH. (2011). Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? *Pediatrics*, 127(6):1565–74.
 23. Haqqist C. Health inequalities among adolescents – the impact of academic orientation and parents` education. *European Journal of Public Health*, 17(1):21–26.
 24. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al. (2015). National Sleep Foundation’s updated sleep duration recommendations: Final report. *Sleep Health*. 1:233–43.
 25. Hope EC, Jagers RJ. (2014). The role of sociopolitical attitudes and civic education in the civic engagement of black youth. *Journal of Adolescent Research*, 24(3): 460–70.
 26. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, et al. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO.
 27. Inchley J, Currie D, Cosma A & Samdal O. (eds.). (2018). Health Behaviour In School-Aged Children (Hbsc) Study Protocol Background, Methodology And Mandatory Items For The 2017/18 Survey. St Andrews: CAHRU.
 28. Ingholt L, Bang Sørensen B. (2015). Andersen S. et al. How can we strengthen students` social relation in order to reduce school dropout? An intervention develop-

- ment study within four Danish vocational schools. *BMC Public Health*, 15; 502.
29. Jodkowska M, Oblacińska A, Mazur J. (2004). Urazy wymagające pomocy medycznej w retrospekcji uczniów w wieku 11-15 lat w Polsce (1994-2002). *Przegląd Epidemiologiczny*; 58: 701-12.
 30. Jodkowska M, Oblacińska A, Mikiel-Kostyra K, Tabak I. (2012). Częstość występowania czynników ryzyka miażdżycy u młodzieży w wieku 16 i 18 lat – uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, XVI(2):96-104.
 31. Kantomaa MT, Tammelin TH, Demakakos P. et al. (2010). Physical activity, emotional and behavioral problems, maternal education and self-reported educational performance of adolescents. *Health Education Research*, 25:368-79.
 32. Kleszczewska D, Małkowska-Szkutnik A, Naęcz H, Mazur J. (2017). Zachowania sedytarne a nieswoiste dolegliwości psychosomatyczne młodzieży szkolnej. *Pediatrics Polska*, 92:553-60.
 33. Kleszczewska D, Siedlecka J, Mazur J. (2019). Physical activity and features of the environment in which school children grow up as low mood determinants. *Pediatrics Polska - Polish Journal of Paediatrics*. 94(1).
 34. Kleszczewska D, Szkutnik AM, Siedlecka J, Mazur J. (2019). Physical Activity, Sedentary Behaviours and Duration of Sleep as Factors Affecting the Well-Being of Young People against the Background of Environmental Moderators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6):915.
 35. Klinger DA, Freeman JG, Bilz L, Liiv K. et al. (2015). Cross-national trends in perceived school pressure by gender and age from 1994 to 2010. *European Journal of Public Health*, 25(S2):51–56.
 36. Koivusilta LK, Rimpelä AH, Rimpelä M, Vikat A. (2001). Health behavior-based selection into educational tracks starts in early adolescence. *Health Education Research. Theory & Practice*, 16(2):201-14.
 37. Koło H, Guskowska M, Mazur J, Dzielska A. (2012). Self-efficacy, self-esteem and body image as psychological determinants of 15-year-old adolescents' physical activity levels. *Human Movement*, 13:264-70.
 38. Levin KA, Davies CA, Topping GVA, Assaf AV, Pitts N. (2009). Inequalities in dental caries of 5-year old children in Scotland, 1993-2003. *European Journal of Public Health*, 19:337-42.
 39. Małkowska A, Tabak I, Jodkowska M, i in. (2005). *Zdrowie i styl życia młodzieży u progu dorosłości. Raport techniczny z badań uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
 40. Malkowska-Szkutnik A, Mazur J. (2019). Burden of Chronic Conditions and Subjective Complaints as Factors Modifying the Way Polish Students Are Functioning at School. *International Journal of Psycho-Educational Sciences*, 8(1):55-63.
 41. Marques A, Demetriou Y, Tesler R, Gouveia ÉR. Et al. (2019). Healthy Lifestyle in

- Children and Adolescents and Its Association with Subjective Health Complaints: Findings from 37 Countries and Regions from the HBSC Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18):3292.
42. Martin G, Inchley J, Humphris G, Currie C. (2017). Assessing the psychometric and ecometric properties of neighborhood scales using adolescent survey data from urban and rural Scotland. *Population Health Metrics*, 15:11.
 43. Mazur J, Dzielska A, Woynarowska B, Zawadzka D. (2015). Środowisko gimnazjów w opinii uczniów i dyrektorów szkół. *Zdrowie i szkoła 2015. Raport techniczny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
 44. Mazur J, Kowalewska A, Dzielska A. (2017). Comparing intact and non-intact families in terms of trends in adolescent weekly tobacco smoking and alcohol drinking (Poland: 2002-2014). *Journal of Health Inequalities*, 3(1):41 –46.
 45. Mazur J, Małkowska A. (2003). Sprawcy i ofiary przemocy wśród uczniów w Polsce. *Medycyna Wieku Rozwojowego*. 7(1/2):121-34.
 46. Mazur J, Małkowska-Szkutnik A, Paakkari L, Paakkari O, Zawadzka D. (2019). The Polish version of the short scale measuring health literacy in adolescence. *Developmental Period Medicine*, 23(3):190-98.
 47. Mazur J, Małkowska-Szkutnik A. (red.) (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
 48. Mazur J, Szkulciecka-Dębek M, Dzielska A, Drozd M, Małkowska-Szkutnik A. (2018). What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Archives of Medical Science*, 14(1):182-89.
 49. Moor I, Lampert T, Rathmann K. et al. (2014). Explaining educational inequalities in adolescent life satisfaction: do health behaviour and gender matter? *International Journal of Public Health*, 59:309-17.
 50. Muris P. (2001). A Brief Questionnaire for Measuring Self-Efficacy in Youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3):145- 49.
 51. Obuchowska I. *Adolescencja*. (2007). W: Harwas-Napierała B, Trempała J. (red.) *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 52. Parke RD, Clarke-Stewart A. (2011). *Social development*. United States of America: John Wiley & Sons.
 53. Piaget J. (2012). *Mowa i myślenie dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 54. Pickett W, Craig W, Harel Y, Cunningham J., Simpson K, et al. (2005). Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury. *Pediatrics*, 116(6):855-63.
 55. Prochaska J, Sallis J, Long B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(5):554-59.

56. Quick V, Nansel T, Liu D, Lipsky LM. Et al. (2014). Body size perception and weight control in youth: 9-year international trends from 24 countries. *International Journal of Obesity*, 38:988–94.
57. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr C, de Looze M, et al. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54: 140–50.
58. Samdal O, Wold B & Torsheim T. (1998). Rationale for school items: The relationship between students' perception of school and their reported health and quality of life. In: Currie C (eds). *Health Behaviour in School-aged Children. Research protocol for the 1997-98 Survey*.
59. Saracen A. (2010). Zachowania zdrowotne młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Hygeia Public Health*, 45(1): 70-73.
60. Schaffer DR, Kipp K. (2012). *Psychologia rozwoju od dziecka do dorosłości*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
61. Shahid Kazi A, Akhlaq A. (2017). Factors affecting students' career choice. *Journal of Research and Reflection in Education*, 2:187-96.
62. Shi Y, Lenzi M, An R. (2015). Cannabis Liberalization and Adolescent Cannabis Use: A Cross-National Study in 38 Countries. *Plos One*, 10(11):e0143562.
63. Stern JA, Cassidy J. (2018). Empathy from infancy to adolescence: An attachment perspective on the development of individual differences. *Developmental Review*, 47:1-22.
64. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3):167-76.
65. Torsheim T, Wold B, Samdal O. (2000). The Teacher and Classmate Support Scale: Factor Structure, test-retest reliability and validity in samples of 13- and 15-year-old adolescents. *School Psychology International*, 21:195-212.
66. Tremblay MS, Warburton D, Janssen I, Paterson D, Latimer A, et al. (2011). New Canadian physical activity guidelines. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 36:36–46.
67. Trempała J. (red.) (2010). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
68. Vereecken C, Dupuy M, Rasmussen M, et al. (2009). Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health* 2009, 54 (Suppl 2):180-190.
69. Vereecken C, Inchley J, Subramanian SV, Hublet A, Maes L. (2005). The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *European Journal of Public Health*

- (2005), 15:224–32.
70. Vereecken C, Pedersen TP, Ojala K, Krølner R, Dzielska A. (2015). et al. Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries, *European Journal of Public Health* (2015), 25(suppl 1): 16–19.
 71. Walsh SD, Harel-Fisch Y & Fogel-Grinvald H. (2010). Parents, teachers and peer relations as predictors of risk behaviours and mental well-being among immigrant and Israeli born adolescents. *Social Science & Medicine*, 70:976–984.
 72. WHO. (2011). Information sheet: Global recommendations on physical activity for health 5-17 years old [Internet]. World Health Organisation, https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years/en/
 73. Young H, Költő A, Reis M, Saewyc E, Moreau N, et al. (2016). Sexual Health questions included in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: an international methodological pilot investigation. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1):169.
 74. Zaborskis A & Sirvyte D. (2015). Familial determinants of current smoking among adolescents of Lithuania: a cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health* (2015), 15:889.
 75. Zimet G, Grodaon K. (1998). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1): 30-41.

