

pod redakcją naukową
Joanny Mazur i Zbigniewa Izdebskiego

Jak żyje i co myśli o swoim zdrowiu młodzież szkolna?

Badanie lubuskie 2024



Uniwersytet Zielonogórski



JAK ŻYJE I CO MYŚLI O SWOIM ZDROWIU MŁODZIEŻ SZKOLNA?

Badanie lubuskie 2024

pod redakcją naukową

Joanny Mazur i Zbigniewa Izdebskiego

Zielona Góra 2025

RADA WYDAWNICZA

Mariusz Naczek (przewodniczący), Paweł Andrzejewski, Andrzej Bisztyga,
Bogumiła Burda, Joanna Dec-Pietrowska, Beata Gabryś, Mariusz Jenek,
Aleksandra Kruk, Franciszek Runiec (sekretarz)



RECENZJE

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Bolesław Kalicki
dr hab. n. med. Anna Oblacińska, prof. IMiD

REDAKCJA

Aldona Reich

KOREKTA

Izabela Bednarz

REDAKCJA TECHNICZNA

Arkadiusz Sroka

PROJEKT OKŁADKI

Marta Surudo

© Copyright by Uniwersytet Zielonogórski
Zielona Góra 2025

ISBN 978-83-7842-573-1

DOI <https://doi.org/10.59444/uz.9788378425731>

OFICyna WYDAWNICZA UNIWERSYTETU ZIELONOGÓRSKIEGO

65-246 Zielona Góra, ul. Podgórna 50, tel. (68) 328 78 64
www.ow.uz.zgora.pl, e-mail: sekretariat@ow.uz.zgora.pl

SPIS TREŚCI

Przedmowa	5
Podziękowania	7
Wstęp metodologiczny (<i>Joanna Mazur, Zbigniew Izdebski</i>)	9
Spółeczny kontekst zdrowia młodzieży	
Środowisko szkolne (<i>Zbigniew Izdebski, Joanna Mazur</i>)	27
Uwarunkowania ekonomiczno-społeczne środowiska rodzinnego (<i>Katarzyna Porwit</i>)	43
Edukacja seksualna jako istotny element edukacji zdrowotnej (<i>Joanna Dec-Pietrowska</i>)	57
Zasoby wzmacniające zdrowie	
Wsparcie społeczne – rola rodziców i rówieśników w życiu nastolatków (<i>Alicja Kozakiewicz, Joanna Mazur</i>)	73
Autonomia uczniów (<i>Katarzyna Porwit</i>)	83
Kompetencje zdrowotne uczniów (<i>Joanna Mazur, Zbigniew Izdebski</i>)	97
Wybrane wskaźniki zdrowotne	
Postrzeganie własnego zdrowia (<i>Joanna Mazur</i>)	111
Wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego młodzieży (<i>Alicja Kozakiewicz</i>)	123
BMI, obraz ciała, stosowanie diety i aktywność fizyczna (<i>Maciej Białorudzki</i>)	135
Zachowania związane ze zdrowiem	
Inicjacja seksualna i dojrzewanie płciowe młodzieży (<i>Zbigniew Izdebski, Alicja Kozakiewicz</i>)	153

Problemowe używanie mediów społecznościowych (<i>Alicja Kozakiewicz</i>)	163
Używanie substancji psychoaktywnych (<i>Joanna Dec-Pietrowska, Joanna Mazur</i>)	173
Uwagi końcowe i rekomendacje (<i>Joanna Mazur, Alicja Kozakiewicz,</i> <i>Katarzyna Porwit, Joanna Dec-Pietrowska, Maciej Białorudzki,</i> <i>Zbigniew Izdebski</i>)	191
Wykaz skrótów	201
Wykaz tabel	203
Wykaz rycin	209
Aneks – główne analizowane wskaźniki	213
Summary	217
O autorach	221

PRZEDMOWA

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży odgrywa kluczową rolę w procesie kształtowania dorosłego człowieka. To w okresie młodości budują się fundamenty tożsamości, zdolności radzenia sobie z wyzwaniami, umiejętności społecznych i emocjonalnych, które mają wpływ na całe dalsze życie. Stąd nieustanna konieczność pogłębiania problematyki zdrowia psychicznego wśród najmłodszych i zadawania pytań o przyczyny pogarszania się kondycji psychicznej, a także o to, jak poprawić dobrostan lubuskich dzieci oraz młodzieży.

Dbanie o zdrowie psychiczne warunkujące prawidłowy rozwój młodego pokolenia to nie tylko nasza wspólna odpowiedzialność, ale także inwestycja w przyszłość całego społeczeństwa.

Dziękujemy wszystkim, którzy podjęli się próby zdiagnozowania przyczyn pogarszających się wskaźników zdrowia psychicznego wśród uczniów lubuskich szkół. Dzięki wspólnym staraniom powstała publikacja pt. *Jak żyje i co myśli o swoim zdrowiu młodzież szkolna. Badanie lubuskie 2024*. Przedstawiono w niej wyniki badań zrealizowanych w województwie lubuskim na tle danych ogólnopolskich. Liczymy, że przyczynią się one do podejmowania bardziej skutecznych działań na rzecz poprawy jakości życia młodych Lubuszan.

Systematyczne pogarszanie się wskaźników zdrowia psychicznego i kondycji fizycznej młodzieży nie tylko budzi głęboką refleksję, lecz także nakłada na nas, dorosłych – nauczycieli, rodziców, dyrektorów szkół – obowiązek podejmowania adekwatnych i skutecznych działań. Rekomendacje zawarte w raporcie mają ogromną wartość praktyczną, wskazując możliwe kierunki działań zarówno na poziomie wojewódzkim, jak i lokalnym. Dzięki szerokiemu spojrzeniu na czynniki wpływające na stan zdrowia

dzieci i młodzieży możliwe jest opracowanie skutecznych programów profilaktycznych, prozdrowotnych, w tym także realizowanie założeń i treści podstawy programowej nowego przedmiotu – edukacja zdrowotna.

Jak wynika z raportu, problemy wymagające rozwiązania obejmują wiele różnorodnych aspektów w pracy z uczniami, w tym: środowisko dorastania, zasoby wewnętrzne, obiektywnie i subiektywnie ocenianą przez młodzież masę ciała, aktywność fizyczną, samoregulację emocjonalną, funkcjonowanie prospołeczne, stosowanie używek, zachowania seksualne, klimat społeczny szkoły czy stres związany z wynikami w szkole. Szczególną uwagę zwrócono na problem uzależnienia od mediów społecznościowych. „Internetowe podwórko” oferuje dzieciom i młodzieży treści z dostępem do wulgarności, brutalności, skrajnego poniżania drugiej osoby. Problematiczne i permanentne użytkowanie mediów społecznościowych nasila objawy psychopatologiczne, naraża młodych ludzi na cyberprzemoc. Coraz częściej staje się źródłem negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak poczucie osamotnienia, krzywdy, unieważniania godności człowieka czy zaniżania własnej wartości. Okres adolescencji, w którym młodzi ludzie kształtują kluczowe przekonania o sobie i świecie, wymaga od nas szczególnej troski oraz uważności.

Analiza wyników przedstawionych w raporcie stanowi nie tylko diagnozę obecnych problemów, ale także wskazuje kierunek wdrażania rozwiązań o udowodnionej skuteczności. Wymaga to jednak od nas wszystkich, a w szczególności osób dorosłych zajmujących się wychowaniem i profilaktyką, odpowiedniego przygotowania i zaangażowania.

Wierzmy, że publikacja ta stanie się inspiracją do skuteczniejszego zatroszczenia się o zdrowie dzieci i młodzieży oraz impulsem do działań na przyszłość.

Wojewoda Lubuski
Marek Cebula

Lubuski Kurator Oświaty
Mariusz Biniewski

PODZIĘKOWANIA

Składamy serdeczne podziękowania Lubuskiemu Kuratorowi Oświaty Mariuszowi Biniewskiemu za niezwykłą życzliwość, wsparcie oraz zaangażowanie w realizację projektu badawczego. Dzięki Pana pomocy mogliśmy nawiązać szeroką współpracę z placówkami edukacyjnymi w regionie, co miało kluczowe znaczenie dla sukcesu naszych badań. Serdecznie dziękujemy także Pani Annie Żarnowskiej, starszej wizyta-tor Kuratorium Oświaty w Gorzowie Wielkopolskim, za koordynację systemu ankiet.

Szczególne podziękowania kierujemy do dr n. społ. Anny Dzielskiej z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie Koordynatorce badań HBSC w Polsce za udostępnienie dokumentacji badań ogólnopolskich. Dostęp do tych danych umożliwił umiejscowienie kontekstu naszych badań w szerszej perspektywie badań ogólnokrajowych i wskazanie na problemy nasilające się w województwie lubuskim.

Serdecznie dziękujemy recenzentom – dr hab. n. med. Annie Oblacińskiej, prof. IMiD oraz prof. dr. hab. n. med. i n. o zdr. Bolesławowi Kalickiemu, kierownikowi Kliniki Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej WIM, za cenne uwagi, które ode-grały istotną rolę w podniesieniu jakości naszej pracy.

Pragniemy również podziękować Instytutowi Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielono-górskiego, a w szczególności dr. hab. n. o zdr. Mariuszowi Naczkowi, prof. UZ, za umożliwienie realizacji tego projektu.

Serdeczne podziękowania kierujemy do Pani lic. Agnieszki Hajnold oraz Pani mgr Barbary Belicy za ogromne zaangażowanie w administrowanie projektu. Wsparcie organizacyjne miało kluczowe znaczenie dla sprawnej realizacji wszystkich etapów badań.

Wyrazy wdzięczności i podziękowania za pomoc w wydaniu niniejszej książki kierujemy również do pracowników Oficyny Wydawniczej Uniwersytetu Zielonogórskiego, w szczególności do Pani Redaktor Aldony Reich.

Dziękujemy także Dyrekcji szkół oraz nauczycielom z województwa lubuskiego, którzy z ogromnym zaangażowaniem włączyli się w realizację naszego projektu. Państwa pomoc w organizowaniu procesu wypełniania ankiet przez uczniów podczas lekcji była nieoceniona.

Pragniemy wyrazić serdeczne podziękowania uczniom, którzy wzięli udział w wypełnianiu ankiet, poświęcając swój czas i zaangażowanie. Ich głos stanowi dla nas wartość kluczową, a dzięki ich uczestnictwu w badaniach będziemy w stanie podejmować odpowiednie działania mające na celu poprawę ich dobrostanu.

Joanna Mazur
Zbigniew Izdebski

WSTĘP METODOLOGICZNY

Wprowadzenie

Druga dekada życia jest okresem, w którym ludzie cieszą się najlepszym zdrowiem. Należy jednak mieć na względzie pojawiające się wówczas zagrożenia, wynikające zarówno z cech osobistych, w tym genetycznych, jak i warunków społecznych oraz umiejętności radzenia sobie z coraz większymi wyzwaniami, które wpływają na zdrowie w bliższej i dalszej perspektywie (Ross i in., 2020). Jest to okres przededefiniowania środowiska społecznego, z malejącym znaczeniem rodziny na rzecz środowiska rówieśniczego. Następuje stopniowe kształtowanie tożsamości społecznej i emocjonalnej oraz podejmowane są próby wyznaczania celów i zadań życiowych. Wraz z dojrzewaniem pojawia się potrzeba zaspokajania wielu potrzeb w sferze poznawczej, emocjonalnej i psychoseksualnej, jak również poszukiwań sensu życia przy rosnącym znaczeniu autonomii. Jeśli okres przejścia z dzieciństwa do dorosłości nie przebiega harmonijnie, młodzi ludzie są podatni na zaburzenia zdrowia psychicznego, w tym lęk i depresję, problemy z budowaniem stabilnych relacji społecznych, jak również na podejmowanie zachowań niekorzystnych dla zdrowia (Mastorci i in., 2024). Przyjmuje się, że wiele schorzeń rozwijających się w kolejnych latach i w wieku dojrzałym ma swoje źródło w okresie adolescencji, na co w dużej mierze wpływa niedostateczne wykształcenie mechanizmów adaptacyjnych oraz utrzymywanie się niekorzystnych dla zdrowia zachowań zainicjowanych w okresie dojrzewania.

Specjaliści wskazują na systematyczne pogarszanie się wskaźników zdrowia psychicznego, co dotyczy wielu krajów i silniej zaznacza się u dziewcząt. Jako przyczynę podaje się połączenie zmian społecznych, które wpływają na życie nastolatków.

Obejmują wzrost znaczenia mediów społecznościowych, presję na osiągnięcie bardzo dobrych wyników w nauce oraz pandemię COVID-19. Ponadto zmiany te mogą się wzajemnie wzmacniać na różne sposoby. Na przykład, poprzez media społecznościowe nastolatki mogą stać się bardziej świadomi problemów ze zdrowiem psychicznym, co prowadzi do ich nadinterpretacji. Tym większe znaczenie ma zapewnienie odpowiedniej jakości edukacji zdrowotnej, sprzyjającej rozwojowi kompetencji zdrowotnych, ale też szeroko pojętych kompetencji cyfrowych (Stevens, 2024).

W ostatnich latach – także w Polsce – badania nad zdrowiem dzieci i młodzieży dynamicznie się rozwijają. Na forum międzynarodowym podejmowane są próby budowania zestawów priorytetowych wskaźników (Marsh i in., 2022) oraz tworzenia wystandaryzowanych systemów zbierania danych. Administracyjnie zbierane dane na temat umieralności i chorobowości są podstawą analiz stanu zdrowia osób starszych, lecz w mniejszym stopniu oddają problemy zdrowotne dzieci, młodzieży i młodych dorosłych.

Unikatowe znaczenie mają tu badania ankietowe cyklicznie powtarzane oraz dające możliwość porównywania Polski na tle międzynarodowym. W odniesieniu do starszej młodzieży należy w tym miejscu wspomnieć liczne inicjatywy badań realizowanych w szkołach, takich jak:

- badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży w wieku 11, 13 i 15 lat znane pod akronimem HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*);
- badania nad używaniem alkoholu i narkotyków znane pod akronimem ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) w grupie uczniów w wieku 15-16 lat;
- badania nad paleniem tytoniu znane pod akronimem GYTS (*Global Youths Tobacco Smoking Survey*) prowadzone w grupie uczniów w wieku 15-16 lat.

Oprócz powyższych warto tu przytoczyć także Badania Stanu Zdrowia Ludności Polski realizowane przez Główny Urząd Statystyczny jako badania gospodarstw domowych według metodologii ENHIS (*European Health Interview Survey*). Tu jednak na pytania dotyczące dzieci do 14. roku życia odpowiadają rodzice lub opiekunowie, a starsza młodzież traktowana jest jak osoby dorosłe. Ankiety wypełniane w domu w obecności rodziny mogą nie dawać wiarygodnych danych na temat zachowań ryzykownych. Wymienione projekty dają podstawy monitorowania na poziomie ogólnopolskim wielu wskaźników powiązanych ze zdrowiem i stylem życia uczniów. Pojawiające się w raportach zestawienia wojewódzkie są mało precyzyjne ze względu na niewystarczającą wielkość prób dla tego obszaru. W świetle dostępnej wiedzy tylko na podstawie protokołu ESPAD podejmowane były próby wdrażania równoległych badań regionalnych na większych próbach. Unikatową wartość mają natomiast realizowane

w Warszawie Badania Mokotowskie – cyklicznie powtarzane i mające w Polsce najdłuższą tradycję w kategorii badań młodzieży szkolnej, ponadto silnie zorientowane na czynniki ryzyka i chroniące przed używaniem substancji psychoaktywnych i przed zaburzeniami zdrowia psychicznego (Pisarska i in., 2016).

Prezentowany raport przedstawia wyniki projektu zorientowanego na implementację założeń badań HBSC w województwie lubuskim z zastosowaniem dużej próby, pozwalającej też na porównywanie powiatów. Wykorzystano obszerny fragment kwestionariusza HBSC, budując własny model badań z rozszerzonym modułem zmiennych odnoszących się do poczucia autonomii nastolatków, oceny tempa dojrzewania, ich funkcjonowania w otoczeniu społecznym czy też zdolności do podejmowania decyzji. Przyjęto HBSC za podstawę ze względu na doświadczenia własne w realizacji kilku kolejnych edycji tych badań w skali ogólnopolskiej, znacznie rozbudowany kontekst społeczny zdrowia, jak również możliwość rzetelnego porównania wyników uzyskanych w województwie lubuskim z ogólnopolskimi. Badanie ankietowe zrealizowane w tym województwie ma silnie zaznaczony kontekst szkolny, rozbudowane moduły na temat edukacji zdrowotnej (wychowanie seksualne oraz kształtowanie umiejętności zdrowotnych), przez co uzyskane wyniki mogą wspomóc tworzenie i realizację programów szkolnych nie tylko w skali tego województwa, ale także ogólnokrajowej.

Założenie badania młodzieży województwa lubuskiego

Badanie ankietowe młodzieży szkolnej województwa lubuskiego zrealizowane zostało w roku szkolnym 2023/24 przez Katedrę Humanizacji Medycyny i Seksuologii Instytutu Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego jako wewnętrzny projekt finansowany przez Instytut Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UZ. Tematem badań jest ocena postrzegania własnego zdrowia (głównie w wymiarze psychicznym), oszacowanie poziomu kompetencji zdrowotnych i innych wybranych zasobów sprzyjających zdrowiu oraz częstości podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przez młodzież żyjącą w województwie lubuskim. Wykorzystane zostały doświadczenia własne zespołu przy realizacji innych projektów o zasięgu krajowym i międzynarodowym. Badanie daje możliwość porównań z ogólnopolską próbą młodzieży ankietowanej w ramach badań HBSC w 2022 r. oraz porównań wewnątrzwojewódzkich według powiatów.

Celem poniższego raportu jest:

- określenie poziomu zjawisk powiązanych ze zdrowiem młodzieży szkolnej województwa lubuskiego;
- porównanie wskaźników zdrowotnych wg płci i wieku ankietowanych;
- porównanie wskaźników zdrowotnych wg powiatów lokalizacji szkoły;

- porównanie na przykładzie wybranych wskaźników zdrowotnych młodzieży szkolnej województwa lubuskiego z próbą ogólnopolską uczniów tych samych klas ankietowanych w 2022 r. w ramach badań HBSC.

Prezentowane poniżej badanie ma charakter przekrojowego badania na pograniczu nauk społecznych i medycznych. Jest ono unikatowe ze względu na wielkość próby i zasięg terytorialny. Przyjmując, wg danych Głównego Urzędu Statystycznego, że populacja dzieci i młodzieży w wieku 13,15 i 17 lat liczy w województwie lubuskim 32 840 osób, można uznać, że udało się uzyskać dane od 30% przedstawicieli tych roczników realizujących obowiązek szkolny.

Procedura badawcza i zrealizowana próba

Prezentowane w tym raporcie wyniki pochodzą z badania ankietowego przeprowadzonego w szkołach województwa lubuskiego między 20 grudnia 2023 r. a 9 maja 2024 r. Zaplanowano włączenie trzech roczników szkolnych uwzględnianych też w badaniach HBSC: VII klasa szkół podstawowych, I i III klasa szkół ponadpodstawowych (licea ogólnokształcące i technika) oraz zbadanie minimum 1500 uczniów (po ok. 500 w każdym roczniku). Wylosowano 44 szkoły podstawowe oraz 44 ponadpodstawowe (w każdej grupie po cztery w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim oraz po trzy w pozostałych dwunastu powiatach). Operatem losowania była baza placówek oświatowych Ministerstwa Edukacji Narodowej wykorzystywana przy losowaniu próby do badań HBSC 2022. Do wylosowanych szkół zgłaszali się przeszkoleni rekruterzy przypisani do poszczególnych powiatów (studenci zaangażowani do projektu oraz członkowie zespołu badawczego). Pracownikom szkoły udostępniono telefon kontaktowy, a osobą zgłaszającą pytania i wątpliwości na temat przebiegu badania, treści ankiety lub formy upowszechniania wyników często był pedagog szkolny.

W związku z zainteresowaniem władz wojewódzkich wynikami przeprowadzonego badania podjęto wspólną decyzję o jego rozszerzeniu i modyfikacji. Zmieniono założenia badania, wydłużono okres zbierania danych oraz opracowano nowy tryb kontaktu ze szkołami. Kluczową rolę w tym procesie odegrał Wojewoda Lubuski, a także Lubuski Kurator Oświaty, który aktywnie zaangażował się we wsparcie projektu. Z jego inicjatywy wysłano oficjalne zaproszenie do wszystkich szkół województwa lubuskiego, co znacząco wpłynęło na zwiększenie liczebności zrealizowanej próby. Dzięki szerokiemu zasięgowi przeprowadzonych działań liczba uczestniczących szkół znacząco wzrosła, co z kolei pozwoliło na uzyskanie bardziej reprezentatywnych danych i stworzenie możliwości analiz wg powiatów.

W każdej ze szkół proszono o przeprowadzenie badań w 1-2 klasach na każdym z podanych poziomów (o ile w szkole była więcej niż jedna klasa). Decyzja o wyborze

klas z danego poziomu należała do Dyrekcji. Założeniem badania było utrzymanie anonimowości na poziomie indywidualnym i szkoły, a uczniowie wpisywali jedynie nazwę miejscowości, w której szkoła jest zlokalizowana. Wobec powyższego trudno jest precyzyjnie określić liczbę szkół w próbie zrealizowanej oraz ich dane adresowe. Można scharakteryzować zasięg badania poprzez podanie przybliżonej liczby miejscowości i przypisanie zebranych danych do powiatów. W skojarzeniu z nazwą miejscowości podjęto próbę przypisania poszczególnym rekordom identyfikatora klasy na podstawie grupy wieku, daty i godziny wypełniania.

Badania przeprowadzono metodą internetową, korzystając z aplikacji Webankieta (www.webankieta.pl). Po ustaleniach telefonicznych lub mailowych szkołom, oprócz listu do Dyrektora, została udostępniona następująca dokumentacja wspomagająca:

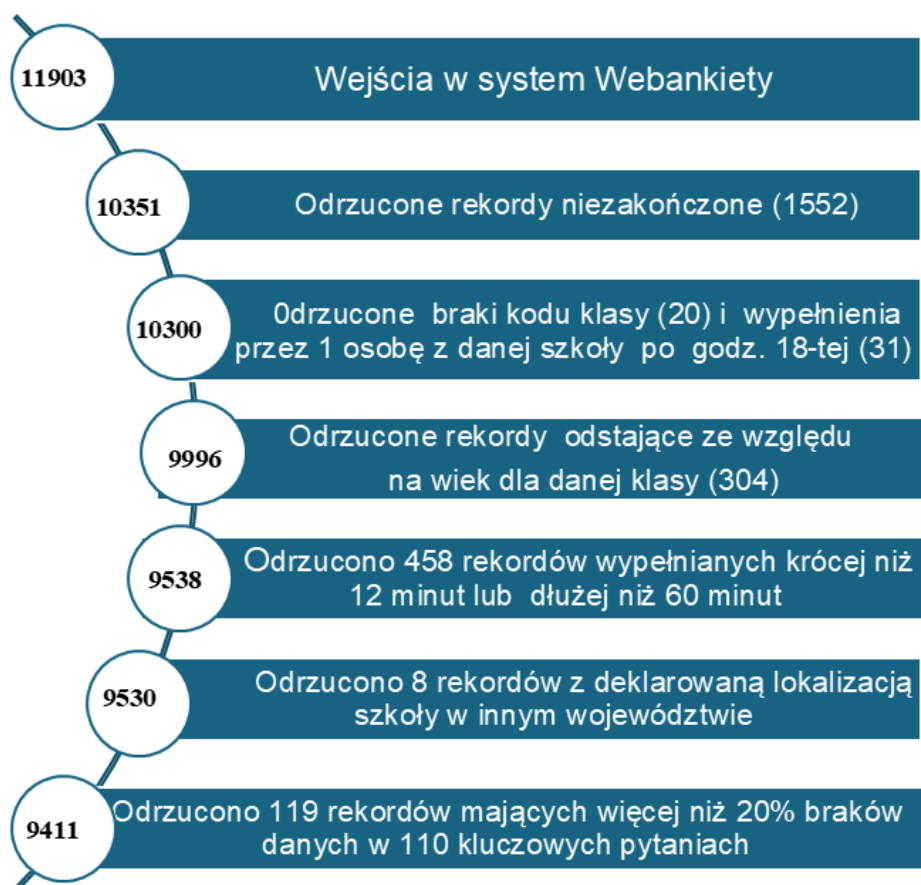
- link do systemu Webankiety,
- wzór kwestionariusza,
- wzór formularza zgody rodzica na udział w badaniu dzieci niepełnoletnich lub alternatywnie wzór wpisu do szkolnego systemu elektronicznego typu Librus,
- instrukcja dla osób prowadzących badania w klasach,
- kopia opinii Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Uniwersytetu Zielonogórskiego,
- kopia listu powiadamiającego Lubuskie Kuratorium Oświaty.

W badanym okresie zarejestrowano 11 903 wejścia do systemu Webankiety. Zebrane dane zostały zapisane w formacie Excel i SPSS. Ostatecznie przedmiotem analiz są dane uzyskane od 9411 uczniów. Część uczniów zrezygnowała z dalszego wypełniania ankiety po wejściu do systemu lub po pierwszych pytaniach, a ponadto w procedurze selekcji starano się wyeliminować rekordy wypełniane przez dorosłych, czyli rodziców/opiekunów i pracowników szkoły, kontrolujących zawartość ankiet i sprawdzających działanie systemu. Przyjęto założenie, że w tych przypadkach ankiety były tylko przeglądane, a często też otwierano je w godzinach pozaszkolnych. Osoby dorosłe sporadycznie stosowały się do sugestii, aby w pytaniu otwartym dać wprost adnotację, że nie są uczniami. Znaczna część ankiet wypełnianych przez dorosłych została wyeliminowana przy zastosowaniu kryterium odrzucenia ankiet niepełnych oraz wypełnionych do końca, ale z ponad 20-procentowym odsetkiem braków danych.

W procesie czyszczenia bazy danych zwrócono uwagę na:

- rekordy puste i niezakończone,
- nietypową godzinę wypełniania,
- deklarowaną lokalizację szkoły poza województwem lubuskim,
- rekordy zawierające znaczny odsetek braków danych.

Ponadto usunięto kwestionariusze nietypowe ze względu na bardzo długi lub bardzo krótki czas wypełniania. Mając na względzie standaryzację próby, wyeliminowano



Rycina 1. Selekcja materiału zebranego systemem Webankiety

kwestionariusze wypełniane przez osoby poza typowym dla danego rocznika przedziałem wiekowym (ryc. 1).

System Webankieta był aktywny od 20 listopada 2023 r. do 19 maja 2024 r., a dane zbierano między 20 grudnia 2023 r. a 9 maja 2024 r. W pierwszych tygodniach opracowano i przetestowano aplikację, a w końcowym zamknięto bazę danych. Zdecydowana większość danych została zebrana w kwietniu 2024 r. (8622 wejść w system – 91,6%).

W momencie wejścia w system internetowego zbierania danych uczniowie proszeni byli o podanie swojej płci z opcją: męska, żeńska, inna. W przypadku ostatniej odpowiedzi proszono o podanie, w jakiej formie należy się do ucznia zwracać, ponieważ przy zadawaniu pytań uwzględnione zostały formy gramatyczne odpowiednie dla obu płci. W grupie zakwalifikowanych do dalszych analiz 4149 osób (44,1%) deklarowało

bycie chłopcem, 5031 (53,4%) dziewczyną, a 231 (2,5%) uczniów zakreśliło opcję: „inna”. Wśród nich 133 uczniów poprosiło o wersję kwestionariusza dla chłopców, a 98 dla dziewcząt. Omawiane dane dotyczą więc 4282 ankiet wypełnianych w formie męskiej i 5129 w żeńskiej.

Rozkład badanej próby wg roczników szkolnych był nierównomierny z przewagą najmłodszej grupy wieku. W próbie zakwalifikowanej do dalszych analiz było 3871 (41,2%) uczniów klasy VII szkoły podstawowej, 3485 (37,1%) uczniów klasy I szkoły ponadpodstawowej i 2055 (21,8%) uczniów klasy III szkoły ponadpodstawowej. Wiek badanych obliczono na podstawie daty urodzenia i daty wypełniania kwestionariusza. Badani byli średnio w wieku 15,15 lat ($SD = 1,55$), a zakres wieku wynosił w zatwierdzonej do analiz próbie od 12,25 do 19,25 lat (tab. 1). Wyróżnia się grupa środkowa, w której są dwa dominujące roczniki z większą niż w skrajnych grupach reprezentacją uczniów, którzy rozpoczęli naukę szkolną jako 6-latki.

Tabela 1. Wiek ankietowanych w poszczególnych rocznikach

Wyszczególnienie	N	Dominujący rok urodzenia	Wiek (w latach)			
			średnia	SD	min.	max.
VII kl. szkoły podstawowej	3871	2010 (3545)	13,77	0,38	12,25	15,50
I kl. szkoły ponadpodstawowej	3485	2008 (1334) 2009 (2014)	15,20	0,57	13,50	17,33
III kl. szkoły ponadpodstawowej	2055	2006 (1627)	17,67	0,53	15,50	19,25

Kolejne roczniki różniły się strukturą wg płci, z tendencją częstszego wypełniania ankiet przez dziewczęta ze starszych roczników (51,3%, 56,4%, 57,2%). W kolejnych rocznikach zwiększał się też odsetek deklarujących inną płeć (2,2%, 2,4%, 3,0%).

Charakteryzując miejsce zamieszkania badanych uczniów, wyróżniono miasta powyżej 100 tys. mieszkańców (Zielona Góra, Gorzów Wielkopolski), mniejsze miasta oraz regiony wiejskie. Do tych trzech grup zakwalifikowanych zostało odpowiednio 2029 (21,6%), 4003 (42,5%) i 3379 (35,9%) ankietowanych. Dla porównania, wg danych GUS z 31 grudnia 2023 r., udział mieszkańców wsi w grupie edukacyjnej 13-15 lat wynosił w województwie lubuskim 39,2% (GUS, 2024), co wskazuje na niewielką nadreprezentację mieszkańców miast.

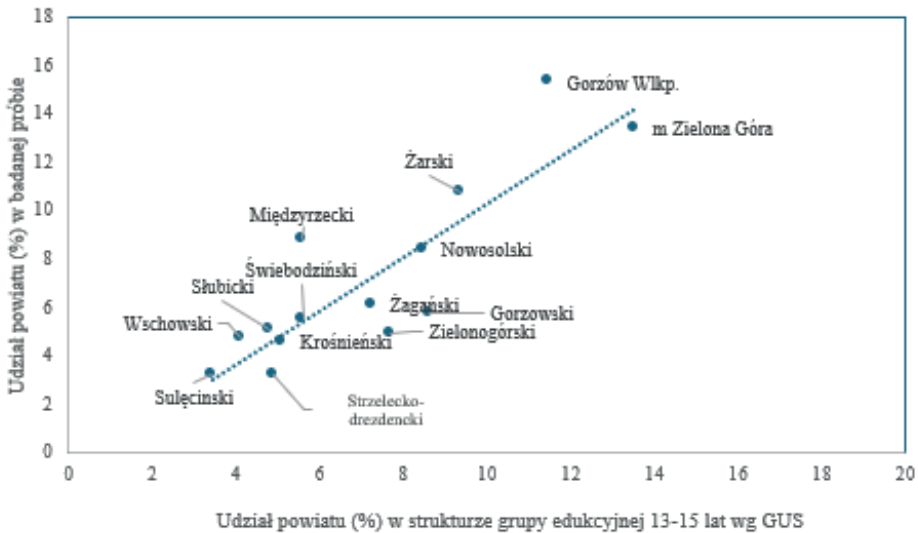
Uwzględniając lokalizację szkoły, zebrane dane przypisano do poszczególnych powiatów. W 29 przypadkach (0,3%) powiat pozostał nieokreślony (tab. 2). Warto zwrócić uwagę, że lokalizacja szkoły nie jest tożsama z miejscem zamieszkania. Odsetek uczących się w dwóch największych miastach był większy od odsetka deklarujących zamieszkanie w Zielonej Górze lub Gorzowie Wielkopolskim. Spośród pozostałych 12 powiatów najsilniej reprezentowane były szkoły z powiatu żarskiego, międzyrzeckiego

i nowosolskiego, a w kategorii szkół podstawowych wyróżnił się też powiat gorzowski. Ogółem, poza dwoma głównymi miastami na prawach powiatu, uczniowie podali lokalizację szkół w 182 miejscowościach województwa. W grupie dziesięciu mniejszych miast, w których zebrano najwięcej poprawnie wypełnionych kwestionariuszy, znalazły się: Nowa Sól (627), Żary (530), Międzyrzecz (397), Świebodzin (370), Żagań (298), Lubsko (295), Sulechów (280), Krosno Odrzańskie (244), Sława (210) i Sulęcín (206). Szacunkowo zebrany materiał obejmuje około 570 klas szkolnych.

Tabela 2. Badani uczniowie wg grup wieku i powiatów

Wyszczególnienie	VII klasa szkół podstawowych		Szkoly ponadpodstawowe				Ogółem	
			I klasa		III klasa			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Miasta na prawach powiatu								
m. Zielona Góra	374	9,7	591	17,0	298	14,5	1263	13,4
m. Gorzów Wlk.	567	14,6	527	15,1	346	16,8	1440	15,3
Powiaty								
gorzowski	319	8,2	173	5,0	49	2,4	541	5,7
krośnieński	174	4,5	152	4,4	104	5,1	430	4,6
międzyrzecki	242	6,3	410	11,8	174	8,5	826	8,8
nowosolski	261	6,7	324	9,3	206	10,0	791	8,4
ślubicki	177	4,6	132	3,8	169	8,2	478	5,1
strzelecko-drezdenecki	227	5,9	65	1,9	11	0,5	303	3,2
sulęciński	149	3,8	98	2,8	60	2,9	307	3,3
świebodziński	242	6,3	203	5,8	70	3,4	515	5,5
wschowski	293	7,6	106	3,0	45	2,2	444	4,7
zielonogórski	189	4,9	167	4,8	100	4,9	456	4,8
żagański	259	6,7	157	4,5	160	7,8	576	6,1
żarski	382	9,9	370	10,6	260	12,7	1012	10,8
powiat nieokreślony	16	0,4	10	0,3	3	0,1	29	0,3
Ogółem	3871	100,0	3485	100,0	2055	100,0	9411	100,0

Niski udział danego powiatu w strukturze zrealizowanej próby może jednak wynikać z mniejszej populacji lub częstszych przypadków uczęszczania do szkoły zlokalizowanej w sąsiednim powiecie. Dane porównujące zrealizowaną próbę ze strukturą populacji w grupie edukacyjnej 13-15 lat wg danych na 31 grudnia 2023 r. (GUS, 2024) przedstawiono na rycinie 2.



Rycina 2. Struktura próby wg powiatów lokalizacji szkoły w porównaniu z populacją dzieci w powiatach

Omawiane badanie było opiniowane przez Komisję ds. Etyki Badań Naukowych działającą przy Uniwersytecie Zielonogórskim (opinia Nr RCM-CM-KBUZ.031.39.2023 z 17 listopada 2023 r.). Komisja potwierdziła, że badanie nie ma charakteru eksperymentu medycznego. Zaopiniowano procedurę badawczą, treść kwestionariusza i tryb uzyskiwania zgody respondentów oraz ich rodziców. Rodzice proszeni byli o wyrażenie zgody za pośrednictwem szkoły, a uczniowie wyrażali zgodę poprzez fakt przystąpienia do wypełniania kwestionariusza po uprzednim ich poinformowaniu o celach badań, ich anonimowości oraz możliwości wycofania się w każdym momencie. Przyjęto zasadę, że wypełnianie ankiet ma się odbywać w szkole, w godzinach zajęć szkolnych w pracowni komputerowej lub w innej sali z użyciem telefonów komórkowych.

Narzędzia badawcze

Wzór kwestionariusza badania ankietowego został opracowany pod kątem głównych celów projektu, w tym (jak podkreślono w kontaktach ze szkołami i rodzicami) tworzenia systemu informacji o zdrowiu i stylu życia młodzieży oraz podstaw do planowania edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole. Starano się zoptymalizować czas wypełniania ankiety oraz jej treść pod kątem możliwości poznawczych młodzieży oraz jej zdolności do skupienia uwagi, nie przeciążając uczniów nadmiarem pytań i powtarzającymi się wątkami.

Tabela 3. Zakres tematyczny kwestionariusza badań

Blok tematyczny	Liczba itemów/ skal	Szczegółowe obszary tematyczne
O Tobie	10	Płeć ^a Klasa szkolna ^a Miesiąc i rok urodzenia ^a Masa ciała ^a Wysokość ciała ^a Klasa wielkości miejscowości ^a Lokalizacja szkoły ^a Czas potrzebny na dojście lub dojazd do szkoły ^a
Aktywność fizyczna i czas wolny	7	Aktywność fizyczna umiarkowana do intensywnej (MVPA) ^a Godziny kładzenia się do łóżka i budzenia się w dni szkolne ^{a, b} Diety odchudzające ^a Czas spędzany przy ekranie (4 formy aktywności) ^{a, b}
Twoje samopoczucie	3	Skala Dobrego Samopoczucia (WHO-5) ^a Skala 8 dolegliwości psychosomatycznych HBSC-SCL uzupełniona o nowe dwa symptomy* ^a Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-7 ^a
Jak podejmujesz decyzje?	2	Pytania z wymiaru autonomii skali Mental Health Literacy (Bjornsen i in., 2024) Skrócony Inwentarz Perspektywy Czasowej (Zimbardo i Boyd, 1999)
Jak rozumiesz zdrowie swoje i innych	5	Blok czterech pytań na temat <i>critical health literacy</i> ze skali CHLA-Q (Haugen i in., 2022) Ocena własnego ciała ^a Ocena tempa dojrzewania w porównaniu z rówieśnikami tej samej płci Skala kompetencji zdrowotnych HLSAC-5 (Paakkari i in., 2023) ^a Blok 11 pytań ze skali Design My Future (Di Maggio i in., 2016)
Szkoła i rówieśnicy	4	Osiągnięcia w nauce w porównaniu z innymi uczniami w klasie ^a Skala stresu szkolnego związanego z nauką Adolescent Stress Questionnaire (Anniko i in., 2018) ^a Skala klimatu społecznego szkoły z protokołu HBSC ^a
Edukacja zdrowotna	4	Autorskie pytania, w tym: źródła wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności uczestniczenia w zajęciach z wychowania seksualnego w szkole tematy poruszane na tych lekcjach, przydatność uzyskanej wiedzy
Aktywność w sieci	1	9-itemowa skala Social Media Disorder (Van den Eijnden i in., 2016) ^a

Blok tematyczny	Liczba itemów/ skal	Szczegółowe obszary tematyczne
O Twoich zachowaniach ^c	11	Picie alkoholu w całym życiu ^c Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach ^{a, b} Epizody upicia się w całym życiu ^a Epizody upicia się w ostatnich 30 dniach ^{a, b} Palenie tradycyjnych papierosów w całym życiu ^a Palenie tradycyjnych papierosów w ostatnich 30 dniach ^{a, b} Używanie e-papierosów w całym życiu ^a Używanie e-papierosów w ostatnich 30 dniach ^{a, b} Używanie marihuany kiedykolwiek w życiu ^a Używanie marihuany w ostatnich 30 dniach ^{a, b} Zachowania seksualne (inicjacja seksualna, wiek inicjacji, używanie prezerwatywy w czasie ostatniego stosunku płciowego) ^a
O Twojej rodzinie	10	6-itemowa skala zasobów materialnych rodziny (FAS) ^a 4-itemowy moduł na temat emigracji zarobkowej rodziców ^a
Jakość życia w chwili obecnej	6	Pytanie na temat samooceny zdrowia Kwestionariusz KIDSCREEN-27 w pięciu blokach tematycznych: aktywność fizyczna i zdrowie ogólny nastrój i odczucia względem samego siebie rodzina i wolny czas Twoi koledzy i koleżanki szkoła i nauka
Pytanie otwarte	1	Uwagi na temat wypełnionej ankiety

a – zgodne z protokołem HBSC 2021/22; b – pytania HBSC nieanalizowane w raporcie;

c – pytania o używanie substancji psychoaktywnych (oprócz pytań o upijanie się) zaadaptowane do protokołu HBSC z badań ESPAD

Kwestionariusz ankiety miał tytuł: **Co myślą i jak żyją młodzi ludzie w województwie lubuskim?** i składał się z 63 pytań lub bloków pytań, które zostały pogrupowane w odpowiednio zatytułowanych 11 blokach tematycznych (raport przedstawia tylko wybrane zagadnienia). W niektórych przypadkach pytania poprzedzone były wyjaśniającym tekstem wprowadzającym, traktowanym jako nieodłączna część danego narzędzia. W pierwszych dziesięciu blokach zamieszczono niektóre pytania z protokołu badań HBSC 2022 (Inchley i in., 2023) łącznie z pytaniami metryczkowymi, adaptację dodatkowych skal oraz autorskie moduły pytań. Włączono około jednej trzeciej zawartości kwestionariusza HBSC 2022, ponieważ nie jest to narzędzie zamknięte, nie ma też klucza analiz, a ograniczenie się do niektórych pytań jest dopuszczalne. Analizowane w tym raporcie pytania HBSC należą przeważnie do kategorii obowiązkowych (o treści udostępnianej publicznie w tzw. zewnętrznym protokole) i były

stosowane w poprzednich rundach tych badań. W przypadku nowych adaptowanych na potrzeby badań lubuskich skal zwrócono się drogą mailową do autorów z prośbą o wyrażenie zgody. Były to narzędzia ogólnodostępne w wersji anglojęzycznej w publikacjach. Blok jedenasty zawierał kwestionariusz generyczny do badania jakości życia związanej ze zdrowiem KIDSCREEN-27, którego zakres tematyczny częściowo pokrywa się z wcześniej zadawanymi pytaniami, jednak uchwycona w nim jest bieżąca perspektywa (ostatni tydzień). W raporcie zrezygnowano z przedstawienia profilu jakości życia związanej ze zdrowiem wg KIDSCREEN-27, co będzie przedmiotem odrębnej publikacji, jednak wybrane moduły z tego narzędzia zostały włączone do wybranych rozdziałów, o ile rozszerzały ich tematykę.

W dziesięciu podstawowych blokach tematycznych omówionych w tym raporcie znalazły się głównie pytania zamknięte z jednokrotnym wyborem. Pytania wielokrotnego wyboru zamieszczono jedynie w części dotyczącej edukacji zdrowotnej. W nielicznych pytaniach otwartych lub półotwartych uczniów proszony był o podanie: masy ciała i wysokości ciała, nazwy miejscowości, w której znajduje się szkoła, nazwy kraju, w którym ewentualnie pracują rodzice oraz tematów zajęć z edukacji zdrowotnej (zakres tematyczny kwestionariusza przedstawiony jest w tab. 3, z zaznaczeniem pytań pochodzących z protokołu HBSC 2021/22).

Jak wspomniano wcześniej, do analiz zakwalifikowano jedynie ankiety wypełniane w czasie od 12 do 60 minut. Mediana czasu wypełniania wynosiła 21:13 minut, bez różnic związanych z płcią respondenta. W kolejnych trzech grupach wieku mediana ta wynosiła 23:38, 20:30 oraz 19:56 minut. Jedynie 3,6% uczniów potrzebowało więcej niż 35 minut. Wraz z wprowadzeniem wyjaśniającym nie przekraczano więc jednej godziny lekcyjnej. W trzech klasach złamano protokół, zlecając wypełnianie ankiet w domu, co potwierdza godzina zanotowana w systemie. Ze względu na dobrą jakość wypełnienia pozostały one w bazie danych.

Zdecydowana większość pytań była przeznaczona dla wszystkich trzech grup wieku, przy czym 13-latkom zadawano mniej pytań z obszaru zachowań ryzykownych, nie pytając o doświadczenia z marihuaną i zachowania seksualne. Skrócono też długość ankiety dla dwóch młodszych grup wieku, rezygnując z bloku pytań o planowanie własnej przyszłości.

Po wypełnieniu całej ankiety uczeń mógł jeszcze odpowiedzieć na dodatkowe pytanie otwarte, zamieszczając swoje uwagi i skojarzenia związane z ankietą. Będzie to przedmiotem odrębnych analiz jako rodzaj badania jakościowego.

Poniższy raport zawiera wyniki odnoszące się do wybranych zagadnień. W każdym z rozdziałów szczegółowo opisano pochodzenie pytań lub skal oraz zasadę interpretacji wyników.

Porównanie z wynikami badań HBSC

W prezentowanym raporcie porównano wyniki badań przeprowadzonych w województwie lubuskim z ogólnopolską próbą uczniów ankietowanych w 2022 r. w polskiej edycji międzynarodowych badań HBSC. Badania te według protokołu obejmują uczniów V i VII klasy szkoły podstawowej oraz I klasy szkoły ponadpodstawowej, co odpowiada grupom 11-, 13- i 15-latków. W Polsce poza protokołem międzynarodowym włączani są uczniowie III klas szkół ponadpodstawowych (17-latki). Badania HBSC mają charakter ogólnopolski, z reprezentacją wszystkich województw (lecz tylko części powiatów). Zbyt małe próby wojewódzkie nie upoważniają ani do diagnozy sytuacji na lokalnym poziomie, ani nawet do porównań między województwami. Przykładowo w 2022 r. do próby ogólnopolskiej włączono dane dotyczące tylko 122 uczniów z województwa lubuskiego z interesujących nas grup wieku, w tym większość stanowiły 13-latki (66,4%).

W 2022 r. w ramach badań HBSC zbadano w Polsce 7124 uczniów, w tym 5495 w trzech starszych rocznikach objętych też omawianymi badaniami lubuskimi. W krajowym raporcie z badań HBSC 2022 omówiono dane dla 1585 uczniów VII klas szkoły podstawowej oraz odpowiednio 2181 o 1729 uczniów klas I oraz III szkoły ponadpodstawowej. Ze względu na dwa lata różnicy, w badaniach z 2024 r. obserwujemy te same kohorty uczniów (11-latki z roku 2022 są obecnie 13-latkami, 13-latki – 15-latkami, a 15-latki – 17-latkami).

Na korzyść porównywalności wyników badań HBSC 2022 z bieżącymi badaniami lubuskimi świadczy jednakowa procedura badawcza, w tym badanie online z użyciem Webankiety w czasie godzin zajęć szkolnych, podobny okres realizacji (w HBSC marzec-maj) oraz identyczne sformułowanie znacznej części pytań. Niemniej jednak warto przypomnieć, że w 2022 r. młodzież ankietowana była w końcowej fazie pandemii COVID-19, mając niedawne doświadczenia nauki zdalnej i ograniczonych kontaktów społecznych, co mogło rzutować na stan zdrowia i samopoczucie psychiczne. W badaniach lubuskich zrezygnowano już z pytań bezpośrednio odnoszących się do pandemii.

Dane dotyczące polskiej młodzieży pochodzące z badań HBSC przeprowadzonych w roku szkolnym 2021/22 są sukcesywnie publikowane w raportach krajowych i międzynarodowych oraz publikacjach w piśmiennictwie fachowym. Na uwagę zasługuje cykl raportów dostępnych na stronie internetowej sieci (www.hbsc.org w zakładce publications->reports). Do połowy listopada 2024 r. wydano sześć monotematycznych raportów odpowiednio na temat: zdrowia psychicznego, przemocy rówieśniczej, używania substancji psychoaktywnych, aktywności fizycznej, zachowań żywieniowych, BMI i subiektywnej oceny masy ciała, zachowań seksualnych oraz uzależnienia od mediów

społecznościowych. Łatwy dostęp do danych międzynarodowych, obrazujących też miejsce Polski, znajduje się na stronie internetowej WHO (<https://data-browser.hbhc.org/>). W przygotowaniu do druku jest podstawowy krajowy raport pt. „Młodzież na celowniku. Wyniki badań HBSC 2021/22”. W poniższym raporcie przedstawiono, wykorzystując obliczenia własne, dane ogólnopolskie HBSC 2022 dla połączonej próby uczniów w wieku 13, 15 i 17 lat wystandaryzowane na jednakową liczebność grup wyróżnionych wg płci i wieku. Tak więc są to informacje niedostępne w krajowym raporcie, gdzie wartości ogółem dotyczyły czterech grup wieku, łącznie z 11-latkami (bez standaryzacji).

Metody analiz

W pierwszym kroku analiz obliczono wagi dla bazy danych z województwa lubuskiego oraz dla bazy ogólnopolskiej HBSC 2022, które pozwalają wyeliminować różnice w strukturze ze względu na płeć i wiek. Po uaktywnieniu wag pozostaje utrzymana pierwotna ogólna liczebność obu prób, natomiast liczba przypadków w każdej z sześciu grup wyróżnionych ze względu na wiek i płeć jest identyczna. W odniesieniu do danych z województwa lubuskiego wagi wyrównują także strukturę według płci i wieku w każdym z czternastu powiatów.

W drugim kroku analiz zbudowano indeksy sumaryczne dla każdej ze skal włączonych do analiz. Sprawdzono rzetelność tych skal współczynnikiem alfa-Cronbacha oraz ich strukturę metodą PCA (*Principal Component Analysis*). Indeksy sumaryczne lub pojedyncze pytania zostały skategoryzowane, przeważnie na 2 lub 3 kategorie. Zastosowano punkty odcięcia znane z literatury, a w przypadku braku zewnętrznych kryteriów zaproponowano własny podział. Preferowano podział na trzy grupy, z 50-60% w grupie środkowej. Na tym etapie analiz zebranego materiału zrezygnowano z podawania statystycznych miar pozycyjnych i rozrzutu (średnia i SD) dla poszczególnych skal.

W aneksie do tego raportu zamieszczono tabelę z 52 kluczowymi analizowanymi wskaźnikami, które odnoszą się tylko do problemów zdrowotnych lub społecznych młodzieży szkolnej. Wśród nich są 42 wskaźniki, według których można porównać młodzież z województwa lubuskiego z ogólnopolską próbą HBSC 2022. Listę wskaźników z aneksu poszerzają odpowiednie wskaźniki pozytywne, a dla zbudowanych skal można też analizować wartości średnie.

Zgodnie z podanymi na wstępie celami opracowania podstawowe zestawienia tabelaryczne i graficzne każdego z rozdziałów stanowią opracowanie własne i obejmują:

- rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania wg płci i wieku w województwie lubuskim (dane surowe nieważone) wraz z podaniem istotności związku z płcią i wiekiem;

- rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania wg powiatów województwa lubuskiego w grupie ogółem, tj. bez względu na wiek i płeć (dane ważone);
- mapę porównującą nasilenie problemów w powiatach na podstawie uśrednionego rankingu wg wszystkich wskaźników analizowanych w danym rozdziale – punkty odcięcia dzielące na trzy grupy określano na podstawie rzeczywistej różnicy;
- w uzasadnionych przypadkach analizę związku między zmiennymi omawianymi w danym rozdziale;
- w miarę dostępności danych wykres obrazujący porównanie próby lubuskiej 2024 z ogólnopolską próbą HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach).

Zgodnie z konwencją przyjętą w raportach HBSC podstawowe dane prezentowane są w sześciu szczegółowych grupach wieku. Przy opisie niektórych tematów zrezygnowano z analiz według płci i wieku, jeżeli nie miało to uzasadnienia (np. poziom zamożności rodziny). Podobnie sporadycznie zrezygnowano z zestawień wg powiatów. W wielu przypadkach mniej zasadne jest połączenie trzech grup wieku ze względu na dynamiczne zmiany zachodzące w tym okresie życia oraz dysponowanie danymi ze szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Niemniej jednak wskaźnik ogólny podawany jest przy porównaniu z danymi HBSC jako miara ważona z założeniem równolicznych grup wyróżnionych ze względu na płeć i wiek uczniów. Również dane powiatowe reprezentują ogólny wystandaryzowany wskaźnik danego problemu zdrowotnego lub społecznego.

Każdy z rozdziałów raportu kończy się krótkim podsumowaniem kluczowych wniosków oraz najważniejszych spostrzeżeń, co umożliwia lepsze zrozumienie omawianych zagadnień. Ostatni rozdział raportu zawiera implikacje praktyczne odnośnie do proponowanych działań oraz proponowane kierunki pogłębianych analiz.

Bibliografia

- Anniko, M.K., Boersma, K., van Wijk, N.P.L., Byrne, D., & Tillfors, M. (2018). Development of a Shortened Version of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-S): construct validity and sex invariance in a large sample of Swedish adolescents. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 6(1), 4-15.
- Bjørnsen, H.N., Bjørnebekk, G. & Brandmo, C. (2024). Schools as a Source of Mental Health Literacy: Adjusting and Validating a Mental Health Literacy Scale. *Health Promotion Practice*, 25(3), 391-398.
- Di Maggio, I., Ginevra, M.C., Nota, L. & Soresim S. (2016). Development and validation of an instrument to assess future orientation and resilience in adolescence. *Journal of Adolescence*, 51, 114-122.
- GUS. *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia*. Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2024. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2023-r-stand-w-dniu-31-12,6,36.html> [dostęp: 10.12.2024].

- Inchley, J., Currie, D., Samdal, O., Jåstad, A., Cosma, A. & Nic Gabhainn, S. (eds). (2023). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2021/22 survey*. Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, Glasgow.
- Haugen, A.L.H., Riiser, K., Esser-Noethlichs, M. & Hatlevik, O.E. (2022). Developing Indicators to Measure Critical Health Literacy in the Context of Norwegian Lower Secondary Schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3116.
- Marsh, A.D., Moller, A.B., Saewyc, E., Adebayo, E., Akwara, E., Azzopardi, P., Ba, M.G., Baltag, V., Bose, K., Burrows, S., Carvajal, L., Dastgiri, S., Fagan, L., Ferguson, J., Friedman, H.S., Giyava, C., Hagell, A., Inchley, J., Jackson, D., Kågesten, A.E., Mangombe, A., Morgan, A., Newby, H., Schultz, L., Sommer, M., Speizer, I., Tang, K. & Guthold R. (2022). Priority Indicators for Adolescent Health Measurement – Recommendations From the Global Action for Measurement of Adolescent Health (GAMA) Advisory Group. *Journal of Adolescent Health*, 71(4), 455C465.
- Mastorci, F., Lazzeri, M.F.L., Vassalle, C. & Pingitore A. (2024). The Transition from Childhood to Adolescence: Between Health and Vulnerability. *Children (Basel)*, 11(8), 989.
- Paakkari, O., Kulmala, M., Lyyra, N., Torppa, M., Mazur, J., Boberova, Z. & Paakkari, L. (2023). The development and cross-national validation of the short health literacy for school-aged children (HLSAC-5) instrument. *Scientific Reports*, 13(1), 18769.
- Pisarska, A., Eisman, A., Ostaszewski, K. & Zimmerman M.A. (2106). Alcohol and Cigarette Use Among Warsaw Adolescents: Factors Associated With Risk and Resilience. *Substances Use and Misuse*, 51(10), 1283-1296.
- Prochaska, J.J., Sallis, J.F. & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(5), 554-559.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. & European KIDSCREEN Group (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research*, 16(8), 1347-1356.
- Ross, D.A., Hinton, R., Melles-Brewer, M., Engel, D., Zeck, W., Fagan, L., Herat, J., Phaladi, G., Imbago-Jácome, D., Anyona, P., Sanchez, A., Damji, N., Terki, F., Baltag, V., Patton, G., Silverman, A., Fogstad, H., Banerjee, A. & Mohan A. (2020). Adolescent Well-Being: A Definition and Conceptual Framework. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 472-476.
- Stevens, G.W.J.M. (2024). Editorial: Adolescent mental health in a rapidly changing world. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(12), 1551-1553.
- Torsheim, T., Cavallo, F., Levin, K.A., Schnohr, C., Mazur, J., Niclasen, B., Currie, C. & FAS Development Study Group (2016). Psychometric validation of the revised family affluence scale: a latent variable approach. *Child Indicators Research*, 9(3), 771-784.
- Van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J. & Valkenburg, P.M. (2016). The Social Media Disorder Scale: Validity and psychometric properties. *Computers in Human Behavior*, 61, 478-487.
- Zimbardo, P.G. & Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1288.

SPOŁECZNY KONTEKST ZDROWIA MŁODZIEŻY

W tej części raportu zwrócono uwagę na rodzinę, szkołę i grupę rówieśniczą jako środowiska kluczowe dla rozwoju dzieci i młodzieży. Koresponduje ona z rozdziałem na temat wsparcia społecznego ze strony rodziny oraz kolegów lub koleżanek, zamieszczonym w następnej części. W rozdziale dotyczącym rodziny skoncentrowano się na ocenie warunków życia, włączając oprócz kwestii zamożności tematy bardzo istotne w województwie lubuskim, jak dojazdy do szkoły starszych uczniów oraz pracę rodziców za granicą. Omawiając środowisko szkolne, zwrócono uwagę na klimat szkoły, stres szkolny i ogólne przystosowanie do szkoły. Rozdział na temat edukacji seksualnej dotyczy tego, co może zaoferować rodzina, szkoła oraz otoczenie, w tym współczesne media. Częściowo więc zarówno ta część, jak i ostatnia na temat zachowań związanych ze zdrowiem akcentuje szanse i zagrożenia związane z korzystaniem z mediów. Z kolei osiągnięcia w nauce korespondują z rozdziałem na temat kompetencji zdrowotnych, a pewne elementy oceny środowiska szkolnego można znaleźć też w rozdziale na temat autonomii uczniów.

Zbigniew Izdebski
Joanna Mazur

ŚRODOWISKO SZKOLNE

Wprowadzenie

Szkoła jest drugim po rodzinie środowiskiem wpływającym na zdrowie dzieci i młodzieży oraz ich szanse rozwojowe. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) od prawie 40 lat wdraża ideę Szkół Promujących Zdrowie, co obecnie w krajach europejskich ma postać inicjatywy wspieranej przez niezależną fundację School for Health in Europe (SHE) (<https://www.schoolsforhealth.org>). W Polsce szkoły oraz obecnie także przedszkola promujące zdrowie działają od ponad 30 lat. Według założeń tej inicjatywy należy kłaść nacisk na: uwzględnienie zdrowia w polityce i całościowej koncepcji szkoły, kształtowanie odpowiedniego środowiska fizycznego i psychospołecznego, rozwijanie u uczniów i pracowników szkoły kompetencji zdrowotnych, odpowiednią współpracę z otoczeniem (w tym rodzicami i środowiskiem lokalnym) oraz współpracę z pracownikami medycznymi zaangażowanymi w ochronę i promocję zdrowia populacji wieku rozwojowego (Woynarowska, Woynarowska-Sołdan, 2019; Bartelink i in., 2024).

W kwestionariuszu badań lubuskich szerzej scharakteryzowano wymienione w tytule rozdziału i opisane poniżej cztery obszary powiązane ze środowiskiem szkolnym, chociaż odniesienie do tego środowiska znajduje się też w innych rozdziałach raportu, szczególnie w kontekście edukacji zdrowotnej, w tym kształtowania kompetencji zdrowotnych w procesie edukacji.

Pierwszy obszar tematyczny dotyczy osiągnięć w nauce. Mogą być one dobrym prognostykiem docelowego wykształcenia danej osoby, a przez to ich analiza wpisuje się w obszar badania społecznych nierówności w zdrowiu. Szkoły powinny stwarzać warunki równego dostępu do nauki dzieciom i młodzieży z różnych środowisk, a system

edukacji może działać w kierunku wyrównywania szans, ale też potęgowania nierówności społecznych (Zajacova i Lawrence, 2018). W różnych opracowaniach wykazano związek między lepszymi osiągnięciami w nauce a poprawą dobrostanu i zachowań zdrowotnych uczniów, a zależność ta jest dwukierunkowa (Pulimeno i in., 2020; Lederer i in., 2024).

Drugi obszar tematyczny jest powiązany z pojęciem klimatu szkoły jako postrzegania przez uczniów fizycznego i społecznego środowiska szkolnego, jego bezpieczeństwa, jak również poczucia przynależności do społeczności szkolnej. Krzysztof Ostaszewski (2012) definiuje klimat szkoły jako „sposób spostrzegania przez nauczycieli i uczniów środowiska swojej pracy lub nauki oraz wpływ tej percepcji na ich zachowania”. Klimat szkoły jest często analizowany na kontinuum od negatywnego (niekorzystnego) do pozytywnego (sprzyjającego), a podstawą pomiaru są odpowiednie skale. W licznych publikacjach prezentowano wyniki badań potwierdzających związek między klimatem szkoły a podejmowaniem i nasileniem zachowań ryzykownych (Daily i in., 2020) czy przemocą rówieśniczą (Wang i in., 2022). Obecnie prowadzone są podobne analizy związku z uzależnieniami od smartfonów, mediów społecznościowych czy gier komputerowych (Bozzato i Longobardi, 2024).

Trzeci obszar dotyczy stresu szkolnego. Stres powstaje w sytuacjach, kiedy stawiane przed jednostką wymagania przekraczają jej zdolność do radzenia sobie. Stresory edukacyjne wiążą się z dążeniem do osiągnięcia lepszych ocen w celu uzyskania dostępu do lepszej szkoły średniej lub szkolnictwa wyższego oraz z presją, aby zaspokoić ambicje rodziców. Wiele badań potwierdza nasilenie stresu szkolnego w kolejnych latach edukacji, szczególnie w okresie przejścia do szkoły średniej. W opracowaniach podkreślane są też znaczące różnice związane z płcią w reakcjach na stres edukacyjny, na niekorzyść dziewcząt, które prawdopodobnie silniej angażują się w naukę i gorzej znoszą niepowodzenia szkolne (Högberg, 2021). Obserwacje oparte na wynikach badań HBSC przeprowadzonych w latach 2002-2018 w 43 krajach (w tym w Polsce) wskazują na współwystępowanie pogorszenia stanu zdrowia psychicznego uczniów z rosnącą presją edukacyjną. Traktowana jest ona jako jeden z czterech kluczowych czynników, których nie można pominąć w debacie na temat kryzysu zdrowia psychicznego współczesnej młodzieży. Pozostałe to: zmiana modelu rodziny, ekspansja internetu i mediów społecznościowych oraz rosnące zagrożenie otyłością (Boer i in., 2023).

Ostatnim analizowanym zagadnieniem jest ogólne zadowolenie ze szkoły. Jest miarą doświadczanego nastroju, entuzjazmu lub nudy, wiążąc się z koncepcjami wyjaśniającymi zaangażowanie uczniów, w tym z zainteresowaniem nauką, pasją uczenia się, poczuciem przynależności do społeczności szkolnej (Horanicova i in., 2022). Wyróżnia się bieżące i odległe skutki niezadowolenia ze szkoły. Przede wszystkim sprzyja ono opuszczaniu zajęć szkolnych (wagarom), częstszemu podejmowaniu zachowań

ryzykownych oraz pogorszeniu stanu zdrowia psychicznego. W dalszej perspektywie może rzutować na zmniejszenie szans na dającą satysfakcję pracę w dorosłym życiu, a w konsekwencji na mobilność społeczną i ekonomiczną (Boen i in., 2020).

Warto dodać, że na tle danych międzynarodowych z badań HBSC, wiele wskaźników oceny środowiska szkolnego kształtuje się w Polsce na bardzo niekorzystnym poziomie (Badura i in., 2024). Polscy uczniowie częściej odczuwają presję związaną z nauką oraz bardzo niekorzystnie oceniają relacje z nauczycielami i rówieśnikami w klasie szkolnej. Z kolei odsetek lubiących szkołę jest ogólnie niski we wszystkich krajach, przy czym paradoksalnie w Polsce jest relatywnie większy. Tym ważniejsze wydaje się uzyskanie diagnozy na poziomie województwa czy powiatu. Pozwala ona ocenić, czy pewne niekorzystne zjawiska, widoczne w skali całego kraju, lokalnie jeszcze się nie pogłębiają.

Zmienne i wskaźniki

Charakteryzując środowisko szkoły, włączono do kwestionariusza badań realizowanych w województwie lubuskim osiem pytań zamieszczonych wcześniej w polskiej wersji kwestionariusza badań HBSC 2022 oraz jedno pochodzące z kwestionariusza KIDSCREEN-27.

Osiągnięcia szkolne

Uczniom zadano pytanie: *Co Twoim zdaniem Twój nauczyciel (nauczyciele) sądzi (sądzą) o Twoich wynikach w nauce i innych osiągnięciach w szkole w porównaniu z innymi uczniami w klasie?* z czterema kategoriami odpowiedzi: *bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej*. Pytanie to przez wiele lat zamieszczane było w protokole badań HBSC, mimo pełnej świadomości jego wad. Międzynarodowe badania walidacyjne wykazały jednak silny związek między udzielanymi odpowiedziami a obiektywnie mierzonymi wynikami w nauce (Felder-Puig i in., 2012). Zdecydowano zaprezentować wyniki wg pełnego zakresu odpowiedzi, a w zestawieniach wg powiatów zwrócono uwagę na częstotść udzielania obu odpowiedzi skrajnych.

Klimat społeczny szkoły

Do kwestionariusza badań lubuskich włączono cztery pytania z części obowiązkowej protokołu HBSC określające postrzeganie relacji między uczniami oraz między nauczycielami a uczniami. W protokołach kolejnych rund badań HBSC posługiwano się dwoma niezależnymi skalami, zawierającymi po cztery itemy. Badania walidacyjne przeprowadzono w Norwegii (Torsheim i in., 2000). Do badań lubuskich wybrano itemy o najsilniejszych ładunkach czynnikowych w obu skalach. Młodzież miała za zadanie ustosunkować się do następujących stwierdzeń: *uczniowie w mojej klasie lubią przebywać ze sobą, większość uczniów w mojej klasie to osoby życzliwe i chętne do pomocy, mam*

poczucie, że moi nauczyciele akceptują mnie takim, jakim jestem, mam wiele zaufania do moich nauczycieli. Udzielano odpowiedzi na skali Likerta od *zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie się nie zgadzam*. Po odwrotnym przekodowaniu odpowiedzi zbudowano skalę o zakresie od 0 do 16 punktów, gdzie wysoka punktacja oznacza lepszy klimat szkoły. Punkty odcięcia określające poziom niekorzystny, przeciętny i korzystny zostały przyjęte umownie (6/7 o 10/11 punktów). Przy takim podziale możemy wnioskować o różnicach zależnych od płci, wieku czy powiatu lokalizacji szkoły, pamiętając jednak, że wnioskowanie nie zależy od obiektywnych zewnętrznych kryteriów oceny klimatu szkoły takim narzędziem. Nie jest więc wynikiem rozstrzygającym o poziomie deficytów. Wybrane pytania można traktować jako jeden skrócony indeks, tworzą one skalę homogeniczną, charakteryzującą się akceptowalną rzetelnością wg współczynnika Cronbacha (0,693).

Stres związany z nauką

W protokole badań HBSC 2021/22 uwzględniono jako pakiet opcjonalny skróconą wersję skali Adolescent Stress Questionnaire (ASQ) w wersji pochodzącej z badań szwedzkich (Anniko i in., 2018). Skala ta ma trzy wymiary: stres związany z wynikami w szkole, stres związany z niepewnością przyszłości i stres związany z konfliktem między zajęciami szkolnymi a spędzaniem czasu wolnego. Do badań młodzieży lubuskiej włączono tylko trzy pytania z pierwszego z tych modułów, ponieważ pozostałe zagadnienia były zaakcentowane w innych częściach kwestionariusza. W świetle dostępnej wiedzy jest to pierwsze zastosowanie takiego narzędzia w Polsce. Zgodnie z nowym protokołem HBSC uczniom zadano pytanie wprowadzające: *Jak bardzo stresujące były dla Ciebie te sytuacje w ciągu ostatnich 6 miesięcy?* Oceniono następujące trzy źródła stresu szkolnego: uczenie się niezrozumiałych rzeczy, zbyt wysokie oczekiwania nauczycieli oraz konieczność bycia na bieżąco i nadążania z nauką w szkole. Młodzież określała poziom stresu na skali pięciopunktowej, od *to wcale nie było stresujące (lub nie było takiej sytuacji)* do *bardzo stresujące*. Zbudowano skalę sumaryczną przyjmującą zakres od 0 do 12 punktów. Została ona umownie podzielona na trzy przedziały określające niski (0-3 punkty), przeciętny (4-9) i wysoki (10 do 12 punktów) poziom stresu szkolnego związanego z nauką. Analiza psychometryczna tej krótkiej skali wskazuje na jej homogeniczność i dobrą rzetelność wg współczynnika Cronbacha (0,812).

Zadowolenie ze szkoły

Posłużono się pojedynczym pytaniem z kwestionariusza KIDSCREEN-27, które zastępuje podobne pytanie z protokołu HBSC. Uczniowie z perspektywy ostatniego tygodnia oceniali, jak bardzo byli zadowoleni, będąc w szkole. Pięć kategorii odpowiedzi przekodowano na trzy, co odpowiada niskiemu (wcale + trochę), przeciętnemu (średnio) i wysokiemu (bardzo + ogromnie) poziomowi zadowolenia.

Wyniki

Osiągnięcia szkolne

W tabeli 4 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące osiągnięć szkolnych wg wieku i płci ankietowanych. Wiek jest ważnym czynnikiem różnicującym, a percepcja osiągnięć szkolnych zmienia się wraz z wiekiem u obu płci. Nie jest to jednak systematyczne pogorszenie. Najlepiej oceniają swoje osiągnięcia uczniowie VII klasy szkoły podstawowej, a najgorzej uczniowie I klasy liceum ogólnokształcącego lub technikum. W najstarszej grupie wieku ocena wyników w nauce się poprawia w porównaniu z początkiem nauki w szkołach ponadpodstawowych. Większy odsetek chłopców niż dziewcząt uważa, że ich wyniki w nauce są poniżej przeciętnej. Odsetek ocen poniżej przeciętnej waha się od 7,6% u 13-letnich dziewcząt do 11,7% u 17-letnich chłopców. Odsetek ocen bardzo dobrych waha się od 11,4% u 15-latków obojga płci do 21,6% u 13-letnich dziewcząt. Po stratyfikacji na klasę szkolną różnice związane z płcią się niwelują, a jedynie w najmłodszej grupie wieku jest zauważalna różnica w odsetku ocen bardzo dobrych.

Tabela 4. Rozkład procentowy wyników w nauce i innych osiągnięć szkolnych w porównaniu z innymi uczniami w klasie w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9356)

Klasa	Płeć	Wyniki w nauce i osiągnięcia szkolne (%)			
		poniżej przeciętnej	przeciętne	dobrze	bardzo dobre
VII klasa szkoły podstawowej	Chłopiec	9,4	34,6	38,0	18,0
	Dziewczyna	7,6	34,5	36,3	21,6
I klasa szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	10,5	44,1	34,0	11,4
	Dziewczyna	8,4	44,7	35,5	11,4
III klasa szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	11,7	40,3	32,6	15,4
	Dziewczyna	7,9	40,6	36,9	14,6

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 11,0$; $df = 3$; $p = 0,012$; wiek: $\chi^2 = 120,9$; $df = 6$; $p < 0,001$.

Tabela 5. Rozkład procentowy wyników w nauce i innych osiągnięć szkolnych w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9345)

Powiat	Wyniki w nauce i osiągnięcia szkolne (%)			
	poniżej przeciętnej	przeciętne	dobrze	bardzo dobre
m. Gorzów Wielkopolski	8,2	41,5	35,5	14,8
m. Zielona Góra	9,6	36,7	36,1	17,6
gorzowski	13,0	39,8	31,8	15,4
krośnieński	11,1	39,3	35,7	13,9

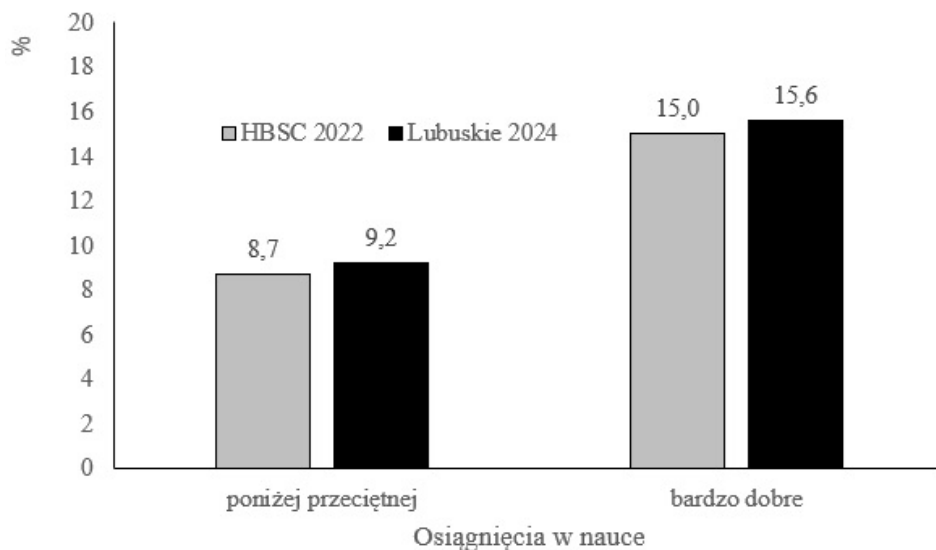
Powiat	Wyniki w nauce i osiągnięcia szkolne (%)			
	poniżej przeciętnej	przeciętne	dobrze	bardzo dobrze
międzyrzecki	6,6	43,1	37,2	13,1
nowosolski	8,9	42,5	34,9	13,7
słubicki	11,5	39,6	34,4	14,5
strzelecko-drezdenecki	10,5	44,9	29,5	15,1
sulęciński	8,6	38,1	38,2	15,1
świebodziński	8,9	34,5	40,1	16,5
wschowski	7,4	45,3	30,9	16,4
zielonogórski	9,5	36,6	35,2	18,7
żagański	11,4	36,4	34,7	17,5
żarski	8,0	38,9	36,8	16,3

Stwierdzono również różnice w rozkładzie odpowiedzi na analizowane pytanie uczniów uczęszczających do szkół w różnych powiatach. W tabeli 5 zamieszczono zestawienie danych powiatowych oparte na danych wystandaryzowanych na wiek i płeć. Odsetek oceny poniżej przeciętnej waha się od 6,6% w powiecie międzyrzeckim, do 13,0% w powiecie gorzowskim. Rozpiętość między odsetkami ocen bardzo dobrych jest tylko niewiele mniejsza – od 13,1% w powiecie międzyrzeckim do 18,7% w powiecie zielonogórskim.

Dane uzyskane w próbie ogólnopolskiej uczniów w wieku 13-17 lat ankietowanych w ramach badań HBSC 2022 wskazują na bardzo zbliżone rozkłady (ryc. 3). Nie potwierdzono tu różnic statystycznie istotnych wg testu proporcji ($p = 0,317$ dla wskaźnika negatywnego i $p = 0,338$ dla wskaźnika pozytywnego).

Klimat społeczny szkoły

Dane przedstawione w tabeli 6 dotyczą zróżnicowania oceny klimatu szkoły wg płci i wieku ankietowanych uczniów z województwa lubuskiego. Płeć jest tu silniejszym czynnikiem różnicującym niż wiek. Odsetek ocen niekorzystnych jest szczególnie wysoki w grupie dziewcząt z VII klas szkół podstawowych oraz z III klas szkół ponadpodstawowych. We wszystkich grupach wieku chłopcy lepiej niż dziewczęta oceniają relacje społeczne w szkole. Relatywna poprawa oceny klimatu szkoły następuje przy przejściu do szkoły ponadpodstawowej, ale już w trzecich klasach jest mniej ocen pozytywnych niż w klasach pierwszych.



Rycina 3. Porównanie rozkładu wyników w nauce młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

Tabela 6. Rozkład procentowy wyników oceny klimatu szkoły w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9281)

Klasa	Płeć	Ocena klimatu szkoły (%)		
		niekorzystna	przeciętna	korzystna
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	21,2	46,0	32,8
	Dziewczyna	36,2	45,0	18,8
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	19,1	46,8	34,1
	Dziewczyna	28,5	51,6	19,9
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	19,8	48,6	31,6
	Dziewczyna	35,2	47,5	17,3

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 323,0$; df = 2; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 25,7$; df = 4; $p < 0,001$.

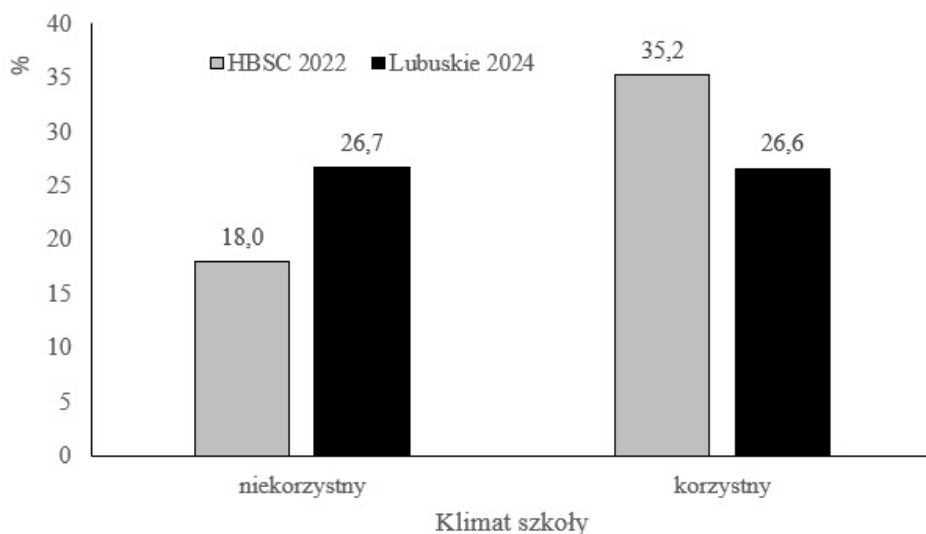
Poszczególne powiaty różnią się pod względem rozkładu odpowiedzi na pytania dotyczące klimatu szkoły (tab. 7).

Tabela 7. Rozkład procentowy wyników oceny klimatu szkoły w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9267)

Powiat	Ocena klimatu szkoły (%)		
	niekorzystna	przeciętna	korzystna
m. Gorzów Wielkopolski	26,2	49,0	24,8
m. Zielona Góra	25,5	49,4	25,1
gorzowski	28,3	39,1	32,6
krośnieński	25,6	49,8	24,6
międzyrzecki	26,1	45,6	28,3
nowosolski	29,9	43,5	26,6
ślubicki	29,4	49,4	21,2
strzelecko-drezdenecki	30,2	48,2	21,6
sulęciński	27,0	44,7	28,3
świebodziński	26,5	47,4	26,1
wschowski	23,0	49,1	27,9
zielonogórski	25,5	49,0	25,5
żagański	26,1	45,1	28,8
żarski	26,5	49,3	24,2

Odsetek ocen umownie zakwalifikowanych niekorzystnych waha się od 23,0% w powiecie wschowskim do 30,2% w powiecie strzelecko-drezdeneckim. Odsetek ocen korzystnych waha się od 21,2% w powiecie ślubickim do 32,6% w powiecie gorzowskim. Potwierdzono testowaniem statystycznym różnice między powiatami ($p = 0,005$), ale najbardziej odstają od oczekiwanego rozkładu odpowiedzi w powiatach gorzowskim, nowosolskim i ślubickim. W powiecie gorzowskim można zauważyć przesunięcie ocen przeciętnych w kierunku pozytywnych, w powiecie nowosolskim mniejszy od oczekiwanego udział ocen przeciętnych, a w powiecie ślubickim mniejszy od oczekiwanego udział ocen najkorzystniejszych.

Na rycinie 4 porównano bieżące wyniki w województwie lubuskim z wynikami badań HBSC sprzed dwóch lat. Można zauważyć znaczące różnice na niekorzyść województwa lubuskiego, co się wyraża zarówno wyższym odsetkiem negatywnej oceny klimatu szkoły, jak i niższym odsetkiem pozytywnego oceniania relacji między uczniami oraz między uczniami i nauczycielami. Są to różnice statystycznie istotne ($p < 0,001$). W próbie ogólnopolskiej silniej reprezentowane były szkoły, których klimat był bardzo pozytywnie oceniany przez uczniów.



Rycina 4. Porównanie rozkładu wyników oceny klimatu szkoły młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

Stres związany z nauką

W tabeli 8 porównano obciążenie stresem szkolnym w sześciu grupach wyróżnionych ze względu na wiek i płeć. Dziewczeta dużo częściej niż chłopcy zgłaszały symptomy znacznego stresu związanego z nauką oraz odpowiednio rzadziej niski poziom stresu. Różnice związane z płcią dotyczą wszystkich trzech grup wieku. Związek odczuwanego stresu szkolnego z wiekiem jest lepiej widoczny u dziewcząt ($p = 0,022$) niż u chłopców, gdzie nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między grupami wieku ($p = 0,200$). Ogólnie w kolejnych analizowanych rocznikach odsetek uczniów deklarujących wysoki poziom stresu szkolnego systematycznie się zwiększa.

Tabela 8. Rozkład procentowy wyników stresu szkolnego w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; $N = 9303$)

Klasa	Płeć	Poziom stresu szkolnego (%)		
		niski	przeciętny	wysoki
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	37,7	48,4	13,9
	Dziewczyna	17,4	53,6	29,1
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	34,8	51,0	14,2
	Dziewczyna	15,5	52,1	32,4
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	37,1	47,0	16,0
	Dziewczyna	16,2	49,5	34,3

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 654,7$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 25,2$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Tabela 9. Rozkład procentowy wyników stresu szkolnego w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9294)

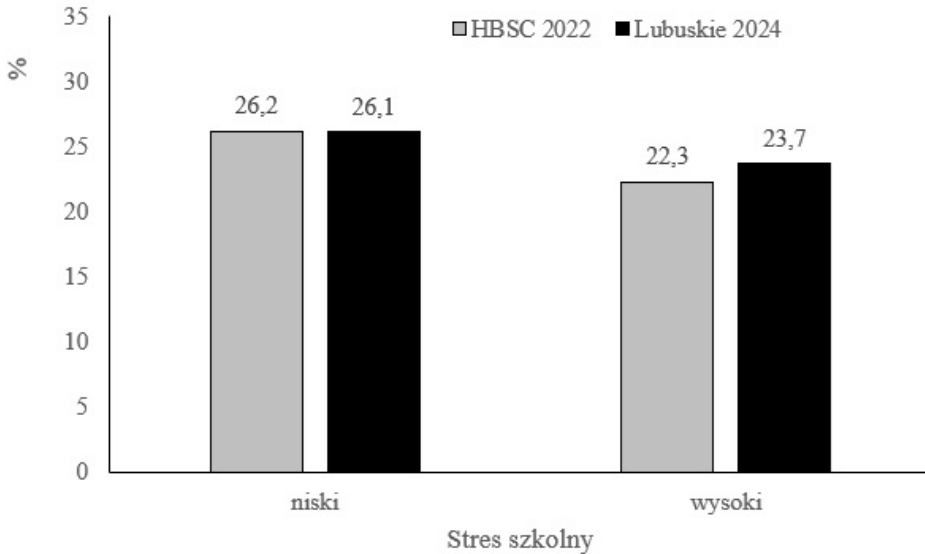
Powiat	Poziom stresu szkolnego (%)		
	niski	przeciętny	wysoki
m. Gorzów Wielkopolski	27,5	49,3	23,2
m. Zielona Góra	25,4	49,9	24,7
gorzowski	26,0	43,9	30,1
krośnieński	23,2	52,2	24,6
międzyrzecki	27,3	48,5	24,2
nowosolski	25,9	50,5	23,6
słubicki	24,0	50,3	25,7
strzelecko-drezdenecki	22,6	52,5	24,9
sulęciński	27,1	54,3	18,6
świebodziński	25,0	54,7	20,3
wschowski	26,3	53,7	20,0
zielonogórski	27,3	47,9	24,8
żagański	26,2	50,4	23,4
żarski	27,2	50,9	21,9

W tabeli 9 porównano 14 powiatów (łącznie z miastami na prawach powiatu) województwa lubuskiego pod względem rozkładu umownie skategoryzowanych indeksów stresu związanego z nauką. Odsetek uczniów odczuwających niski poziom stresu waha się od 22,6% w powiecie strzelecko-drezdeneckim do 27,5% w Gorzowie Wielkopolskim. Z kolei wskaźnik wysokiego poziom stresu wykazuje większą rozpiętość i waha się od 18,6% w powiecie sulęcińskim do 30,1% w powiecie gorzowskim. Testowanie statystyczne nie potwierdziło różnic między powiatami pod względem analizowanego rozkładu, choć wynik jest graniczny ($p = 0,062$).

Uczniowie ze szkół lubuskich ankietowani w 2024 r. podobnie oceniali poziom stresu związanego z nauką jak ich rówieśnicy z ogólnopolskiej próby HBSC 2022 (ryc. 5).

Zadowolenie ze szkoły

Wykazano, że ponad połowa ankietowanych uczniów (54,5%) nie jest zadowolona z przebywania w szkole, a jedynie co siódmy (14,1%) wykazuje znaczny poziom zadowolenia. Co więcej, w grupie zakwalifikowanych do niezadowolonych 34,1% zakreśliło odpowiedź „wcale”, a 20,4% uznało, że byli „trochę” zadowoleni, będąc w szkole w ostatnim tygodniu.



Rycina 5. Porównanie rozkładu wyników stresu szkolnego młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

Tabela 10. Rozkład procentowy wyników bieżącego zadowolenia ze szkoły w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9303)

Klasa	Płeć	Poziom zadowolenia ze szkoły (%)		
		niski	przeciętny	wysoki
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	53,2	29,5	17,3
	Dziewczyna	57,6	29,8	12,6
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	46,1	34,9	19,0
	Dziewczyna	52,5	32,8	14,7
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	56,6	29,2	14,2
	Dziewczyna	62,3	30,1	7,6

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 53,3$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 71,3$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące zadowolenia ze szkoły różni się ze względu na płeć i wiek ankietowanych uczniów (tab. 10). We wszystkich grupach wieku dziewczęta oceniają swój ogólny stosunek do szkoły gorzej niż chłopcy. W grupie dziewcząt z III klas szkół ponadpodstawowych zanotowano najwyższy odsetek ocen niskich (62,3%) i dramatycznie niski odsetek ocen wysokich (7,6%). Jest to grupa wieku, w której różnice związane z płcią są najsilniejsze. Związek z wiekiem jest nieliniowy, a najbardziej zadowoleni ze szkoły są uczniowie I klas szkół ponadpodstawowych,

mimo że we wcześniejszych analizach wykazano w tej grupie najwyższy odsetek gorzej oceniających swoje wyniki w nauce. Podobna zależność utrzymuje się u obu płci.

Dane zaprezentowane w tabeli 11 potwierdzają, że uczniowie szkół zlokalizowanych w poszczególnych powiatach różnią się istotnie pod względem bieżącego zadowolenia ze szkoły ($p = 0,002$). Odsetek niezadowolonych wahał się od 50,7% w powiecie wschowskim do 66,4% w powiecie strzelecko-drezdeneckim. Z kolei odsetek uczniów reprezentujących wysoki poziom zadowolenia przyjmował zakres od 10,9% w powiecie strzelecko-drezdeneckim do 16,6% w powiecie ślubickim. Powiat strzelecko-drezdenecki ma rozkład odpowiedzi najbardziej odstający na niekorzyść od średniej wojewódzkiej. Ale warto też zwrócić uwagę na powiat krośnieński, w którym zanotowano nadwyżkę ocen niskich przy mniejszym udziale ocen przeciętnych, oraz żagański z bardzo niskim odsetkiem ocen wysokich. Z kolei uczniowie ze szkół z powiatu nowosolskiego, podobnie jak rówieśnicy z powiatu ślubickiego, byli na tle danych wojewódzkich bardziej zadowoleni z przebywania w szkole.

Tabela 11. Rozkład procentowy wyników bieżącego zadowolenia ze szkoły w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; $N = 9294$)

Powiat	Poziom zadowolenia ze szkoły (%)		
	niski	przeciętny	wysoki
m. Gorzów Wielkopolski	55,7	31,0	13,2
m. Zielona Góra	53,5	31,7	14,8
gorzowski	56,0	29,5	14,5
krośnieński	59,6	25,5	14,8
międzyrzecki	52,4	32,6	15,1
nowosolski	53,5	30,0	16,5
ślubicki	51,6	31,8	16,6
strzelecko-drezdenecki	66,4	22,7	10,9
sulęciński	59,0	28,2	12,8
świebodziński	54,8	29,9	15,3
wschowski	50,7	34,0	15,3
zielonogórski	51,8	35,2	13,0
żagański	58,0	30,8	11,2
żarski	53,5	33,8	12,7

Podsumowanie różnic między powiatami

Na rycinie 6 przedstawiono mapę województwa lubuskiego według uśrednionej percepcji środowiska szkolnego przez uczniów, opierając się na czterech negatywnych

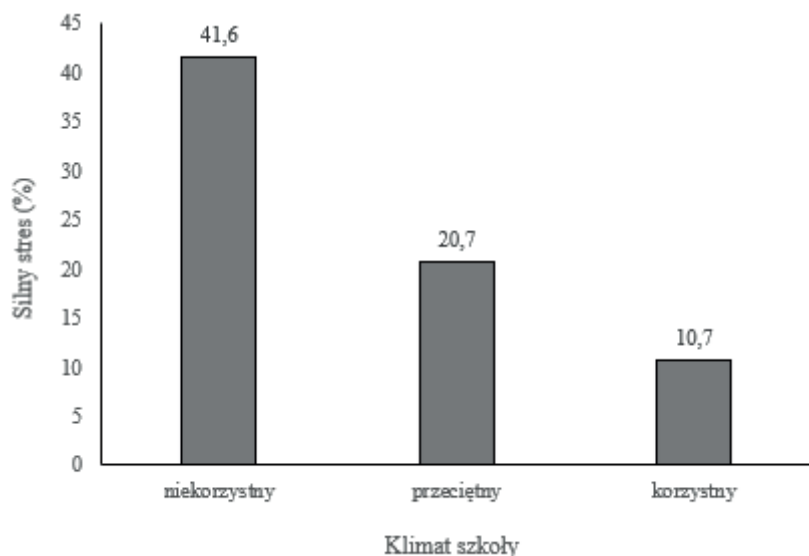


Rycina 6. Porównanie oceny środowiska szkolnego w powiatach według rang

wskaźnikach oszacowanych z założeniem jednakowej struktury uczniów wg płci i wieku. Wyróżniono po pięć powiatów z najgorszymi i najlepszymi ocenami oraz cztery przeciętne. Zdecydowanie najgorzej oceniali swoje funkcjonowanie w szkole uczniowie z powiatu strzelecko-drezdeneckiego oraz gorzowskiego. Na drugim biegunie znalazł się powiat wschowski, który zawsze osiągał pierwsze lub drugie miejsce w odniesieniu do poszczególnych wskaźników.

Klimat społeczny szkoły a stres związany z nauką

Na koniec warto zwrócić uwagę na wzajemne powiązania między trzema elementami oceny środowiska szkolnego przez uczniów województwa lubuskiego. Po pierwsze, wraz z poprawą postrzegania klimatu szkoły zmniejsza się odsetek odczuwających znaczny stres związany z nauką (ryc. 7). Po drugie, wraz z poprawą klimatu szkoły zmniejsza się odsetek uczniów uważających, że ich osiągnięcia w nauce są poniżej przeciętnej. I tu również jest zależność liniowa. W przypadku niekorzystnej, przeciętnej i korzystnej oceny klimatu szkoły odsetki uczniów z dużymi problemami w nauce wynoszą odpowiednio: 17,7%, 7,3% oraz 3,8%. Po trzecie, wraz z poprawą klimatu szkoły zwiększa się odsetek uczniów deklarujących obecne zadowolenie z przebywania w szkole (odpowiednio 6,3%, 11,1% oraz 29,5% bardzo zadowolonych w kolejnych kategoriach oceny klimatu społecznego szkoły). Należy jednak przeprowadzić pogłębioną analizę wzajemnych zależności z uwzględnieniem kolejnych czynników.



Rycina 7. Odsetek uczniów z województwa lubuskiego odczuwających silny stres szkolny w zależności od ich percepcji klimatu szkoły

Podsumowanie

- **Niepokojące wskaźniki:** ponad połowa (54,5%) ankietowanych uczniów nie wykazuje zadowolenia z przebywania w szkole, a tylko co szósty ankietowany (15,6%) uważa, że jest bardzo dobrym uczniem.
- **Specyfika grup wieku:** ocena osiągnięć szkolnych pogarsza się w momencie przejścia do szkoły ponadpodstawowej, po czym poprawia się w III klasach tych szkół. Ponadto poziom odczuwanego stresu szkolnego jest większy w szkołach ponadpodstawowych i nieznacznie zwiększa się między I a III klasą tego typu szkół. Ale równocześnie po przejściu do szkoły ponadpodstawowej uczniowie deklarują większe zadowolenie z przebywania w szkole oraz lepiej oceniają klimat społeczny szkoły.
- **Zróżnicowanie ze względu na płeć:** niepokojącym faktem jest bardzo wysoki poziom stresu szkolnego w ocenie dziewcząt w porównaniu z chłopcami oraz ich ogólne niezadowolenie z przebywania w szkole.
- **Zróżnicowanie regionalne:** czynnikiem silnie różnicującym powiaty jest ocena klimatu szkoły w aspekcie postrzeganego wsparcia ze strony innych kolegów i koleżanek z klasy oraz relacji uczniów z nauczycielami. Uczniowie szkół zlokalizowanych w poszczególnych powiatach znacząco różnią się pod względem poziomu zadowolenia z przebywania w szkole.
- **Związek między analizowanymi czynnikami:** odczuwane obciążenie stresem szkolnym wykazuje silny związek z klimatem społecznym szkoły, jak również wraz z poprawą klimatu szkoły obniża się odsetek uczniów deklarujących gorsze osiągnięcia szkolne.
- **Porównanie z próbą ogólnopolską:** porównanie z próbą ogólnopolską uczniów z tych samych roczników szkolnych wskazuje jedynie na różnice w ocenie klimatu szkoły przy bardzo podobnym rozkładzie odpowiedzi na pytania dotyczące osiągnięć szkolnych uczniów i obciążenia stresem związanym z nauką.

Bibliografia

- Anniko, M.K., Boersma, K., van Wijk, N.P.L., Byrne, D., & Tillfors, M. (2018). Development of a Shortened Version of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-S): construct validity and sex invariance in a large sample of Swedish adolescents. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 6(1), 4-15.
- Badura, P., Eriksson C., García-Moya, I., Löfstedt, P., Melkumova, M., Sotiroska, K., Wilson, M., Brown, J., Inchley, J. (2024). A focus on adolescent social contexts in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey, Vol. 7, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Bartelink, N., van Assema, P., Vennegoor, G., & Bessems, K. (2024). Implementation of the Health Promoting School Approach in Europe: A Cross-Sectional Study Among National Representatives. *Journal of School Health*, 94(10), 975-984.
- Boen, C.E., Kozlowski, K., Tyson, K.D. (2020). "Toxic" schools? How school exposures during adolescence influence trajectories of health through young adulthood. *SSM Population Health*, 11, 100623.
- Boer, M., Cosma, A., Twenge, J.M., Inchley, J., Jeriček Klanšček, H., & Stevens, G.W.J.M. (2023). National-Level Schoolwork Pressure, Family Structure, Internet Use, and Obesity as Drivers of Time Trends in Adolescent Psychological Complaints Between 2002 and 2018. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(10), 2061-2077.
- Bozzato, P., & Longobardi, C. (2024). School climate and connectedness predict problematic smartphone and social media use in Italian adolescents. *International Journal of School; Educational Psychology*, 12(2), 83-95.
- Daily, S.M., Mann, M.J., Lilly, C.L., Bias, T.K., Smith, M.L., & Kristjansson, A.L. (2020). School Climate as a Universal Intervention to Prevent Substance Use Initiation in Early Adolescence: A Longitudinal Study. *Health Education & Behavior*, 47(3), 402-411.
- Felder-Puig, R., Griebler, R., Samdal, O., King, M.A., Freeman, J., & Duer, W. (2012). Does the school performance variable used in the International Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) Study reflect students' school grades? *Journal of School Health*, 82(9), 404-9.
- Högberg, B. (2021). Educational stressors and secular trends in school stress and mental health problems in adolescents. *Social Science & Medicine*, 270, 113616.
- Horanicova, S., Husarova, D., Gecková, A.M., De Winter, A.F., Reijneveld, S.A. (2022). School Satisfaction and Its Associations with Health and Behavioural Outcomes among 15-Years Old Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11514.
- Lederer, A.M., Oswalt, S.B., Hoban, M.T., Rosenthal, M.N. (2024) Health-Related Behaviors and Academic Achievement Among College Students. *American Journal of Health Promotion*, 38(8), 1129-1139.
- Ostaszewski, K. (2012). Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży. *Edukacja*, 4(120), 22-38.
- Pulimeno, M., Piscitelli, P., Colazzo, S., Colao, A., & Miani, A. (2020). School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people. *Health Promotion Perspectives*, 10(4), 316-324.
- 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(2), 195-212.
- Wang, S., Eklund, L., & Yang, X. (2022). The Association Between Sexual Harassment and Mental Health Among Chinese College Students: Do Gender and Social Support Matter? *International Journal of Public Health*, 67, 1604922.
- Wojnarowska, B., & Wojnarowska-Soldan, M. (red.) (2019). *Szkoła Promująca Zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, wyd. 2, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Zajacova, A., & Lawrence, E.M. (2018). The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annual Review of Public Health*, 39, 273-289.

Katarzyna Porwit

UWARUNKOWANIA EKONOMICZNO-SPOŁECZNE ŚRODOWISKA RODZINNEGO

Wprowadzenie

Środowisko rodzinne istotnie wpływa na samopoczucie dzieci oraz kształtowanie się zachowań zdrowotnych. Wysoki status socjo-ekonomiczny rodziny jest jednym z czynników chroniących młodzież przed wpływem czynników ryzyka problemowych zachowań zdrowotnych (Garmezy i in., 1984). We wcześniejszych badaniach HBSC poziom zamożności rodziny silnie korelował z pozytywnymi wskaźnikami zdrowia. Młodzież z zamożnych rodzin lepiej oceniała swoje zdrowie, zadowolenie z życia i relacje z otoczeniem (Mazur i Małkowska-Szcutnik, 2018).

Wypracowane przez badaczy HBSC mierniki statusu socjo-ekonomicznego są dostosowane do percepcji świata przez nieletnich respondentów i bazują na pytaniach pośrednio opisujących kapitał ekonomiczny i społeczny rodziny. W badaniu lubuskim z sondażu HBSC zaczerpnięto m.in. dwa pakiety pytań – skalę zasobów materialnych rodziny i pakiet skupiający się na dzieciach z rodzin emigrantów oraz pojedyncze pytanie dotyczące czasu dojeżdżania do szkoły. Dodatkowo warunki życia można ocenić na podstawie pytań kwestionariusza KIDSCREEN traktujących o pieniądzach będących w dyspozycji młodzieży.

Odnosnie do migracji należy pamiętać, że mimo iż w ostatnich latach w Polsce zwiększyła się skala imigracji o charakterze czasowym, a od 2016 r. obserwowane jest w Polsce dodatnie saldo migracji na pobyt stały, to historycznie od czasu zaborów do przystąpienia do Unii Europejskiej Polska była krajem emigracji. Mimo iż najwyższą wartość wskaźnik salda migracji osiągnął w 2023 r., kiedy wynosił 6,8 tys. osób, to liczba ta stanowiła zaledwie 0,45% liczby Polaków przebywających w tym czasie za granicą

dłużej niż 12 miesięcy (GUS, 2024). Liczba wyjazdów z Polski wahała się w ostatnich latach (2021 – 12 tys., 2022 – 16,7 tys., 2023 – 9,9 tys.), a prognozy GUS przewidują, że w najbliższych latach liczba ta utrzyma się na poziomie od 9,6 do 24,5 tys. rocznie (Szaltys i in., 2023).

Emigranci nie zawsze przemieszczają się do kraju docelowego z całą rodziną. Ze względu na bariery prawne, niepewne warunki życia w kraju docelowym oraz wysokie koszty finansowe i społeczne życia na emigracji, często pozostawiają resztę rodziny, tj. współmałżonka, dzieci i rodziców, w kraju pochodzenia. Według CBOS w 2021 r. wyjazdu przynajmniej jednego z rodziców doświadczyło 17% uczniów przebywających w Polsce (Roguska, 2022). Ze względu na bliskość zachodniej granicy Polski, już w badaniu ogólnopolskim województwo lubuskie wyróżniało się udziałem rodziców migrujących za pracą. Według badania HBSC 2022 czasowej rozłąki z przynajmniej jednym rodzicem doświadczało 37,1% uczniów z województwa lubuskiego (wobec 26,3% w skali kraju).

O ile decyzja o migracji zarobkowej jest zazwyczaj podyktowana chęcią polepszenia warunków ekonomicznych rodziny, o tyle w świetle wyników dotychczasowych badań z różnych krajów wpływ migracji zarobkowej rodziców na zdrowie psychiczne dzieci nie jest jednoznaczny. Co ciekawe, wnioski płynące z Ameryki i Azji, gdzie emigracja rodziców miała silny negatywny wpływ na poczucie szczęścia dzieci i ich odporność na stres, różnią się od wyników w krajach Europy, gdzie migracja rodziców nie odgrywała tak znaczącej roli w kształtowaniu dobrostanu dzieci (Antia i in., 2020). Według wyników dotychczasowych badań dzieci pozostawione w kraju pochodzenia na czas emigracji rodzica (*left-behind children*) wykazują niższe poczucie własnej wartości (Dąbrowska i in., 2018), wyższy poziom depresji i samotności (Antia i in., 2020) oraz częstsze zachowania antyzdrowotne (Yang i in., 2016) niż dzieci, które nie doświadczyły takiej rozłąki. Wcześniejsze wyniki badań rodzin transnarodowych pokazują trudności w utrzymaniu więzi rodzinnych na odległość (Sokolowska, 2018), z czym może się wiązać mniejsze wsparcie rodziców rodzinach emigracyjnych (Tabak, 2017). Emigracja zarobkowa rodziców w dzieciństwie ma związek z niektórymi nieadaptacyjnymi przekonaniami młodzieży (Kaczuba, 2021).

Zmienne i wskaźniki

FAS

Jest to zobiektywizowany miernik zamożności rodzin stosowany w badaniach HBSC włączony do protokołu HBSC jako pakiet obowiązkowy. Pytania FAS skupiają się na różnych aspektach zamożności rodziny: liczbie posiadanych samochodów, komputerów,

pomieszczeń w domu (pokoju do wyłącznej dyspozycji badanego) i wyposażenia w sprzęt AGD (zmywarka), a także stylu życia (liczby wyjazdów na wakacje w ciągu roku). Obecnie HBSC posługuje się trzecią wersją skali przyjmującą wartości od 0 do 13. W pracy tej zastosowano punkty odcięcia zbieżne z międzynarodowymi rekomendacjami:

- 0-6 punktów – rodziny względnie biedne;
- 7-9 punktów – rodziny przeciętne;
- 10-13 punktów – rodziny względnie zamożne.

W zebranym materiale wszystkie pytania tworzą skalę homogeniczną, mającą jednak bardzo niską rzetelność (alfa Cronbacha 0,340). Niska rzetelność jest często wykazywana jako ograniczenie tego narzędzia, jednak w badaniach walidacyjnych podkreśla się silną korelację FAS z obiektywnymi miernikami dochodowymi (Corell i in., 2021). Na sześć pytań składowych skali FAS odpowiedziało 98,5% uczniów z badanej próby.

Własne pieniądze

Dodatkowo w module dotyczącym jakości życia związanej ze zdrowiem (KIDSCREEN-27) uczniom zadano pytanie, czy w ostatnim tygodniu mieli wystarczająco dużo pieniędzy na swoje wydatki (*nigdy, rzadko, dość często, bardzo często, zawsze*). Wartości skrajne połączono, otrzymując skalę trzystopniową (*rzadko, często, zawsze*). Na pytanie o własne pieniądze odpowiedziało 99,3% uczniów zakwalifikowanych do analiz.

Praca rodziców poza miejscem zamieszkania

W kwestionariuszu w części dotyczącej domu rodzinnego uczniom zadawano dwa pytania dotyczące oddzielenia od jednego lub obojga rodziców z powodu wyjazdów do pracy poza miejsce zamieszkania (*żaden z rodziców nie wyjeżdża nigdzie do pracy; oboje rodzice wyjeżdżają; tylko mama; tylko tata*). Uczniowie, którzy wskazali na wyjazdy rodziców poza miejsce zamieszkania, byli pytani o długości tej rozłąki (*cały czas są daleko, nie ma ich przez większość roku, nie ma ich przez kilka miesięcy z rzędu, nie ma ich przez kilka tygodni z rzędu, nie ma ich przez kilka dni z rzędu*). Uczniowie, którzy potwierdzili pracę rodziców poza miejscem zamieszkania, byli proszeni również o uszczegółowienie, czy chodzi o pracę rodzica (osobne pytania dla mamy i dla taty) za granicą, a jeśli tak, to w jakim kraju.

Na pierwsze pytanie dotyczące wyjazdów rodziców do pracy poza miejsce zamieszkania odpowiedziało 98,8% uczniów zakwalifikowanych do analiz, na pytanie dotyczące długości rozłąki odpowiadali tylko uczniowie jej doświadczający – 31,4% próby. Wyjazdy mamy dotyczyły 9,6% próby, a taty 28,9% i tylko tym osobom zadano pytanie o kraj pracy danego rodzica.

Dojazd do szkoły

W zrealizowanym badaniu uczniów województwa lubuskiego czas dojazdu do szkoły jest uznawany za miarę obciążenia ucznia, która może potęgować nasilenie wybranych dolegliwości psychosomatycznych, ograniczać czas wypoczynku i możliwości uczestniczenia w zajęciach pozaszkolnych. W innych badaniach (Brindley i in., 2023) wskazano na prozdrowotne działanie aktywnego transportu do szkoły (pieszo lub na rowerze). Odległość do szkoły mierzono tylko czasem dojazdu, pomijając rodzaj transportu. Uczniów zapytano, ile czasu zajmuje im zwykle droga z domu do szkoły (*mniej niż 5 minut, 6-15 minut, 16-30 minut, 31-60 minut, więcej niż godzinę*). Odpowiedzi przekodowano do skali trzystopniowej (*mniej niż 5 minut, 6-30 minut, więcej niż pół godziny*). Na pytanie dotyczące czasu dojazdu do szkoły odpowiedziało 99,8% uczniów zakwalifikowanych do analiz.

Wyniki

FAS

W całej próbie badania lubuskiego rodzin względnie zamożnych było średnio dwa razy mniej niż względnie ubogich (16,2% wobec 34,5%), a rodziny przeciętne stanowiły blisko połowę próby (49,3%). Zamożności rodziny nie rozpatruje się w korelacji z wiekiem czy płcią badanych dzieci. Natomiast można mówić o różnicach w ujęciu przestrzennym. Warto podkreślić, że dane obrazują tło społeczno-ekonomiczne szkół zlokalizowanych w danym powiecie, nie odnosząc się do powiatu zamieszkania ucznia.

Na podstawie danych z tabeli 12 można stwierdzić, że powiat krośnieński i nowosolski odnotowały istotnie najwyższy odsetek uczniów z rodzin względnie biedniejszych, wynoszący odpowiednio 40,2% i 39,1%, podczas gdy najniższy odsetek takich uczniów był w powiatach sulęcińskim (25,1%), ślubickim (28,2%) i żarskim (30,3%). Jeśli chodzi o uczniów z rodzin względnie zamożnych, to, co nie zaskakuje, najwyższy odsetek odnotowano w mieście Zielona Góra (18,7%). Rodziny względnie zamożne najmniejszy udział stanowiły w powiecie wschowskim (11,9%).

Tabela 12. Rozkład procentowy wyników poziomu zamożności rodzin ankietowanych uczniów w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9250)

Powiat	Poziom zamożności rodziny (%)		
	względnie biedna	przeciętna	względnie zamożna
m. Gorzów Wielkopolski	35,4	49,2	15,4
m. Zielona Góra	32,0	49,3	18,7
gorzowski	33,7	49,8	16,5

Powiat	Poziom zamożności rodziny (%)		
	względnie biedna	przeciętna	względnie zamożna
krośnieński	40,2	42,4	17,4
międzyrzecki	36,9	47,3	15,8
nowosolski	39,1	46,0	14,9
ślubicki	28,2	54,7	17,1
strzelecko-drezdenecki	37,9	50,5	11,6
sulęciński	25,1	55,4	19,5
świebodziński	37,9	42,4	19,6
wschowski	36,5	51,5	11,9
zielonogórski	37,7	48,0	14,3
żagański	33,3	51,0	15,8
żarski	30,3	53,8	15,9

Wyniki testu χ^2 : powiat: $\chi^2 = 79,8$; $df = 26$; $p < 0,001$.

Własne pieniądze

Jak zaprezentowano w tabeli 13, rozkłady odpowiedzi nie różnią się istotnie pod względem płci. Słabe jest również zróżnicowanie według wieku. Niewielkie różnice widać w grupie dziewcząt z I klasy szkoły ponadpodstawowej. Nieco częściej niż ogół oceniają one bardzo dobrze stan swoich zasobów finansowych (32,0%), a rzadziej źle (18,1%).

Tabela 13. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o wystarczającą ilość pieniędzy na własne wydatki w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; $N = 9348$)

Klasa	Płeć	Pieniądze na własne wydatki (%)		
		rzadko	często	zawsze
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	21,3	46,9	31,8
	Dziewczyna	21,9	46,8	31,3
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	21,6	46,8	31,6
	Dziewczyna	18,1	49,9	32,0
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	20,6	49,7	29,7
	Dziewczyna	19,5	49,8	30,7

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 4,4$; $df = 2$; $p = 0,108$; wiek: $\chi^2 = 10,3$; $df = 4$; $p = 0,034$.

Analiza terytorialnego rozkładu wyników zamożności rodzin uczniów ze szkół zlokalizowanych w poszczególnych powiatach wskazuje, że istotnym wynikiem jest wysoki udział (31,7%) respondentów z powiatu strzelecko-drezdeneckiego, którzy twierdzili, że rzadko wystarczało im pieniędzy na własne wydatki (tab. 14). Najlepiej swoją sytuację oceniali uczniowie z powiatu sulęcińskiego i Zielonej Góry, wśród

których jedna trzecia twierdziła, że zawsze wystarczało im pieniędzy na własne wydatki (odpowiednio 34,4 i 33,0%).

Tabela 14. Rozkład procentowy odpowiedzi o posiadanie wystarczającej ilości pieniędzy na własne wydatki w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9333)

Powiat	Pieniądze wystarczające na własne wydatki (%)		
	rzadko	często	zawsze
m. Gorzów Wielkopolski	21,9	47,8	30,3
m. Zielona Góra	20,8	46,2	33,0
gorzowski	23,0	49,0	28,0
krośnieński	20,6	49,6	29,7
międzyrzecki	18,4	49,8	31,8
nowosolski	19,7	50,1	30,2
ślubicki	19,9	48,8	31,2
strzelecko-drezdenecki	31,7	41,6	26,7
sulęciński	17,7	47,9	34,4
świebodziński	19,1	48,1	32,7
wschowski	21,5	49,9	28,6
zielonogórski	20,7	49,8	29,5
żagański	21,6	46,9	31,4
żarski	21,0	50,5	28,5

Wyniki testu χ^2 : powiat: $\chi^2 = 41,3$; $df = 26$; $p = 0,029$.

O ile czas dojazdu do szkoły nie różnił się pod względem płci, o tyle pod względem wieku pojawiły się istotne różnice (tab. 15).

Tabela 15. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o czas dojazdu do szkoły w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9394)

Klasa	Czas dojazdu do szkoły (%)		
	mniej niż 5 minut	6-30 minut	ponad 30 minut
VII kl. szkoły podstawowej	21,8	71,3	7,0
I kl. szkoły ponadpodstawowej	7,4	64,9	27,6
III kl. szkoły ponadpodstawowej	6,7	63,1	30,2

Wyniki testu χ^2 : wiek: $\chi^2 = 931,0$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Wśród uczniów szkół podstawowych znacząco więcej dzieci miało do szkoły blisko (71,3%) lub bardzo blisko (21,8%). Tylko 7,0% siódmoklasistów dojeżdżało do szkoły ponad pół godziny. Z kolei uczniowie szkół średnich przemierzali codziennie dłuższą

drogę, 27,6% uczniów pierwszej klasy i 30,2% uczniów klasy trzeciej jechało do szkoły dłużej niż pół godziny.

Wyniki są zgodne z oczekiwaniami. Po pierwsze, szkół podstawowych jest więcej i jednym z kryteriów ich rozmieszczenia jest dostępność, szczególnie dla najmłodszych uczniów, których nie badano w tym sondażu. Dodatkowo dla rodziców, którzy mają do wyboru więcej niż jedną szkołę podstawową, często kryterium odległości i samodzielności dziecka jest ważniejsze niż jakość nauczania. W przypadku zaś szkół średnich ważniejszym kryterium, szczególnie dla dobrych uczniów, jest poziom nauczania, a nie odległość.

Tabela 16. Rozkład procentowy wyników czasu dojazdu do szkoły w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9376)

Powiat	Czas dojazdu do szkoły (%)		
	mniej niż 5 minut	6-30 minut	ponad 30 minut
m. Gorzów Wielkopolski	9,0	65,6	25,5
m. Zielona Góra	9,5	60,9	29,6
gorzowski	17,6	55,7	26,7
krośnieński	10,0	71,4	18,6
międzyrzecki	13,6	66,9	19,4
nowosolski	10,5	72,7	16,8
słubicki	23,1	62,5	14,4
strzelecko-drezdenecki	17,6	69,6	12,7
sulęciński	19,3	66,2	14,4
świebodziński	12,9	63,7	23,4
wschowski	12,6	71,6	15,8
zielonogórski	12,3	66,4	21,3
żagański	12,3	64,9	22,8
żarski	11,3	71,1	17,6

Wyniki testu χ^2 : powiat: $\chi^2 = 243,6$; $df = 26$; $p = 0,001$.

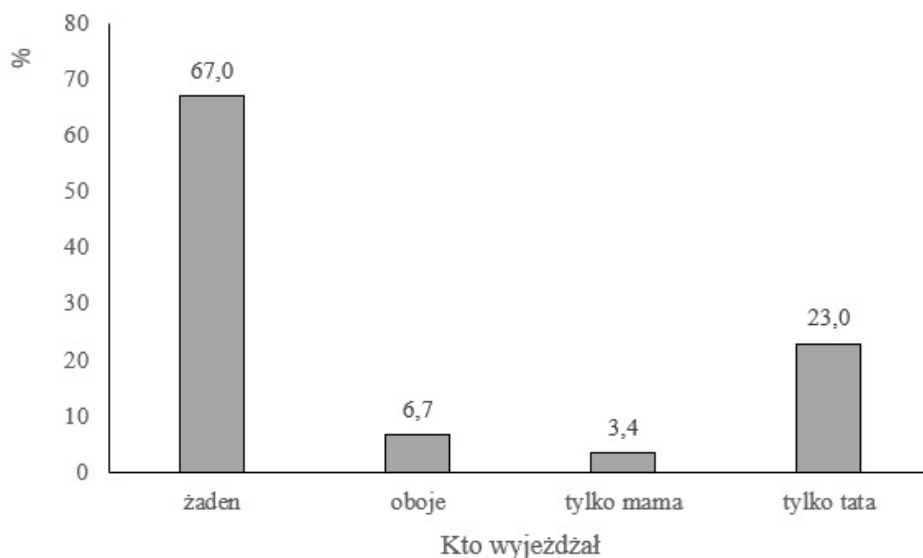
Patrząc na wyniki po powiatach (tab. 16), należy pamiętać, że respondenci zostali przypisani do powiatu według lokalizacji szkoły, a nie miejsca zamieszkania, wobec czego szkoły z dużych miast mogły skupiać większą liczbę uczniów dojeżdżających. Istotnie dalej do szkoły mieli uczniowie z Zielonej Góry (29,6%), Gorzowa (25,5%), często jadąc do szkoły ponad pół godziny, a rzadziej mniej niż 5 minut (odpowiednio 9,5%, 9,0%). Natomiast w powiecie gorzowskim było zarówno istotnie więcej dzieci jadących do szkoły dłużej (26,7%), jak i takich, które miały do niej blisko (17,6%).

Istotnie statystycznie więcej było uczniów podróżujących do szkoły krócej niż 5 minut w powiecie słubickim, strzelecko-drezdeneckim i sulęcińskim.

Do Zielonej Góry może trafiać więcej dzieci z dalszych miejscowości z tego względu, że jest dobrze skomunikowana, nie wszystkie powiaty oferują wszystkie typy szkół, a szkoły miejskie powszechnie uważa się za oferujące wyższy poziom nauki. W samych miastach na czas dojazdu mogą wpływać większe odległości niż w mniejszych miejscowościach oraz większe natężenie ruchu (korki), stąd niższy udział uczniów mających bardzo krótki czas dotarcia do szkoły.

Praca rodziców poza miejscem zamieszkania

W województwie lubuskim w przypadku 67,0% zbadanych uczniów oboje rodzice pracowali w miejscu zamieszkania (ryc. 8).

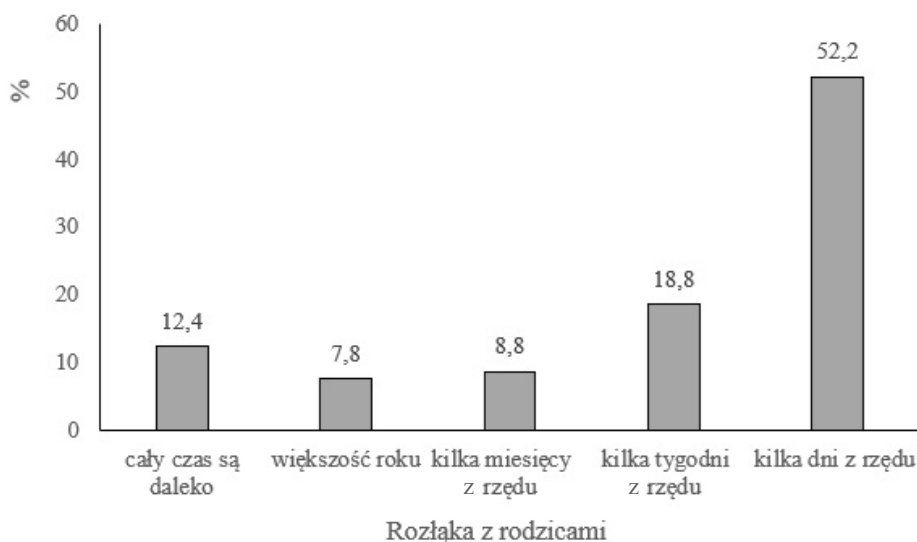


Rycina 8. Rodzice wyjeżdżający do pracy poza miejscowość zamieszkania (N = 9302)

Co ważne z punktu widzenia potencjalnego wpływu na zdrowie nastolatków, dzie sięć razy mniej (6,7%) badanych doświadczało rozłąki z obojgiem rodziców. Prawie cztery razy częściej wyjeżdżał tylko jeden z rodziców. Wyjazdy ojca dotyczyły 23,0% uczniów, a matki tylko 3,4%. W świetle badań CBOS matka jest kluczową znaczącą osobą w oczach młodzieży, a więź z ojcem jest słabsza (Gębka, 2024), co znalazło odzwierciedlenie również w danych na temat wyjazdów rodziców w województwie lubuskim.

Długość rozłąki

Patrząc jedynie na uczniów rodziców wyjeżdżających do pracy poza miejsce zamieszkania, widać (ryc. 9), że w połowie przypadków dotyczyło to wyjazdów kilkudniowych (52,2%). Rozłąka średniej długości dotyczyła 18,8% uczniów. Długotrwała rozłąka była udziałem 29% uczniów migrujących rodziców, w tym wyjazdy rodzica na kilka miesięcy w roku to 16,6%, a stała rozłąka z rodzicem była udziałem 12,4% uczniów z województwa lubuskiego.



Rycina 9. Czas rozłąki z rodzicem wyjeżdżającym do pracy poza miejscowość zamieszkania (N = 2959)

Patrząc na wyniki po powiatach (tab. 17), warto zwrócić uwagę na istotnie niższy udział rodziców wyjeżdżających za pracę z dużych miast o stosunkowo chłonnych rynkach pracy. W przypadku Gorzowa Wielkopolskiego rzadziej niż z innych powiatów wyjeżdżali ojcowie (19,7%), a w przypadku Zielonej Góry – matki (2,2%). Istotnie niższy był też udział matek wyjeżdżających z powiatu wschowskiego (1,4%). Przeciwnie – znacząco więcej matek było zmuszonych wyjeżdżać za pracę poza miejsce zamieszkania w powiecie żarskim (5,3% odpowiedzi w powiecie) i słubickim (5,2%). Najmniejszy udział dzieci doświadczających wyjazdów obojga rodziców był w powiecie strzelecko-drezdeneckim (2,7%) i nowosolskim (4,5%).

Tabela 17. Rodzice wyjeżdżający do pracy poza miejscowość zamieszkania w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9275)

Powiat	Praca rodzica poza miejscem zamieszkania (%)			
	żaden	oboje	tylko mama	tylko tata
m. Gorzów Wielkopolski	70,2	7,1	3,0	19,7
m. Zielona Góra	69,2	5,8	2,2	22,8
gorzowski	68,1	8,1	3,4	20,5
krośnieński	66,0	8,4	3,5	22,1
międzyrzecki	63,9	6,9	3,9	25,3
nowosolski	69,3	4,5	2,4	23,8
ślubicki	63,1	8,2	5,2	23,6
strzelecko-drezdenecki	68,5	2,7	2,0	26,8
sulęciński	62,8	7,2	4,6	25,3
świebodziński	71,9	5,9	2,0	20,2
wschowski	63,0	8,6	1,4	27,0
zielonogórski	67,3	6,0	4,9	21,9
żagański	65,5	7,3	3,0	24,2
żarski	66,4	7,9	5,3	20,4

Wyniki testu χ^2 : powiat: $\chi^2 = 95,1$; $df = 39$; $p = 0,001$.

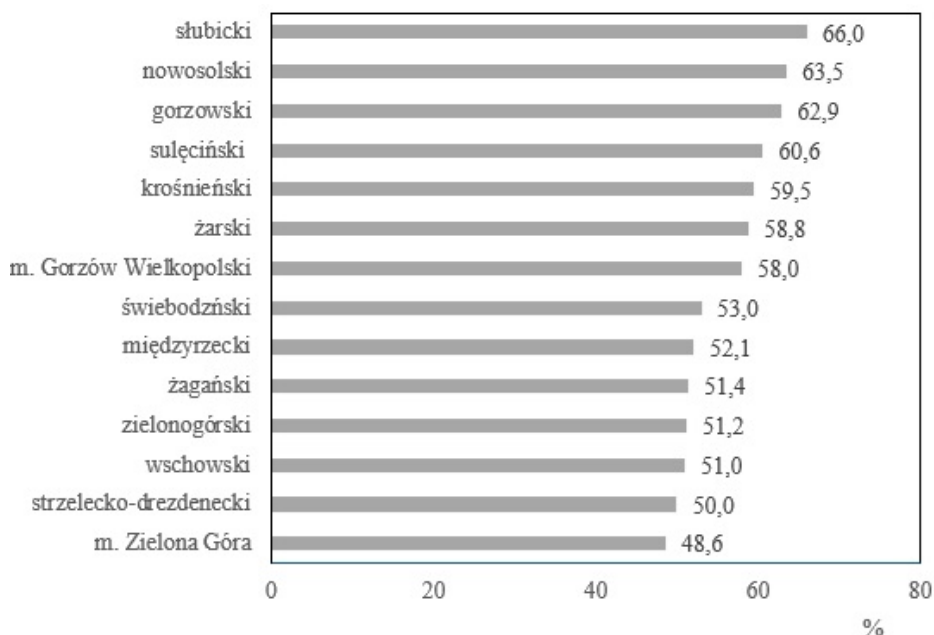
Praca rodziców za granicą

Nie zawsze wyjazdy do pracy poza miejsce zamieszkania oznaczały migracje zagraniczne, częściej dojazdy do pracy w innej miejscowości (migracje wewnętrzne). Uczniowie, którzy odpowiedzieli twierdząco na pytanie o wyjazdy rodziców do pracy poza miejsce zamieszkania, byli pytani dalej, czy chodzi o pracę za granicą (ryc. 10).

Spśród 907 uczniów wyjeżdżających matek, 22,3% wskazało na pracę za granicą. W przypadku ojców udział ten był dużo wyższy (56,9% odpowiedzi twierdzących z 2722 podanych). Najczęściej do pracy za granicę wyjeżdżali ojcowie z powiatu ślubickiego (66,0%) i nowosolskiego (63,5%). Najrzadziej praca za granicą była udziałem ojców z Zielonej Góry (48,6%).

Porównanie z próbą ogólnopolską HBSC

Analizując dane z ryciny 11 na temat sytuacji ekonomicznej rodzin, można zauważyć, że wyniki badania HBSC wskazują wyższy odsetek rodzin względnie zamożnych (21,2%) w porównaniu z badaniem w województwie lubuskim (16,2%). Z kolei badanie w województwie lubuskim pokazuje wyższy udział rodzin zakwalifikowanych do względnie biednych (34,5%) niż w próbie ogólnopolskiej (27,3%). Jeśli chodzi o rodziny

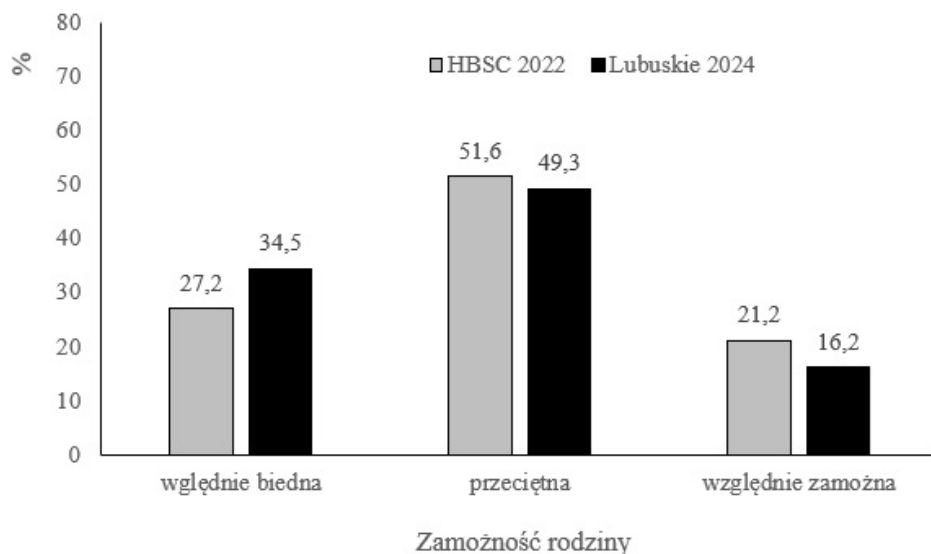


Rycina 10. Udział procentowy ojców pracujących za granicą wśród wyjeżdżających w celach zarobkowych do pracy w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 2688)

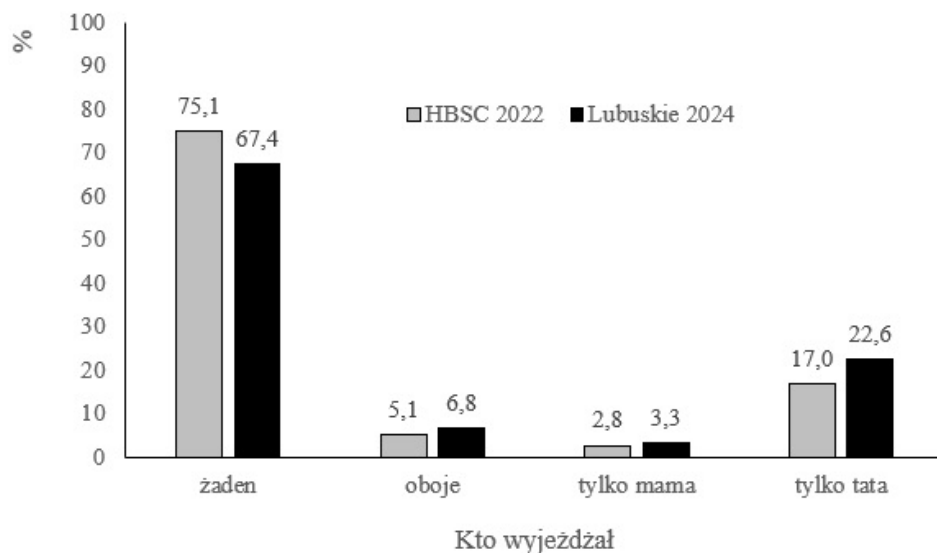
o przeciętnej sytuacji materialnej, to różnice są w tym przypadku mniejsze. W skali całego kraju było ich 51,6%, a w województwie lubuskim 49,3%.

Warto dodać, że w porównaniu z 2018 r. w badaniu HBSC w 2022 r. wzrósł udział grupy przeciętnie uposażonej względem pozostałych (Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018). Na wyniki tego wskaźnika w 2022 r. nadal wpływ mogła mieć pandemia i jej długofalowe skutki, ponieważ jedną ze składowych skali było pytanie o wyjazdy. Notowana przez CBOS mniejsza liczba wyjazdów z Polski w 2022 r. (Badora, 2022) mogła wpłynąć na niewielkie obniżenie wyników FAS dla próby ogólnopolskiej HBSC. Porównując wyniki z obu prób, widać, że w mniej zamożnym województwie lubuskim dzieci wyjeżdżały częściej (mniej odpowiedzi mówiących o braku wyjazdów, a więcej odpowiedzi deklarujących dwa i więcej wyjazdów). Skłania to do przypuszczeń, że gdyby nie zakłócenia popandemiczne w 2022 r., to różnice między województwem lubuskim a Polską mogłyby być jeszcze głębsze.

Jak wynika z danych przedstawionych na rycinie 12, w województwie lubuskim istotnie więcej uczniów doświadczało rozłąki z przynajmniej jednym rodzicem (32,6%) w porównaniu z badaniem HBSC (24,9%). Pod względem czasowej rozłąki wyłącznie z mamą nie zaobserwowano istotnych różnic między badaniem w województwie



Rycina 11. Porównanie wskaźników poziomu zamożności rodzin wg skali FAS w województwie lubuskim z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)



Rycina 12. Porównanie udziału rodziców wyjeżdżających poza miejsce zamieszkania w województwie lubuskim z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

lubuskim a ogólnopolskim. Natomiast uczniowie z lubuskiego istotnie częściej doświadczali wyjazdów obojga rodziców (6,8% wobec 5,1%) oraz wyjazdów samego ojca (22,6% wobec 17,0%). Ojcowie wyjeżdżający z województwa lubuskiego częściej pracowali za granicą (56,0%) niż w przypadku próby ogólnopolskiej (46,7%).

Podsumowanie

- **Zamożność:** 34,5% rodzin można zakwalifikować jako rodziny względnie ubogie, a jedynie 16,2% jako zamożniejsze.
- **Praca rodziców poza miejscem zamieszkania:** jedna trzecia uczniów doświadczała rozłąki przynajmniej z jednym rodzicem. Znacznie częściej wyjeżdżającym opiekunem był ojciec. W 52,2% przypadków chodziło o wyjazdy kilkudniowe, jednak 12,4% dzieci w ogóle nie widywało wyjeżdżających rodziców. Za granicą pracowało 22,3% spośród wyjeżdżających matek i 56,9% ojców.
- **Zróżnicowanie grupy badanej:** nie zaobserwowano istotnych różnic między uczniami w podziale na wiek i płeć, jeśli chodzi o posiadanie wystarczającej ilości pieniędzy na swoje wydatki. Zgodnie z przewidywaniami, w szkołach ponadpodstawowych wydłuża się czas dojazdu do szkoły.
- **Zróżnicowanie regionalne:** na terenie województwa lubuskiego występują terytorialne różnice (według powiatu lokalizacji szkoły) w poziomie zamożności rodzin i związana z tym konieczność wyjazdów rodziców do pracy poza miejsce zamieszkania (w tym za granicę). Rodziny uczniów szkół z dużych miast mają najlepszą sytuację ekonomiczną i najrzadziej dotyczą ich wyjazdy do pracy poza miejsce zamieszkania.
- **Porównanie badań:** mimo wpływu pandemii w badaniu HBSC z 2022 r. zaobserwowano więcej rodzin zamożnych, a mniej uboższych niż w przeprowadzonym prawie dwa lata później badaniu w województwie lubuskim. Ze względu na dostępność pracy na lokalnych rynkach i położenie przy granicy, w województwie lubuskim uczniowie częściej niż na terenie całego kraju doświadczali wyjazdów rodziców do pracy poza miejsce zamieszkania, w tym za granicę, zarówno ojców, jak i obojga rodziców.

Bibliografia

- Antia, K., Boucsein, J., Deckert, A., Dambach, P., Račaitė, J., Šurkienė, G., Jaenisch, T., Horstick, O., & Winkler, V. (2020). *Effects of International Labour Migration on the Mental Health and Well-Being of Left-Behind Children: A Systematic Literature Review. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), Article 12.

- Badora, B. (2022). Letnie wyjazdy wypoczynkowe uczniów 2022. Komunikat CBOS Nr 122/2022. CBOS. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_122_22.PDF [dostęp: 16.10.2024].
- Brindley, C., Hamrik, Z., Kleszczewska, D., Dzielska, A., Mazur, J., Haug, E., Kopcakova, J., Marques, A., Altenburg, T., Demetriou, Y. & Bucksch, J. (2023). Gender-Specific Social and Environmental Correlates of Active Travel to School in Four European Countries: The HBSC Study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1190045.
- Corell, M., Chen, Y., Friberg, P., Petzold, M. & Löfstedt, P. (2021). Does the Family Affluence Scale Reflect Actual Parental Earned Income, Level of Education and Occupational Status? A Validation Study Using Register Data in Sweden. *BMC Public Health*, 21(1), 1-11.
- Dąbrowska, A., Gólek, B. & Szumilas, E. (2018). Uczniowie z rodzin migracyjnych w szkole. Warszawa: ORE. <https://www.ore.edu.pl/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=14946> [dostęp: 18.06.2021].
- Garnezy, N., Masten, A. & Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97-111.
- Gębka, M. (2024). Miejsce ojca wśród znaczących innych oczyma młodzieży w świetle badań CBOS. *Człowiek i Społeczeństwo*, 57, 175-196.
- GUS (2024). Sytuacja demograficzna Polski do 2023 roku. stat.gov.pl. 30 września 2024. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2023-roku,40,4.html> [dostęp: 16.10.2024].
- Kaczuba, A. (2021). Razem czy osobno? Emigracja zarobkowa a wczesne nieadaptacyjne schematy młodych dorosłych. *Psychologia Wychowawcza*, 61(19), 57-74.
- Khatia, A., Boucein, J., Deckert, A., Dambach, P., Račaitė, J., Šurkienė, G., Jaenisch, T., Horstick, O. & Winkler, V. (2020). Effects of International Labour Migration on the Mental Health and Well-Being of Left-Behind Children: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4335.
- Mazur, J. & Małkowska-Szcutnik, A. (red.) (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka. <https://imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> [dostęp: 16.10.2024].
- Roguska, B. (2022). Dom rodzinny, rodzice i rówieśnicy w opiniach młodego pokolenia Polaków. 16-30. [W:] *Młodzież 2021*. CBOS. <https://www.cbos.pl/PL/publikacje/diagnozy/049.pdf>
- Sokolowska, B. (2018). Not Fit for Migration with Teenage Children: Polish Transnational Immigrant Families in Ireland. [W:] Crespi I., Giada Meda S., Merla L. *Making Multicultural Families in Europe. Gender and Intergenerational Relations*. Springer, 215-31.
- Szałtys, D., Potyra, M., Góral-Radziszewska, K., Waśkiewicz, K. & Gawińska-Drużba, E. (2023). *Prognoza ludności na lata 2023-2060*. GUS. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html> [dostęp: 26.08.2021].
- Tabak, I. (2017). Wsparcie społeczne, zdrowie i zachowania zdrowotne nastoletnich dzieci rodziców pracujących za granicą. *Wychowanie w Rodzinie*, 15(1), 53-78.
- Yang, T., Li, C., Zhou, C., Jiang, S., Chu, J., Medina, A. & Rozelle, S. (2016). Parental migration and smoking behavior of left-behind children: evidence from a survey in rural Anhui, China. *International Journal for Equity in Health*, 15 (1), 127.

Joanna Dec-Pietrowska

EDUKACJA SEKSUALNA JAKO ISTOTNY ELEMENT EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Wprowadzenie

Edukacja zdrowotna jako narzędzie promocji zdrowia ma istotne znaczenie dla poprawy kondycji populacji i promowania jej kapitału zdrowotnego. Stanowi również jeden z kluczowych filarów w podejmowaniu działań na rzecz zachowania i utrzymania odpowiedniego stanu zdrowia, który jest zarówno dobrobytem osobistym, jak i społecznym. Z racji tego, że nie ma uniwersalnej, jednej i wyczerpującej definicji edukacji zdrowotnej, warto posługiwać się tą ustaloną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która ma zastosowanie w większości krajów. Zatem edukacja zdrowotna to działania edukacyjne mające na celu wzrost wiedzy na temat danej populacji oraz rozwój indywidualnych wartości, postaw i umiejętności promujących zdrowie (WHO, 2012). Zalicza się do niej „świadomie stworzone możliwości uczenia się obejmujące różne formy komunikowania, mające na celu zwiększenie alfabetyzmu zdrowotnego, poprawę umiejętności zdrowotnych, w tym wiedzy o zdrowiu i rozwijania umiejętności życiowych, które sprzyjają zdrowiu jednostki i społeczności. Zatem edukacja zdrowotna to nie tylko przekazywanie informacji, lecz także wzmacnianie motywacji, umiejętności oraz własnej skuteczności niezbędnych do podejmowania działań na rzecz zdrowia” (WHO, 1998, s. 13; Woynarowska, 2017). Warto zwrócić uwagę, że jej nadrzędny cel zakłada zmianę zachowań w kierunku prozdrowotnym, która możliwa jest do osiągnięcia dzięki budowaniu potencjału jednostek poprzez techniki edukacyjne, motywacyjne, kształtujące i rozwijające umiejętności i podnoszące świadomość (WHO, 2012).

W Polsce termin „edukacja zdrowotna” jest odpowiednikiem angielskiego określenia *health education* lub *education for health*. Innymi, pokrewnymi nazwami są: „edukacja

prozdrowotna”, „edukacja do zdrowia (ku zdrowiu)”, „edukacja na rzecz zdrowia”, „edukacja dla zdrowia”. Barbara Woynarowska definiuje ją jako „zaplanowane, różnorodne działania edukacyjne, ukierunkowane na udzielanie ludziom pomocy w uzyskaniu kompetencji, dzięki którym mogą oni podejmować działania dla zachowania (ochrony), utrzymania i doskonalenia/umacniania zdrowia własnego i innych ludzi” (2022, s. 96). Dzięki temu ludzie są w stanie podejmować decyzje dotyczące ich aktualnego stanu zdrowia oraz planować odpowiednie działania na przyszłość.

Programy edukacji zdrowotnej powinny uwzględniać wiele różnorodnych celów, zależnych od potrzeb danej grupy i obszaru tematycznego. Jednym z takich obszarów jest zdrowie seksualne. Zgodnie z definicją WHO zdrowie seksualne to dobrostan zarówno fizyczny, emocjonalny, jak i społeczny w odniesieniu do ludzkiej seksualności, a nie jedynie brak choroby, zaburzeń funkcji lub niesprawności. Jednocześnie „zdrowie seksualne wymaga pozytywnego i opartego na szacunku podejścia do seksualności oraz związków seksualnych, jak również do możliwości posiadania dających przyjemność i bezpiecznych doświadczeń seksualnych; powinno być wolne od przymusu, dyskryminacji i przemocy” (WHO, 2006, s. 10). Zatem podstawą edukacji zdrowotnej w odniesieniu do edukacji seksualnej powinno być holistyczne podejście do ludzkiej seksualności, która rozumiana jest jako pozytywny ludzki potencjał, źródło satysfakcji i przyjemności, a co za tym idzie, wyposażenie jej odbiorców w odpowiednią wiedzę oraz umiejętności gwarantujące możliwości zadbania o ochronę i poprawę zdrowia seksualnego. Warto wskazać, że europejskie dokumenty i standardy określają edukację seksualną jako naukę o kognitywnych, emocjonalnych, społecznych, interaktywnych i fizycznych aspektach seksualności, która jest dostosowana do poziomu rozwoju, rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie i jest kontynuowana w okresie młodzieńczym i dorosłości (UNESCO, 2018; WHO, 2012).

W tym kontekście dla promocji zdrowia seksualnego konieczna jest odpowiednio prowadzona i podejmowana edukacja seksualna. Szkoły stanowią ważne środowisko dla promowania zdrowia seksualnego i programów z zakresu edukacji seksualnej, ponieważ są jednym z głównych źródeł pozyskiwania informacji na temat zdrowia seksualnego wśród młodych ludzi (Denford i in., 2017; Goldfarb i Lieberman, 2020; Kantor i Lindberg, 2020; Cortínez-López i in., 2021; Niland, Flinn i Nearchou, 2024). Międzynarodowe agendy wskazują na konieczność podejmowania w tym celu dwóch strategii – zapewnienia edukacji seksualnej na poziomie edukacji szkolnej oraz integrowanie edukacji seksualnej do programów nauczania różnych instytucji edukacyjnych (Braeken i Cardinal, 2008; Kirby i Laris, 2009; Dec-Pietrowska, 2023; Jiménez-Ríos i in., 2023).

W Polsce elementy edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży realizowane są na wszystkich etapach edukacyjnych i zawarte są w podstawach programowych dla

różnych typów szkół. Szkolny proces edukacji zdrowotnej oparty jest jednocześnie na trzech kluczowych filarach: edukacji na temat zdrowia, kształtowaniu praktycznych umiejętności wykorzystywania pozyskanej wiedzy oraz formowaniu i kształtowaniu odpowiednich postaw prozdrowotnych (Wolny, 2019). Ze względu na jej kluczową rolę w poprawie i utrzymaniu odpowiedniego stanu zdrowia jednostek oraz społeczeństwa, w planach jest wprowadzenie w polskiej szkole osobnego przedmiotu pod nazwą „Edukacja zdrowotna” (w jej ramach podejmowane będą również zagadnienia nt. ludzkiej seksualności). Jego założeniami i podstawą programową, celami oraz zakresem tematycznym obecnie zajmuje się powołany przy Ministerstwie Edukacji Narodowej międzyresortowy zespół. Przedmiot ma być wprowadzony i nauczany w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych od września 2025 r.

W niniejszym rozdziale analizie poddano tematykę wchodzącą w zakres edukacji zdrowotnej, związaną z edukacją seksualną, która realizowana była w ramach przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”. Analiza dotyczyła głównie opinii ankietowanych i realizacji przedmiotu w lubuskich szkołach, jej tematów i zagadnień poruszanych na lekcjach z omawianego przedmiotu oraz oceny ich przydatności, innych (niż szkoła) źródeł edukacji seksualnej, a także potrzeb respondentów w obszarze edukacji seksualnej.

Zmienne i wskaźniki

W prezentowanych badaniach realizowanych w szkołach województwa lubuskiego zadano 3 pytania dotyczące realizacji przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie (WDŻ), które znalazły się w dziale ankiety pt. Edukacja zdrowotna:

- *Z jakich źródeł czerpiesz wiedzę na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności?*
- *Czy uczestniczyłeś w lekcjach z wychowania seksualnego w szkole (np. w ramach przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie)?*
- *Czy wiedza uzyskana z tych rozmów/lekcji była dla Ciebie przydatna?*

Respondenci na powyższe pytania mogli udzielić zarówno odpowiedzi zamkniętych, jak i otwartych. W pytaniu dotyczącym źródeł wiedzy o zdrowiu, dojrzewaniu czy seksualności badani mogli wybrać maksymalnie trzy odpowiedzi z opcji: *internet, koleżanki/koleczy, nauczyciel WDŻ, inny nauczyciel, pedagog, rodzice, lekarz, książki/czasopisma, rodzeństwo*. Na pytanie na temat uczestnictwa w lekcjach z wychowania do życia w rodzinie w szkole można było udzielić odpowiedzi *tak, nie, nie pamiętam*. W odniesieniu do pytania o tematy poruszane na lekcjach WDŻ lub w rozmowach możliwe było zaznaczenie kilku odpowiedzi z podanej listy: *dojrzewanie, miłość i uczucia, relacje i związki, orientacja seksualna, inicjacja seksualna, higiena i zdrowie, zapobieganie ciąży, choroby przenoszone drogą płciową, ryzykowne zachowania seksualne, pornografia,*

przemoc seksualna w realu i w sieci. To pytanie dawało też możliwość wpisania innego tematu, który nie został wymieniony w kafeterii odpowiedzi. Z kolei na pytanie o ocenę przydatności tych rozmów bądź lekcji odpowiedzi do wyboru brzmiały: *tak, nie, ani przydatna, ani nieprzydatna*.

Wyniki

Tabela 18 przedstawia rozkład odpowiedzi na pytanie odnoszące się do uczestnictwa badanych w lekcjach z przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie. Różnice w odniesieniu do płci osób, które brały udział w lekcjach WDŻ, najbardziej widoczne były w przypadku klasy VII szkoły podstawowej i w podziale na płeć. Dziewczeta bez względu na wiek częściej deklarowały uczestniczenie w lekcjach i częściej były to uczennice VII klasy niż szkoły ponadpodstawowych. W klasie VII szkoły podstawowej częściej dziewczęta uczestniczyły w tych lekcjach niż chłopcy – 63,0% dziewcząt i 55,8% chłopców. Również w I i III klasach szkół ponadpodstawowych to dziewczęta częściej deklarowały swój udział w WDŻ niż chłopcy, jednak w tych przypadkach różnice zależne od płci były słabsze (odpowiednio 55,4% i 55,3% dziewcząt oraz 50,3% i 50,2% chłopców).

Tabela 18. Rozkład procentowy wyników uczestniczenia w lekcjach wychowania seksualnego w szkole młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9373)

Klasa	Płeć	Uczestniczenie (%)		
		tak	nie	nie pamiętam
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	55,8	30,2	14,0
	Dziewczyna	63,0	24,1	12,9
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	50,3	38,1	11,6
	Dziewczyna	55,4	33,3	11,3
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	50,2	38,2	11,6
	Dziewczyna	55,3	32,5	12,2

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 32,2$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 70,4$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Jednocześnie, zważywszy na ministerialny obowiązek organizowania lekcji z tego przedmiotu w każdej szkole podstawowej i ponadpodstawowej, zastanawiający jest fakt, że ponad co dziesiąty uczeń i uczennica nie pamiętali, czy mieli tego typu lekcje zorganizowane w szkole.

W odniesieniu do poszczególnych powiatów województwa lubuskiego można wskazać na bardzo duże zróżnicowanie w odpowiedziach badanej młodzieży dotyczących uczestnictwa w zajęciach wychowania seksualnego. Jak wynika z danych

zawartych w tabeli 19, największy odsetek respondentów potwierdzających swój udział w lekcjach WDŻ pochodził z powiatu sulęcińskiego (79,9%), najniższy zaś dotyczył powiatu gorzowskiego (46,9%). Powiaty, w których około 60% uczniów i uczennic potwierdziło swój udział, to według kolejności wskazań powiat strzelecko-drezdenecki (64,9%), krośnieński (61,6%), żarski (59,9%), międzyrzecki (58,7%) oraz żagański (58,2%). Połowa badanych uczestniczących w lekcjach WDŻ pochodziła z powiatów ślubickiego (56,6%), wschowskiego (54,2%), miasta Gorzów Wielkopolski (53,1%), powiatu zielonogórskiego (53,0%) oraz nowosolskiego (51,1%). Z kolei jedne z najniższych wskaźników osób deklaruujących swój udział w omawianych lekcjach pochodziły z powiatu świebodzińskiego (49,2%) oraz miasta Zielona Góra (48,1%).

Tabela 19. Rozkład procentowy wyników uczestniczenia w lekcjach z wychowania seksualnego w szkole w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9358)

Powiat	Uczestniczenie (%)		
	tak	nie	nie pamiętam
m. Gorzów Wielkopolski	53,1	34,3	12,6
m. Zielona Góra	48,1	39,5	12,5
gorzowski	46,9	40,1	13,0
krośnieński	61,6	25,6	12,8
międzyrzecki	58,7	28,1	13,2
nowosolski	51,1	39,0	9,9
ślubicki	56,6	30,9	12,5
strzelecko-drezdenecki	64,9	25,9	9,2
sulęciński	79,9	12,2	7,9
świebodziński	49,2	38,1	12,6
wschowski	54,2	34,3	11,5
zielonogórski	53,0	33,7	13,3
żagański	58,2	29,0	12,8
żarski	59,9	28,3	11,8

Kolejna kwestia dotyczyła oceny przez badanych przydatności wiedzy uzyskanej z lekcji WDŻ oraz rozmów na tematy z obszaru seksualności człowieka. Jak wykazano w tabeli 20, z wiekiem spada odsetek uczniów twierdzących, że wiedza wyniesiona z lekcji wychowania seksualnego była przydatna. W odniesieniu do płci badanych to częściej chłopcy (42,8%) deklarowali przydatność tych informacji niż dziewczęta (33,5%). Jednocześnie także ze względu na płeć wzrastała ambiwalencja odpowiedzi odnoszących się do przydatności wyniesionej z WDŻ wiedzy – częściej były to dziewczęta z klas VII szkoły podstawowej (36,3%).

Tabela 20. Rozkład procentowy wyników oceny przydatności wiedzy uzyskanej na lekcjach wychowania seksualnego wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 5210)

Klasa	Płeć	Przydatność wiedzy (%)		
		tak	nie	ani przydatna, ani nieprzydatna
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	47,0	26,0	27,0
	Dziewczyna	35,6	28,0	36,3
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	40,6	32,9	26,6
	Dziewczyna	35,1	30,9	34,0
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	36,4	36,2	27,3
	Dziewczyna	26,7	41,8	31,5

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 53,6$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 58,3$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Wykazano istotne różnice w rozkładzie odpowiedzi badanej młodzieży między powiatami województwa lubuskiego (tab. 21). Powiat wschowski zdecydowanie się wyróżniał pod względem pozytywnej oceny przydatności lekcji WDŻ – 50,6% pozytywnych wskazań. Na drugim biegunie znajdowało się miasto Zielona Góra, gdzie odsetek negatywnej oceny przydatności lekcji wyniósł 38,6%. Najmniejszy odsetek ocen pozytywnych zanotowano w powiecie strzelecko-dreźnieńskim (21,4%). Jednocześnie w tym samym powiecie można odnotować najwyższy wskaźnik ambiwalentnych odpowiedzi w kontekście przydatności lekcji WDŻ (45,4%), a najniższy był w powiecie sulcińskim (25,4%). Dla porównania w pozostałych powiatach jako ani przydatna, ani nieprzydatna wiedza oceniana w ten sposób była przez około 30% badanej młodzieży.

Dalsza analiza jakości i zakresu wiedzy z zakresu seksualności człowieka dotyczyła kwestii związanych z preferowanymi źródłami wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności. Młodzi ludzie z racji wieku poszukują informacji związanych z zagadnieniami, które są ich udziałem, wynikają z ich doświadczeń lub zaczynają ich interesować. Podobnie jest w przypadku tematyki związanej z seksualnością ze względu na przebiegające z różną intensywnością dojrzewanie oraz rozwój psychoseksualny. Wiedzę tę mogą pozyskiwać z różnych źródeł i nie jest to tylko udział w lekcjach z zakresu wychowania do życia w rodzinie. W tabeli 22 przedstawiono preferowane źródła wiedzy o seksualności, z jakich korzystali lubuscy uczniowie i uczennice. Ankietowani mogli wybrać trzy preferowane źródła wiedzy: nauczyciel przedmiotu WDŻ, inny nauczyciel lub pedagog szkolny, rodzice, lekarz, rówieśnicy, internet, rodzeństwo, książki/poradniki/czasopisma.

W odniesieniu do płci ankietowanych widać pewne różnice między badanymi nastoletnimi dziewczętami i chłopcami. W przypadku badanej młodzieży obu płci zdecydowanie najczęściej preferowanym źródłem był internet, gdzie ponad 75%

Tabela 21. Rozkład procentowy wyników oceny przydatności wiedzy uzyskanej na lek-
cjach wychowania seksualnego w zależności od powiatu (dane ważone; N = 5143)

Powiat	Przydatność wiedzy (%)		
	tak	nie	ani przydatna, ani nieprzydatna
m. Gorzów Wielkopolski	33,5	34,8	31,8
m. Zielona Góra	33,8	38,6	27,6
gorzowski	34,8	31,6	33,6
krośnieński	38,7	29,3	32,0
międzyrzecki	38,5	30,8	30,6
nowosolski	39,1	28,1	32,8
ślubicki	37,3	33,2	29,5
strzelecko-drezdenecki	21,4	33,2	45,4
sulęciński	41,8	32,8	25,4
świebodziński	32,5	34,1	33,3
wschowski	50,6	19,7	29,7
zielonogórski	46,5	25,7	27,8
żagański	34,1	38,1	27,8
żarski	36,5	30,4	33,1

ankietowanych poszukiwało informacji z zakresu seksualności. Z kolei w podziale na wiek respondentów chłopcy częściej wybierali internet, nauczyciela WDŻ, a dziewczęta częściej koleżanki, rodziców i poradniki. Jednocześnie wykazano brak różnic związanych z płcią dla innego nauczyciela czy pedagoga oraz lekarza. Rodzeństwo jako preferowane źródło wiedzy wybierane było nieco częściej w przypadku dziewcząt.

Tabela 22. Preferowane źródła wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności wg płci
ankietowanych (dane ważone – %)

Źródła wiedzy	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
Internet	75,4	77,9	72,8
Koledzy/koleżanki	34,5	32,9	36,2
Nauczyciel WDŻ	13,5	15,7	11,3
Inny nauczyciel/pedagog	3,9	4,0	3,7
Rodzice	32,6	27,5	37,6
Lekarz	12,5	12,2	12,8
Książki/poradniki/czasopisma	13,6	8,7	18,4
Rodzeństwo	7,1	6,6	7,6

Na koniec warto zwrócić uwagę na korelację źródeł wiedzy z obszaru WDŻ w odniesieniu do wieku lubuskiej młodzieży. W tabeli 23 pokazano, że preferowane źródła informacji z zakresu seksualności człowieka zmieniają się wraz z wiekiem młodzieży, szczególnie spada znaczenie udziału nauczycieli oraz rodziców.

Tabela 23. Preferowane źródła wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności wg wieku ankietowanych (dane ważone – %)

Źródła wiedzy	VII klasa szkoły podstawowej	I klasa szkoły ponadpodstawowej	III klasa szkoły ponadpodstawowej
Internet	65,2	78,4	82,5
Koledzy/koleżanki	32,9	32,5	38,2
Nauczyciel WDŻ	26,1	9,3	5,1
Inny nauczyciel/pedagog	4,9	3,5	3,2
Rodzice	35,0	33,2	29,6
Lekarz	10,6	12,8	14,2
Książki/poradniki/czasopisma	13,2	11,9	15,6
Rodzeństwo	6,7	6,7	7,9

Internet jako najbardziej preferowane źródło we wszystkich grupach wiekowych najczęściej wybierany był przez młodzież uczęszczającą do klas III szkół ponadpodstawowych. W najstarszej klasie udział rówieśników w zdobywaniu informacji o seksualności także wzrósł: z 32,9% w klasie VII szkoły podstawowej do 38,2% już w klasie III szkoły średniej. Z kolei bardzo mocno zauważalny spadek w preferencjach ankietowanych w odniesieniu do ich wieku miał udział nauczyciela WDŻ, gdzie w szkole podstawowej takiego stwierdzenia dokonał co czwarty badany młody człowiek (26,1%), a w szkole średniej była to już tylko co 10 osoba (w I klasie) i co dwudziesta (w III klasie). Rodzice preferowani byli częściej przez młodszych uczestników badań (35% w klasie VII, a w szkole średniej odsetek wynosił około 30% stwierdzeń). Ciekawym wynikiem jest wzrastający odsetek odpowiedzi dotyczących lekarza w pozyskiwaniu wiedzy w najstarszych badanych klasach (od 10,6% w szkole podstawowej po 14,2% w III klasie szkoły średniej). Z kolei książki, poradniki i czasopisma częściej preferowane były w klasach VII szkoły podstawowej (13,2%) i III ponadpodstawowej (15,6%), a rzadziej w klasie I szkoły ponadpodstawowej (11,9%). Jedynie odpowiedź dotycząca preferowanego źródła wiedzy, jakim było rodzeństwo, nie różniła się pod względem wieku badanych lubuskich uczennic i uczniów.

W tabeli 24 porównano wybrane przez uczniów i uczennice źródła tejże wiedzy w zróżnicowaniu na powiaty województwa lubuskiego. W analizie pominięto internet, rówieśników i rodzeństwo ze względu na nieistotne różnice powiatowe. Z racji

możliwości wielokrotnego wyboru, odpowiedzi nie sumują się do 100%. Z zaznaczonych źródeł informacji internet oraz rodzice odnotowali najwyższe odsetki wskazań. Około co trzeci ankietowany młody lubuszanin dokonał takiego wskazania. Następnie podawani byli: nauczyciel WDŻ, książki/czasopisma oraz lekarz. Do najrzadziej wybieranych opcji należał inny nauczyciel lub pedagog.

Tabela 24. Młodzież, która zaznaczyła wybrane źródła wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone)

Powiat	Źródło wiedzy zaznaczone (%)				
	nauczyciel WDŻ	inny pedagog	rodzice	lekarz	książki czasopisma
m. Gorzów Wielkopolski	11,5	3,3	32,7	11,0	14,3
m. Zielona Góra	8,7	3,7	35,2	12,5	12,6
gorzowski	11,5	3,7	30,6	14,3	16,9
krośnieński	16,7	3,0	29,6	13,4	14,4
międzyrzecki	19,2	3,7	35,5	15,1	10,3
nowosolski	13,4	4,5	35,4	13,0	12,8
słubicki	14,6	5,0	29,8	11,7	14,2
strzelecko-drezdenecki	14,1	2,0	28,4	17,3	12,1
sulęciński	19,6	2,0	31,4	13,7	11,8
świebodziński	12,8	5,2	32,9	9,9	13,4
wschowski	21,4	7,7	33,8	13,1	14,0
zielonogórski	15,4	3,5	33,1	14,9	17,1
żagański	11,3	3,1	26,9	10,1	15,8
żarski	12,5	3,9	32,3	10,9	12,6

Warto zwrócić uwagę, że w poszczególnych powiatach odpowiedzi były bardzo zróżnicowane. Rodzice jako źródło wiedzy na temat zdrowia i seksualności najliczniej wybierani byli przez uczniów i uczennice z powiatu międzyrzeckiego (35,5%), najrzadziej z powiatu żagańskiego (26,9%). Z kolei dla 21,4% badanych młodych lubuszan z powiatu wschowskiego wiedzę tę przekazywała osoba ucząca wychowania do życia w rodzinie. Ten wybór najrzadziej dokonywany był przez badanych z miasta Zielona Góra (8,7%). W przypadku zaznaczenia lekarza jako źródła uzyskania informacji najczęstsze wskazania pochodziły z powiatu strzelecko-drezdeneckiego (17,3%), a najrzadziej ze świebodzińskiego (9,9%). Najmniejszy odsetek odpowiedzi dotyczył innych nauczycieli lub pedagoga. Najliczniejsza reprezentacja odpowiedzi w tej kategorii pochodziła z powiatu wschowskiego (7,7%), najrzadziej zaś wybierane były w powiatach strzelecko-drezdeneckim oraz sulęcińskim (2%).



Rycina 13. Porównanie pozytywnych wskaźników wychowania do życia w rodzinie w powiatach według uśrednionej rangi

Na rycinie 13 przedstawiono mapę województwa lubuskiego według uśrednionej percepcji wychowania do życia w rodzinie przez uczniów i uczennice. Oparto się na 3 pozytywnych wskaźnikach oszacowanych z założeniem jednakowej struktury młodzieży według wieku i płci. Były to: udział w lekcjach z zakresu wychowania seksualnego, pozytywna ocena przydatności uzyskanej z lekcji/rozmów wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności oraz wiedza przekazywana przez nauczyciela wychowania do życia w rodzinie. Wyróżniono powiaty z najlepszymi i najgorszymi wynikami. Najwyższy wskaźnik dotyczący zajęć z zakresu wychowania do życia w rodzinie i ich jakości miał powiat sulęciński (13), natomiast najgorsze na mapie województwa było miasto Zielona Góra (2,33) oraz powiat gorzowski (3,67). Jedynie cztery powiaty miały wskaźnik wyższy niż 10 i były to, wskazując od najwyższego: powiat sulęciński (13), wschowski (11,67), krośnieński (11) oraz międzyrzecki (10,33). Większość powiatów osiągnęła przeciętne wartości wskaźnika.

Podsumowanie

Edukacja seksualna jest nieodłącznym elementem edukacji zdrowotnej, a jej prawidłowa realizacja w polskich szkołach może przynieść liczne korzyści. Jest ona nie tylko narzędziem profilaktyki zdrowotnej, ale także sposobem na kształtowanie zdrowych postaw wobec siebie i innych (także w odniesieniu do ludzkiej seksualności). W obliczu rosnących wyzwań zdrowotnych i społecznych, takich jak infekcje przenoszone drogą płciową, problemy zdrowia psychicznego czy przemoc seksualna, edukacja seksualna jest niezbędnym narzędziem w walce z tego typu zagrożeniami oraz elementem, który może poprawić jakość życia młodzieży, a w przyszłości i całego społeczeństwa.

- **Niepokojące wskaźniki:** uczestnictwo w lekcjach z zakresu edukacji seksualnej jest na bardzo niskim poziomie i zmniejsza się wraz z wiekiem uczennic i uczniów. Dodatkowo jakość prowadzonych w szkołach lekcji jest na bardzo niskim poziomie, co przekłada się na ocenę ich przydatności przez badanych młodych lubuszan. Ma to wpływ także na poszukiwanie innych źródeł informacji związanych z seksualnością poza szkolną edukacją.
- **Specyfika grup wieku:** odsetek osób uczestniczących w lekcjach wychowania do życia w rodzinie zmienia się wraz z wiekiem respondentów. W klasach szkół ponadpodstawowych odnotowuje się niższy odsetek uczennic i uczniów biorących udział w tych lekcjach. Wraz z wiekiem zdecydowanie spada również pozytywna ocena przydatności lekcji WDŻ.
- **Zróźnicowanie ze względu na płeć:** dziewczęta częściej deklarowały uczestniczenie w lekcjach WDŻ i częściej były to uczennice VII klas szkół podstawowych niż klas I i III szkół ponadpodstawowych. Chłopcy z kolei częściej twierdzili, że

wiedza uzyskana na lekcjach WDŻ była przydatna, a dziewczęta częściej nie miały na ten temat zdania. Jednocześnie z wiekiem spada odsetek odpowiedzi twierdzących i rosną dwie pozostałe kategorie. Warto we wnioskach podkreślić gwałtowne zmiany w szkołach średnich u chłopców już w I klasie, a u dziewcząt w III szkoł ponadpodstawowych.

- **Zróźnicowanie regionalne:** według wskaźnika reszt standaryzowanych od rozkładu ogólnowojewódzkiego w kontekście uczestnictwa w lekcjach z WDŻ prawie wszystkie powiaty – oprócz miasta Gorzów Wielkopolski, powiatu słubickiego, wschowskiego oraz zielonogórskiego – mają bardzo niskie wskaźniki dotyczące uczestnictwa w lekcjach oraz ich pozytywnej oceny. Uczniowie szkół zlokalizowanych w poszczególnych powiatach znacząco różnią się także pod względem oceny przydatności tych zajęć. Jednocześnie wskaźnik uśrednionej pozytywnej percepcji wychowania do życia w rodzinie przez badanych uczniów i uczennice, obejmujący udział w lekcjach z zakresu wychowania seksualnego, pozytywną ocenę przydatności uzyskanej z lekcji/rozmów wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności oraz wiedzy przekazywanej przez nauczyciela wychowania do życia w rodzinie, najwyższą wartość osiągnął w powiecie sulęcińskim, a najgorszą w mieście Zielona Góra.

Bibliografia

- Braeken, D. & Cardinal, M. (2008). Comprehensive Sexuality Education as a Means of Promoting Sexual Health. *International Journal of Sexual Health*, 20(1-2), 50-62.
- Cortínez-López, A., Cuesta-Lozano D. & Luengo-González, R. (2021). Effectiveness of Sex Education in Adolescents. *Sexes*, 2021, 2(1), 144-150.
- Dec-Pietrowska, J. (2023). Edukacja seksualna w Polsce i systemach edukacyjnych wybranych krajów – modelowe rozwiązania i międzynarodowe inicjatywy. *Edukacja Międzykulturowa*, 21(2), 69-82.
- Dec-Pietrowska, J., & Walendzik-Ostrowska, A. (2020). Wokół problematyki edukacji seksualnej w Polsce. *Wychowanie w Rodzinie*, XXIII (2/2020), 229-242.
- Denford, S., Abraham, C., Campbell, R. & Busse H. (2017). A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychologu Review*, 11(1), 33-52.
- Goldfarb, E.S. & Lieberman, L.D. (2021). Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education, *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 13-27.
- Izdebski, Z., Dec-Pietrowska, J., Kozakiewicz, A. & Mazur, J. (2022). What One Gets Is Not Always What One Wants – Young Adults' Perception of Sexuality Education in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1366.
- Jiménez-Ríos, F.J., González-Gijón, G., Martínez-Heredia, N., Amaro Agudo, A. (2023). Sex Education and Comprehensive Health Education in the Future of Educational Professionals, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3296.
- Kantor, L.M. & Lindberg, L. (2020). Pleasure and Sex Education: The Need for Broadening Both Content and Measurement. *American Journal of Public Health*, 110(2), 145-148.

- Kirby, D., & Laris, B.A. (2009). Effective curriculum-based sex and STD/HIV education programs for adolescents. *Child Development Perspectives*, 3(1), 21-29.
- Niland, R., Flinn C. & Nearchou F. (2024). Assessing the role of school-based sex education in sexual health behaviours: a systematic review. *Cogent Psychology*, 11, 2309752.
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators*. Geneva: WHO. Pobrano z: <https://iris.who.int/handle/10665/119953> [dostęp 15.09.2024].
- WHO (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*, Geneva: WHO. Pobrano z: <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf> [dostęp 20.09.2024].
- WHO (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO, Pobrano z: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf [dostęp: 15.09.2024].
- WHO (2012). *Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*. Lublin: Wydawnictwo Czelej, https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_Standards_Polish.pdf [dostęp: 16.09.2024].
- Wolny, B. (2019). *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Warszawa: ORE, https://ore.edu.pl/wp-content/uploads/2019/05/edukacja_zdrowotna_w_szkole_new.pdf [dostęp 20.09.2024].
- Wojnarowska, B. (red.) (2023). *Edukacja zdrowotna, Podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN.
- UNESCO (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. 2018. Pobrano z: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770_eng [dostęp 20.09.2024].

ZASOBY WZMACNIAJĄCE ZDROWIE

Zasoby indywidualne i zewnętrzne są czynnikami sprzyjającymi utrzymaniu i potęgowaniu zdrowia. Są szczególnie ważne w okresie dorastania, pomagając w radzeniu sobie ze stresem, często wynikającym z rosnących oczekiwań społecznych. W części tej omówiono trzy tematy: wsparcie społeczne, postrzeganie własnej niezależności przez uczniów oraz kompetencje zdrowotne w znaczeniu *health literacy*. Zastosowane narzędzia badawcze wykraczają poza zakres kwestionariusza HBSC, mogą więc stanowić ważny głos w dyskusji na temat kondycji psychicznej polskich uczniów.

Alicja Kozakiewicz
Joanna Mazur

WSPARCIE SPOŁECZNE – ROLA RODZICÓW I RÓWIEŚNIKÓW W ŻYCIU NASTOLATKÓW

Wprowadzenie

Okres dojrzewania stanowi kluczowy etap w życiu jednostki, charakteryzujący się istotnymi zmianami w sferach rozwoju fizycznego, poznawczego, społecznego i emocjonalnego (Sawyer i in., 2012). W tym kontekście rodzina odgrywa fundamentalną rolę w kształtowaniu rozwoju dziecka, wpływając na jego zdrowie psychiczne i emocjonalne (Jenssen i Walley, 2019). Wsparcie ze strony rodziny, przejawiające się poprzez szacunek i uwagę ze strony rodziców, jest kluczowym czynnikiem chroniącym młodzież i sprzyja efektywnemu radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi oraz niekorzystnymi wydarzeniami życiowymi (Hojat, 1998). W rezultacie nastolatki mogą dążyć do osiągnięcia samodzielności i niezależności, jednocześnie rozwijając relacje przyjacielskie i opierając się na nich w trudnych momentach (Sawyer i in., 2012). Z tego względu także przyjaźnie odgrywają równie istotną rolę w kontekście zdrowia psychicznego i emocjonalnego młodzieży.

W miarę jak relacje społeczne młodych ludzi się zmieniają, rośnie wpływ rówieśników na ich zdrowie psychiczne oraz ogólne samopoczucie, podczas gdy wpływ rodziców może ulegać osłabieniu (Mitic i in., 2021). Niemniej jednak, pomimo tych przemian, relacje rodzic–dziecko wciąż odgrywają kluczową rolę w rozwoju młodzieży (Blair i Perry, 2019). Ponadto młodzi ludzie często angażują się w złożone, nakładające się relacje społeczne z członkami rodziny, przyjaciółmi oraz rówieśnikami, które mogą znacząco wpływać na ich rozwój psychospołeczny oraz samopoczucie psychiczne (Cavanaugh i Buehler, 2016).

Badania dotyczące relacji między wychowaniem a zdrowiem psychicznym młodych ludzi sugerują, że młodzież, która cieszy się silnymi i pozytywnymi relacjami z rodzicami, doświadcza mniejszych problemów ze zdrowiem psychicznym (Cavanaugh i Buehler, 2016; Spilt i in., 2015). Ponadto badania wskazują, że młodzi ludzie, którzy czuli się wspierani przez swoich rodziców, zgłaszali mniej objawów depresji (Hazel i in., 2014) oraz mniejsze poczucie samotności (Cavanaugh i Buehler, 2016).

Co więcej, doświadczanie pozytywnych relacji z rodzicami może zwiększać prawdopodobieństwo, że młodzi ludzie będą nawiązywać wysokiej jakości relacje z rówieśnikami (Blair i Perry, 2019). Młodzi ludzie, którzy doświadczają bezpiecznej więzi z rodzicami, odczuwają wyższy poziom przywiązania do rówieśników, co przejawia się silniejszym poczuciem więzi z przyjaciółmi (Oldfield i in., 2016). Dodatkowo badania wykazały, że uczniowie, którzy doświadczali wyższego poziomu wrażliwości rodzicielskiej – mierzonej jako interakcje charakteryzujące się wsparciem oraz poszanowaniem autonomii dziecka – rozwijali bardziej prospołeczne zachowania, takie jak współpraca (Blair i Perry, 2019). Ponadto zgłaszali oni wyższą jakość przyjaźni oraz więcej pozytywnych interakcji z rówieśnikami (Blair i Perry, 2019).

Jednocześnie badania wykazały, że doświadczanie odrzucenia ze strony rodziców, manifestującego się poprzez uczucie bycia niechcianym, oraz niedostateczna uwaga ze strony rodziców mogą prowadzić do zwiększonej liczby zachowań internalizacyjnych, takich jak wycofanie społeczne oraz uczucie nieszczęścia, a także zachowań eksternalizacyjnych, w tym agresywnych interakcji z rówieśnikami (Jager i in., 2016). Ponadto brak wsparcia ze strony rodziców i rówieśników został powiązany z nasiloną symptomatologią problemów psychicznych oraz rzadszym występowaniem zdrowych zachowań wśród nastolatków (Li i in., 2022).

Środowisko, w którym rozwija się dziecko, w tym dynamika grupy rówieśniczej, a także wsparcie ze strony rodziny, mają kluczowe znaczenie dla jego zdolności do budowania pozytywnych i zdrowych relacji. Zrozumienie, w jaki sposób te czynniki są ze sobą powiązane i wpływają na interakcje społeczne, może stanowić fundament dla opracowania skutecznych interwencji. Długofalowe efekty tych interwencji mogą obejmować poprawę jakości życia młodzieży, redukcję problemów psychicznych oraz zwiększenie ich umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych.

Zmienne i wskaźniki

W kwestionariuszu badania uczniów województwa lubuskiego zrezygnowano z pytań HBSC na temat wsparcia ze strony rówieśników i rodziny, ponieważ zbliżone treściowo pytania znajdują się w kwestionariuszu KDSCREEN-27 (Mazur i in., 2011). Na tym

etapie prezentacji wyników analizowane są wybrane pytania z tego narzędzia do pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem, jak również budowane są alternatywne indeksy.

Relacje z rodzicami badano, używając krótkiego indeksu trzech pytań wybranych z obszaru Niezależność i Relacje z Rodzicami, a relacje z kolegami i koleżankami, używając krótkiego indeksu trzech pytań wybranych z obszaru Wsparcie Społeczne i Koledzy. Pozostałe pytania tych dwóch oryginalnych wymiarów KIDSREEN-27 są omówione w niezależnych rozdziałach na temat sytuacji materialnej rodziny oraz autonomii uczniów.

Składowe analizowanych indeksów to:

Wsparcie rodzicielskie:	Wsparcie rówieśnicze:
Rodzic(e) mieli dla Ciebie wystarczająco dużo czasu?	Bawiłeś się z koleżankami i kolegami?
Rodzic(e) traktowali Cię dobrze i sprawiedliwie (równo z innymi)?	Ty i Twoi koledzy lub koleżanki pomagaliście sobie nawzajem?
Mogłeś porozmawiać z rodzicem(ami), kiedy tylko chciałeś?	Mogłeś polegać na swoich koleżankach lub kolegach?

Uczniowie odpowiadali z perspektywy ostatniego tygodnia, jak często mieli powyższe doświadczenia w relacjach z rodzicami oraz kolegami lub koleżankami (nigdy, rzadko, dość często, bardzo często, zawsze).

Zbudowano indeksy sumaryczne o zakresie 0-12 punktów, które podzielono umownie na trzy przedziały odpowiadające niskiemu, przeciętnemu i wysokiemu poziomowi wsparcia społecznego. Przyjęto jednakowe punkty odjęcia (4/5 i 9/10 punktów). Oba indeksy mają strukturę jednoczynnikową i charakteryzują się dobrą rzetelnością (alfa-Cronbacha odpowiednio 0,867 dla skali wsparcia ze strony rodziców i 0,832 w odniesieniu do kolegów i koleżanek). Należy jednak pamiętać, że przy takiej klasyfikacji można wnioskować o różnicach między grupami młodzieży, ale nie można oceniać obiektywnie poziomu odczuwanego wsparcia społecznego w badanej populacji (która nie jest sama dla siebie normą). Średni poziom wsparcia ze strony rodziców jest wyższy niż wsparcia ze strony kolegów ($7,40 \pm 3,31$ wobec $7,00 \pm 3,04$). W dalszej analizie zwrócono szczególną uwagę na wskaźnik niskiego poziomu wsparcia społecznego (gorszych relacji z rodzicami oraz kolegami lub koleżankami).

Wyniki

Wsparcie rodzicielskie

Z danych zawartych w tabeli 25 wynika, że poziom wsparcia ze strony rodziców w populacji młodzieży lubuskiej różni się w zależności od płci i wieku. W VII klasie szkoły

podstawowej 14% chłopców oraz 23% dziewcząt zgłaszało niski poziom wsparcia rodzicielskiego. Przeciętny poziom wsparcia dotyczył 52,1% chłopców i 49,4% dziewcząt, natomiast wysoki poziom wsparcia odczuwało 33,9% chłopców i 27,6% dziewcząt.

Tabela 25. Rozkład procentowy poziomu wsparcia ze strony rodziców w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9268)

Klasa	Płeć	Poziom wsparcia ze strony rodziców (%)		
		niski	przeciętny	wysoki
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	14,0	52,1	33,9
	Dziewczyna	23,0	49,4	27,6
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	15,0	50,8	34,1
	Dziewczyna	26,3	48,8	24,9
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	16,7	53,0	30,3
	Dziewczyna	24,4	49,7	25,9

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 148,2$; df = 2; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 12,4$; df = 4; $p = 0,012$.

W I klasie szkoły ponadpodstawowej odsetek młodzieży zgłaszającej niski poziom wsparcia nieznacznie wzrósł – 15% u chłopców i 26,3% u dziewcząt. Przeciętny poziom wsparcia w tej grupie dotyczył 50,8% chłopców i 48,8% dziewcząt, a wysoki poziom wsparcia rodzicielskiego zgłosiło 34,1% chłopców i 24,9% dziewcząt. W III klasie szkoły ponadpodstawowej niski poziom wsparcia zgłaszało 16,7% chłopców oraz 24,4% dziewcząt. Przeciętny poziom dotyczył 53,0% chłopców i 49,7% dziewcząt, a wysoki poziom wsparcia odczuwało 30,3% chłopców i 25,9% dziewcząt. Wyniki testu χ^2 potwierdzają istotne różnice w poziomie wsparcia w zależności od płci ($p < 0,001$) oraz wieku ($p = 0,012$).

Tabela 26. Rozkład procentowy wsparcia ze strony rodziców w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9256)

Powiat	Poziom wsparcia ze strony rodziców (%)		
	niski	przeciętny	wysoki
m. Gorzów Wielkopolski	21,0	51,7	27,3
m. Zielona Góra	19,4	49,6	31,0
gorzowski	22,9	49,1	28,0
krośnieński	21,6	51,7	26,8
międzyrzecki	18,5	49,6	31,9
nowosolski	22,3	50,1	27,6
ślubicki	21,5	47,9	30,6
strzelecko-drezdenecki	22,4	51,2	26,4

Powiat	Poziom wsparcia ze strony rodziców (%)		
	niski	przeciętny	wysoki
sulęciński	21,4	51,3	27,3
świebodziński	17,5	52,2	30,4
wschowski	20,5	44,6	34,9
zielonogórski	18,8	51,7	29,5
żagański	19,7	47,5	32,9
żarski	17,5	52,9	29,6

Dane w tabeli 26 pokazują, że poziom wsparcia rodzicielskiego różni się w zależności od powiatu. Najwyższy odsetek młodzieży zgłaszającej niski poziom wsparcia występuje w powiecie gorzowskim (22,9%), a najniższy w powiatach świebodzińskim i żarskim (17,5%). Przeciętny poziom wsparcia dominuje w większości powiatów, wahając się od 44,6% w powiecie wschowskim do 52,9% w żarskim. Wysoki poziom wsparcia najczęściej zgłaszano w powiecie wschowskim (34,9%), natomiast najrzadziej w powiecie krośnieńskim (26,8%).

Wsparcie koleżeńskie

Wyniki w tabeli 27 pokazują, że wsparcie ze strony rówieśników różni się w zależności od płci ($p = 0,027$) i wieku ($p < 0,001$). W każdej grupie wiekowej odsetek uczniów z przeciętnym wsparciem dominuje, osiągając najwyższą wartość u dziewcząt w III klasie szkoły ponadpodstawowej (61,7%). Najwyższy odsetek niskiego wsparcia występuje u chłopców w VII klasie szkoły podstawowej (22,9%), a najniższy u dziewcząt w I klasie szkoły ponadpodstawowej (15,9%). Wysoki poziom wsparcia najczęściej zgłaszały dziewczęta z I klasy szkoły ponadpodstawowej (24,2%), natomiast najrzadziej dziewczęta z III klasy szkoły ponadpodstawowej (17,1%).

Tabela 27. Rozkład procentowy poziomu wsparcia ze strony kolegów i koleżanek w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; $N = 9294$)

Klasa	Płeć	Poziom wsparcia ze strony kolegów i koleżanek (%)		
		niski	przeciętny	wysoki
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	22,9	57,2	19,9
	Dziewczyna	22,1	55,2	22,7
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	20,0	59,2	20,9
	Dziewczyna	15,9	60,0	24,2
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	20,2	60,3	19,5
	Dziewczyna	21,1	61,7	17,1

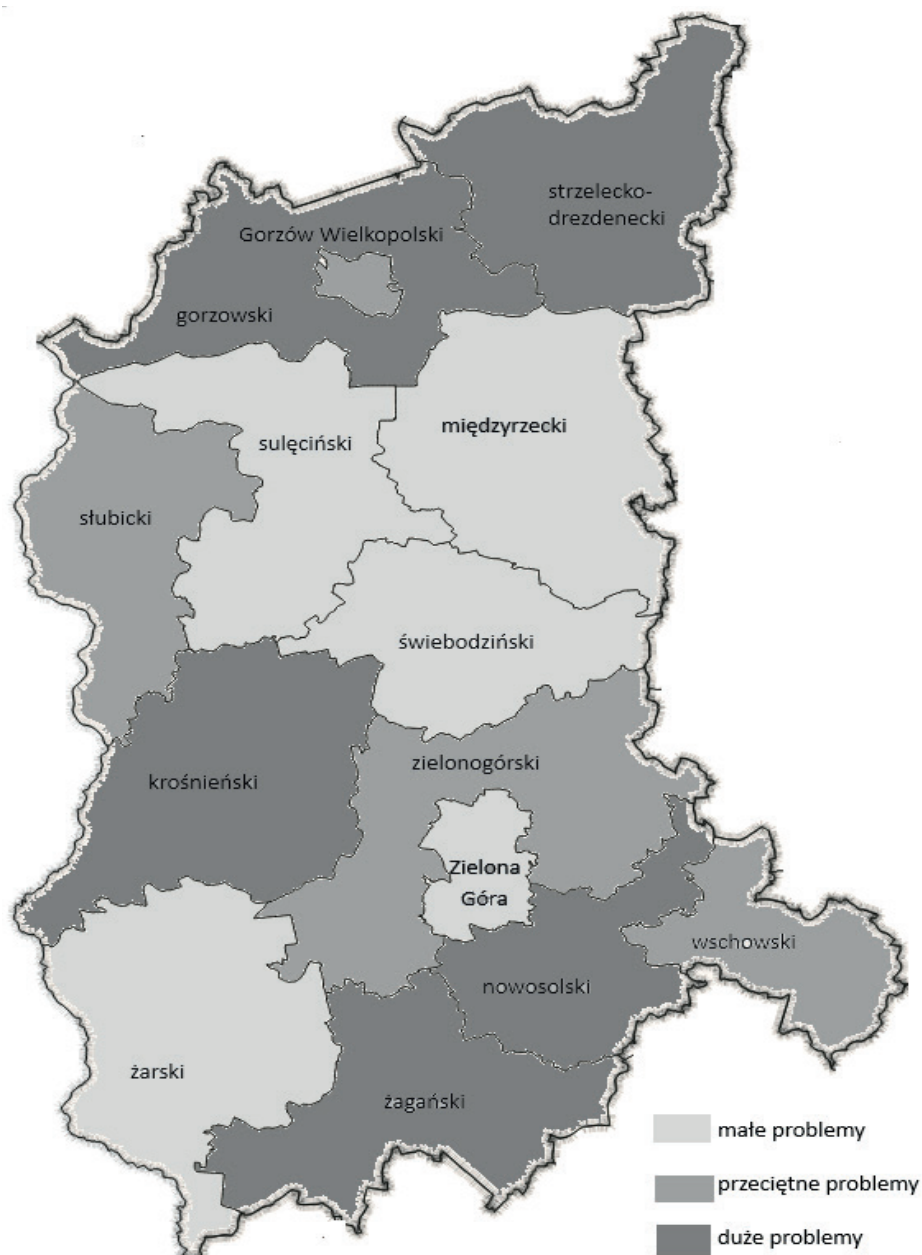
Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 7,2$; $df = 2$; $p = 0,027$; wiek: $\chi^2 = 40,6$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Wyniki w tabeli 28 pokazują zróżnicowanie poziomu wsparcia ze strony rówieśników w zależności od powiatu. Najwyższy odsetek niskiego wsparcia występuje w powiecie strzelecko-drezdeneckim (29,1%), a najniższy w powiecie sulęcińskim (17,4%). Przeciętne wsparcie dominuje w większości powiatów, osiągając najwyższy poziom w Zielonej Górze (61,6%). Wysokie wsparcie najczęściej zgłaszają uczniowie z powiatu sulęcińskiego (24,3%) i krośnieńskiego (23,2%), natomiast najrzadziej w powiecie strzelecko-drezdeneckim (11,9%).

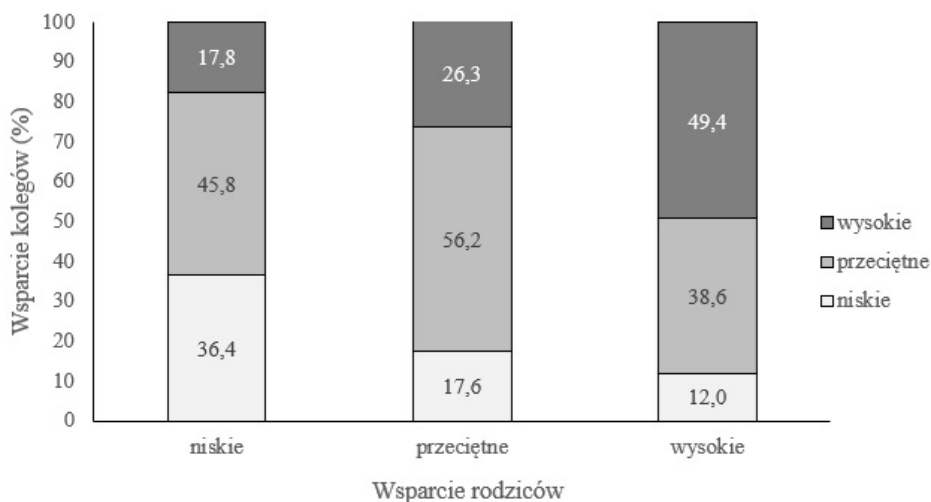
Tabela 28. Rozkład procentowy wsparcia ze strony kolegów i koleżanek w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9285)

Powiat	Poziom wsparcia ze strony kolegów i koleżanek (%)		
	niski	przeciętny	wysoki
m. Gorzów Wielkopolski	20,9	58,5	20,6
m. Zielona Góra	17,5	61,6	20,9
gorzowski	22,3	56,4	21,3
krośnieński	22,1	54,7	23,2
międzyrzecki	18,7	59,8	21,5
nowosolski	20,1	59,0	20,9
ślubicki	17,6	60,3	22,1
strzelecko-drezdenecki	29,1	58,9	11,9
sulęciński	17,4	58,2	24,3
świebodziński	18,1	59,7	22,2
wschowski	21,9	56,3	21,7
zielonogórski	22,4	59,4	18,2
żagański	22,7	56,3	21,0
żarski	21,4	58,3	20,4

Wynik testu chi-kwadrat Pearsona wykazał istotną zależność między analizowanymi zmiennymi ($\chi^2 = 49,385$; $df = 26$, $p = 0,004$). Analiza reszt skorygowanych wykazała istotne odchylenia od oczekiwanej liczebności wsparcia rówieśniczego w poszczególnych powiatach. Wyraźnie negatywnie wyróżnia się powiat strzelecko-drezdenecki, gdzie obserwuje się znacznie wyższy odsetek niskiego wsparcia, niż oczekiwano (reszta 3,8) oraz znacznie niższy odsetek wysokiego wsparcia (-3,9). Na korzyść wyróżnia się Zielona Góra, gdzie odnotowano niższy niż oczekiwany poziom niskiego wsparcia (reszta -2,7) oraz wyższy przeciętny poziom wsparcia (reszta 2,2). Pozostałe powiaty wykazują mniejsze odchylenia, co sugeruje bardziej zbliżone do oczekiwanych rozkłady wsparcia rówieśniczego.



Rycina 14. Porównanie problemów w obszarze wsparcia społecznego w zależności od powiatu lokalizacji szkoły według uśrednionej rangi



Rycina 15. Poziom odczuwanego wsparcia ze strony kolegów i koleżanek w zależności od relacji z rodzicami

Analizy łączone

Wyniki przedstawione na rycinie 14 ilustrują różnice w poziomie wsparcia. Powiaty zostały sklasyfikowane na podstawie ich średnich wartości, które wskazują na obecność dużych, przeciętnych lub małych problemów ze wsparciem. W powiatach z dużymi problemami znajdują się: strzelecko-drezdenecki, gorzowski, krośnieński, żagański i nowosolski. Powiaty z umiarkowanymi problemami to: zielonogórski, wschowski, m. Gorzów Wielkopolski oraz słubicki. W kategorii małych problemów znalazły się powiaty: sulęciński, żarski, międzyszecki, m. Zielona Góra oraz świebodziński.

Rycina 15 ilustruje zależność między poziomem wsparcia rodziców a poziomem odczuwanego wsparcia ze strony rówieśników. Analiza wyników wskazuje, że im wyższe jest wsparcie od rodziców, tym częściej badani deklarują również wyższy poziom wsparcia ze strony kolegów i koleżanek. W grupie osób o niskim poziomie wsparcia rodziców dominujące jest przeciętne wsparcie od rówieśników (45,8%), natomiast wysokie wsparcie występuje stosunkowo rzadko (17,8%). W tej grupie aż 36,4% badanych odczuwa również niskie wsparcie ze strony rówieśników. Wśród osób, które oceniają wsparcie rodziców jako przeciętne, ponad połowa (56,2%) doświadcza przeciętnego wsparcia od kolegów i koleżanek, podczas gdy 26,3% deklaruje wysokie wsparcie ze strony rówieśników, a jedynie 17,6% ocenia je jako niskie. W przypadku badanych, którzy otrzymują wysokie wsparcie od rodziców, niemal połowa (49,4%) doświadcza również wysokiego wsparcia od kolegów i koleżanek, a przeciętne wsparcie deklaruje

38,6% respondentów. Niskie wsparcie od rówieśników w tej grupie odczuwa jedynie 12,0% badanych. Wyniki wskazują na wyraźną tendencję, zgodnie z którą wyższy poziom wsparcia rodziców sprzyja częstszemu odczuwaniu wysokiego wsparcia ze strony rówieśników, co sugeruje, że wsparcie rodzinne może odgrywać istotną rolę w kształtowaniu relacji z rówieśnikami.

Podsumowanie

- **Wsparcie rodzicielskie:** dziewczęta częściej zgłaszają niski poziom wsparcia rodzicielskiego – w VII klasie 23%, w I klasie szkoły ponadpodstawowej 26,3%, a w III klasie 24,4% – w porównaniu z chłopcami (odpowiednio 14%, 15% i 16,7%). Chłopcy natomiast częściej doświadczają wysokiego wsparcia rodzicielskiego.
- **Wsparcie rodzicielskie:** najniższy poziom wsparcia rodzicielskiego odnotowano w powiecie żarskim (17,5%), natomiast najwyższe wsparcie rodzicielskie otrzymuje młodzież z powiatu wschowskiego (34,9%).
- **Wsparcie rówieśnicze:** dziewczęta z VII klasy szkoły podstawowej rzadziej zgłaszają niski poziom wsparcia rówieśniczego (22,1%) niż chłopcy (22,9%), podobnie jak w klasie I (15,9% vs. 20,0%). W III klasie dziewczęta zgłaszają wyższy poziom niskiego wsparcia (21,1%) niż chłopcy (20,2%). Najwyższy poziom wsparcia rówieśniczego deklarują dziewczęta z I klasy szkoły ponadpodstawowej, osiągając 24,2%.
- **Wsparcie rówieśnicze:** najwyższy odsetek niskiego wsparcia występuje w powiecie strzelecko-drezdeneckim (29,1%), podczas gdy wysokie wsparcie najczęściej zgłaszają uczniowie z powiatu sulcińskiego (24,3%).
- **Zróżnicowanie regionalne:** powiaty z najmniejszymi problemami w obszarze wsparcia ogółem to sulciński, żarski, międzyrzecki, m. Zielona Góra oraz świebodziński.
- **Zależność:** wyższy poziom wsparcia rodziców sprzyja częstszemu odczuwaniu wysokiego wsparcia ze strony rówieśników – w grupie z niskim wsparciem rodziców odsetek osób doświadczających wysokiego wsparcia od kolegów i koleżanek wynosi 17,8%, w grupie z przeciętnym wsparciem rodziców 26,3%, a w grupie z wysokim wsparciem rodziców 49,4%.

Bibliografia

- Blair, B.L., & Perry, N.B. (2019). Parental sensitivity and friendship development: The mediating role of cooperation. *Social Development*, 28(1), 106-119.
- Cavanaugh, A.M., & Buehler, C. (2016). Adolescent loneliness and social anxiety: The role of multiple sources of support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(2), 149-170.

- Deater-Deckard, K. (2016). Early adolescents' unique perspectives of maternal and paternal rejection: Examining their across-dyad generalizability and relations with adjustment 1 year later. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(10), 2108-2124.
- Hazen, N.A., Oppenheimer, C.W., Technow, J.R., Young, J.F., & Hankin, B.L. (2014). Parent relationship quality buffers against the effect of peer stressors on depressive symptoms from middle childhood to adolescence. *Developmental Psychology*, 50(8), 2115-2123.
- Hojat, M. (1998). Protecting adolescents from harm. *JAMA*, 279(5), 353-354.
- Jager, J., Mahler, A., An, D., Putnick, D.L., Bornstein, M.H., Lansford, J.E., Steinberg, L.
- Jenssen, B.P., Walley, S.C., & Section on Tobacco C. (2019). E-cigarettes and similar devices. *Pediatrics*, 143(2), e20183652.
- Li, L., Xu, G., Zhou, D., Song, P., Wang, Y. & Bian, G. (2022). Prevalences of parental and peer support and their independent associations with mental distress and unhealthy behaviors in 53 countries. *International Journal of Public Health*, 67, 1604648.
- Mazur, J., Małkowska-Szkućnik, A., Dzielska, A., Tabak, I. (2011). *Polska wersja kwestionariuszy do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży (KIDSCREEN)*. Instytut Matki i Dziecka, wyd. 2. Warszawa.
- Mitic, M., Woodcock, K.A., Amering, M., Krammer, I., Stiehl, K.A.M., Zehetmayer, S. & Möller, H. (2021). An integrated model of supportive peer relationships in early adolescence: A systematic review and exploratory meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 589403.
- Oldfield, J., Humphrey, N. & Hebron, J. (2016). The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 21-29.
- Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S.J., Dick, B., Ezech, A.C. & Patton, G.C. (2012). Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640.
- Spilt, J.L., Van Lier, P.A.C., Branje, S.J. T., Meeus, W. & Koot, H.M. (2015). Discrepancies in perceptions of close relationships of young adolescents: A risk for psychopathology? *Journal of Youth and Adolescence*, 44(4), 910-921.

Katarzyna Porwit

AUTONOMIA UCZNIÓW

Wprowadzenie

W niniejszym rozdziale prezentujemy wyniki odnoszące się do szeroko rozumianej autonomii i wpływu na własne życie oraz otoczenie.

Autonomia (z grec. samostanowienie), rozumiana jako samodzielność i niezależność w decydowaniu o sobie, jest uniwersalną i podstawową potrzebą ludzkiego dobrostanu psychicznego. Umożliwia działania z własnej woli, z poczuciem sprawczości, skuteczności i zaangażowaniem. W miarę rozwoju dzieci pragną, rozwijają i osiągają większą autonomię poprzez trenowanie możliwości wyboru spośród wielu alternatyw (Nobusako i in., 2024). Stwierdzono, że wraz ze wzrostem autonomii u nastolatków (w wieku 11-19 lat), są one w stanie coraz skuteczniej rozumować na temat relacji między przyczynami i ich konsekwencjami (Modrek i Sandoval, 2020), co jest ważne w kontekście zachowań prozdrowotnych lub ryzykownych. Badania wskazują, że czas nauki w szkole średniej i wczesna dorosłość są ważnym okresem w rozwoju sprawczości ze względu na intensywny rozwój sieci neuronalnych odpowiedzialnych za myślenie przyczynowo-skutkowe i ujawniające się w tym okresie pragnienie większej autonomii.

Rozwijanie poczucia własnej skuteczności w okresie szkolnym pozwala młodzieży zauważyć, że niezależnie od stopnia trudności zadania, to jednostka podejmuje działania i ma wpływ na ich efekt. Wywieraniu przyczynowego wpływu na świat towarzyszy poczucie kontroli nad własnymi działaniami. Wyniki badań wykazały, że promowanie przez rodziców autonomii było ważnym wymiarem wpływającym na jakość życia związaną ze zdrowiem (Jiménez-Iglesias i in., 2015).

Pragnienie autonomii to jedno, a możliwość jego realizacji w praktyce to drugie. Zadane w ankiecie pytania pozwalają spojrzeć na możliwość samodzielnego dysponowania czasem wolnym i wybory podejmowanych przez młodzież aktywności. Zakłada się, że w przypadku starszych dzieci i nastolatków dysponowanie wolnym czasem jest niezbędne dla poznawczego, fizycznego, społecznego i emocjonalnego dobrostanu dzieci i młodzieży (Ginsburg, 2007). Warto jednak odnotować wyniki badań podłużnych, które z kolei pokazują, że spędzanie zbyt dużej ilości czasu na interakcjach z przyjaciółmi w nieustrukturyzowanych kontekstach wiąże się z wyższymi wskaźnikami zachowań problemowych (Osgood i in., 1996).

We współczesnym świecie rozwój autonomii rozumianej jako możliwość samodzielnego zarządzania czasem wolnym przez młodzież napotyka wiele ograniczeń. Już od końca XX w. zaczęły się zmiany w stylu życia rodzin i społeczeństw, wpływając na sposoby spędzania wolnego czasu przez młodzież. Spadła liczba godzin spędzanych na nieustrukturyzowanych zajęciach na świeżym powietrzu na rzecz zajęć zorganizowanych i biernej rozrywki (Hofferth i Sandberg, 2004). Duża liczba godzin spędzanych na grach komputerowych czy oglądaniu filmów i mediów społecznościowych, zamiast wspierać rozwój, może przynosić negatywne skutki zdrowotne i rozwojowe. Dodatkowo możliwość samodzielnego spędzania czasu poza domem i nadzorem dorosłych ogranicza postrzeganie przez opiekunów otoczenia (podwórka, dzielnicy) jako zagrażającego bezpieczeństwu dzieci i młodzieży. W tej sytuacji wraz z rozpowszechnieniem się modelu rodziny nuklearnej, rodzice jako jedyni i jednocześnie pracujący opiekunowie nie mogą często zapewnić dzieciom opieki inaczej niż poprzez zajęcia zorganizowane (Ginsburg, 2007).

Równocześnie wzrosła kulturowa presja na osiągnięcia i planowanie sukcesu w przyszłym życiu młodych ludzi. W szkołach zajęcia o charakterze akademickim przejmują czas przeznaczany wcześniej na zajęcia ruchowe i zabawę, a związane z tym przeciążenie nauką zwiększa poziom stresu (Brown i in., 2011). Z drugiej strony rodzice w trosce o dobry start dzieci starają im się zapewnić jak najwięcej rozwijających zajęć pozaszkolnych. Choć udział w zorganizowanych zajęciach niesie ze sobą korzyści dla rozwoju osobistego, budując motywację, koncentrację oraz stawiając wyzwania (Larson, 2001), to u niektórych dzieci kosztem jest zwiększony poziom niepokoju, stresu oraz brak wolnego czasu na regenerację psychiczną (Ginsburg, 2007). Niezaplanowany czas wolny może chronić przed skutkami takiej presji.

Również szkoły mogą wpływać na kształtowanie się autonomii i budowanie poczucia sprawczości, które potencjalnie wzmacniają funkcje ochronne i poprawiają rezyliencję uczniów. Jedną z kluczowych cech szkół promujących zdrowie jest to, że uczniowie uczestniczą w podejmowaniu decyzji dotyczących funkcjonowania szkoły. Uczestnictwo to ma znaczenie dla budowania zaangażowania, poczucia przynależności

i identyfikacji ze szkołą, które jest pozytywnie powiązane z pożądanymi akademickimi, społecznymi i emocjonalnymi wynikami uczenia się (Klem i Connell, 2004) oraz ogólnym dobrostanem uczniów (Fredricks i in., 2004; Veiga i in., 2009). Demokratyczne zarządzanie szkołą pozwala na zmianę postrzegania przez dzieci zachowań agresywnych oraz znaczną poprawę ich samopoczucia i stosunku do szkoły (Boberova i in., 2017).

Zmienne i wskaźniki

Niezależność w podejmowaniu decyzji według skali Mental Health Literacy

Zgodnie z teorią podstawowych potrzeb psychologicznych dobre zdrowie psychiczne można przewidzieć na podstawie trzech wymiarów: kompetencji, autonomii i pokrewieństwa (Deci i Vansteenkiste, 2004). Skala Mental Health Literacy (MHLS-9) jest skróconą wersją, obejmującą te trzy wymiary – po trzy pytania na każdy (Bjørnsen i in., 2024). Korzystając z MHLS-9, można nakreślić obszary, w których uczniowie uzyskują niskie wyniki, aby dostosować edukację w zakresie promocji zdrowia psychicznego w szkołach. W niniejszym rozdziale skoncentrowano się na wymiarze autonomii.

Wymiar autonomii w skali MHL opisuje postawę wobec samodzielności w podejmowaniu decyzji poprzez pytanie o podejmowanie decyzji opartych na własnej woli oraz dwa pytania o ustalanie granic dla własnych czynów (tego, co jest w porządku). Respondenci mogli wybrać odpowiedzi od *zdecydowanie nieważne* poprzez *raczej nieważne*, *ani nieważne*, *ani ważne* do *raczej ważne* i *bardzo ważne*. W zebranych materiale pytania skali decyzyjności tworzą jedną składową wyjaśniającą 72,5% wariancji i charakteryzującą się bardzo dobrą rzetelnością ze współczynnikiem alfa Cronbacha równym 0,810. Na pytania składowe skali odpowiedziało 99,1% uczniów z badanej próby.

Autonomia według KIDSCREEN-27

Trzy pytania KIDSCREEN-27 odnośnie do spędzania wolnego czasu pozwalają uchwycić, jak młodzież realizowała w praktyce swoją autonomię poprzez samodzielność w podejmowaniu decyzji w tym zakresie. Uczniowie byli pytani o to, czy w ciągu ostatniego tygodnia mieli wystarczająco dużo czasu dla siebie i okazji, aby wyjść z domu, oraz czy mogli w tym czasie robić to, na co mieli ochotę. Jak we wszystkich pytaniach KIDSCREEN-27 do wyboru było pięć opcji odpowiedzi: *nigdy*, *rzadko*, *czasami*, *przez większość czasu* oraz *zawsze*. W zebranych materiale pytania skali autonomii tworzą jedną składową wyjaśniającą 73,6% wariancji i charakteryzującą się bardzo dobrą rzetelnością ze współczynnikiem alfa Cronbacha równym 0,818. Na pytania składowe skali odpowiedziało 99,0% uczniów z badanej próby.

Partycypacja/podejmowanie decyzji na poziomie szkoły

W badaniu lubuskim zaimplementowano połowę stosowanego w HBSC od 2006 r. pakietu opcjonalnego na temat partycypacji uczniów w życiu szkoły. Składa się ona z trzech pozycji mierzących uczestnictwo w podejmowaniu decyzji na poziomie szkoły:

- *W naszej szkole uczniowie mają wpływ na planowanie i organizowanie aktywności i imprez szkolnych (tygodni lub dni tematycznych, tygodni lub dni sportowych, wycieczek, wyjazdów itp.).*
- *W naszej szkole uczniowie mają mnóstwo okazji, aby pomagać w decydowaniu i planowaniu szkolnych projektów.*
- *W naszej szkole pomysły uczniów są traktowane poważnie.*

Odpowiedzi można było udzielać na pięciostopniowej na skali od zdecydowanie zgadzam się (1) do zdecydowanie nie zgadzam się (5).

W zebranych materiale pytania skali dla podejmowania decyzji na poziomie szkoły tworzą jedną składową wyjaśniającą 74,9% wariancji i charakteryzującą się bardzo dobrą rzetelnością ze współczynnikiem alfa Cronbacha równym 0,831. Na pytania składowe skali odpowiedziało 99,1% uczniów z badanej próby.

Wyniki

Jeśli chodzi o prezentowane w tabeli 29 wyniki dotyczące potrzeby niezależności w podejmowaniu decyzji i wyznaczaniu granic swojego zachowania, zaobserwowano istotne różnice dla wartości niskich i wysokich tego wskaźnika. W większości grup w podziale na wiek i płeć udział osób o niskiej potrzebie decyzyjności jest niższy niż osób o wysokiej wartości tego wskaźnika. Wyjątkowa sytuacja występuje jedynie wśród chłopców w VII klasie szkoły podstawowej, gdzie zaobserwowano nieco wyższy udział osób o niskiej potrzebie niezależności w podejmowaniu decyzji (25,3%) niż wysokiej (22,8%).

W porównaniu z chłopcami w każdej kategorii wiekowej niższy jest udział dziewcząt, dla których niezależność w podejmowaniu decyzji jest nieważna i wyższy jest udział dziewcząt z wynikami wysokimi. Wśród dziewcząt wraz z wiekiem szybciej niż u chłopców rośnie różnica między udziałem badanych o niskiej i wysokiej potrzebie decyzyjności. O ile w VII klasie szkoły podstawowej uczennice o wysokim wskaźniku niezależności w decyzjach jest o 8,6 punktów procentowych (p.p.) więcej niż tych o niskim, o tyle w klasie I szkoły średniej jest ich już o 20,6 p.p. więcej, a w klasie III aż o 38,1 p.p. więcej. Dla chłopców w klasie I różnica między udziałem grupy o niskich i grupą o wysokich wartościach wskaźnika wynosi 6,1 p.p., czyli ponad 3 razy mniej niż u dziewcząt w tym wieku. W klasie III chłopców, dla których niezależność

w podejmowaniu decyzji jest ważna, jest o 20,3 p.p. więcej niż tych z niską potrzebą. Ta różnica jest prawie dwa razy mniejsza niż w przypadku dziewcząt (38,1 p.p.).

Podsumowując: ponieważ poczucie autonomii rozwija się z wiekiem, osiągając pełnię w okresie wczesnej dorosłości (Nobusako i in., 2024), to również w badaniu lubuskim waga samodzielnego podejmowania decyzji i ustalania granic wzrasta u obu płci wraz z wiekiem. Przy czym u dziewcząt ta potrzeba jest silniejsza, co również znajduje odzwierciedlenie w innych badaniach (Modrek i in., 2021).

Tabela 29. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o wagę samodzielności w podejmowaniu decyzji w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9328)

Klasa	Płeć	Nieależność w decyzjach (%)		
		nieważna	średnia	ważna
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	25,3	51,9	22,8
	Dziewczyna	19,5	52,4	28,1
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	19,9	54,1	26,0
	Dziewczyna	12,2	55,0	32,8
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	16,9	45,9	37,2
	Dziewczyna	8,0	45,9	46,1

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 113,5$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 238,7$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Mimo deklaratywnie niższej wagi, jaką chłopcy przywiązywali do możliwości samodzielnego podejmowania decyzji względem swojej osoby i działań (tab. 29), to oni osiągalni wyższe niż dziewczęta wyniki w praktycznej realizacji własnej autonomii w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie (tab. 30). Największą autonomię deklarowali najmłodsi badani chłopcy. W VII klasie szkoły podstawowej 38,0% z nich deklarowało wysoką autonomię, a 19,5% niską. Także w tej klasie zaobserwowano istotne różnice między płciami w udziale grupy o średnich wynikach. Jest ona większa wśród dziewcząt (50,6%) niż wśród chłopców (42,5%). W pozostałych grupach wiekowych, choć widoczne są różnice w wielkości grupy o średniej autonomii, to nie są one istotne statystycznie. Wśród chłopców w każdej kategorii wiekowej niższy był udział osób deklarujących niską realizację autonomii niż wysoką, u dziewcząt przeciwnie.

Warto jednak zauważyć, że z wiekiem, zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt, rośnie udział osób o niskim wskaźniku autonomii, a spada udział osób deklarujących wysoką autonomię. Ponieważ dwa z trzech pytań skali koncentrują się na czasie wolnym, to spadek wskaźnika może wiązać się z rosnącym obciążeniem nauką w starszych klasach. Przy czym u chłopców nieco wolniej rósł udział osób o niskim wskaźniku (od 19,5% do 22,0%), niż spadał udział chłopców o wysokim wskaźniku autonomii (z 38,0% do 30,1%).

Tabela 30. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o autonomię w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9313)

Klasa	Płeć	Autonomia (%)		
		niska	średnia	wysoka
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	19,5	42,5	38,0
	Dziewczyna	26,3	50,6	23,1
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	18,7	46,7	34,6
	Dziewczyna	30,2	48,5	21,3
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	22,0	47,9	30,1
	Dziewczyna	32,0	49,8	18,2

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 253,0$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 38,6$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 31, poczucie wpływu na życie szkoły zmienia się z wiekiem. W VII klasie szkoły podstawowej jest stosunkowo niskie, rośnie w I klasie szkoły ponadpodstawowej i ponownie spada w klasie III.

W klasie VII i III chłopcy charakteryzowali się większym udziałem odpowiedzi skrajnych niż dziewczęta. W klasie III spadł udział odpowiedzi średnich zarówno u dziewcząt (58,3%), jak i chłopców (56,2%) i zaobserwowano najwyższe wskaźniki niskiej partycypacji – 27,5% u chłopców i 26,5% u dziewcząt.

Tabela 31. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o partycypację w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9322)

Klasa	Płeć	Partycypacja (%)		
		niska	średnia	wysoka
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	24,3	60,3	15,4
	Dziewczyna	24,0	63,6	12,3
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	16,3	61,3	22,4
	Dziewczyna	12,2	62,7	25,1
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	27,5	56,2	16,3
	Dziewczyna	26,5	58,3	15,3

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 6,4$; $df = 2$; $p = 0,041$; wiek: $\chi^2 = 252,1$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Jeśli chodzi o klasę I szkoły ponadpodstawowej, to sytuacja była zgoła odmienna. Zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt wysoki był udział osób o wysokim jak i średnim wskaźniku partycypacji w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi. Co ciekawe, w tej grupie wiekowej nastąpiło odwrócenie tendencji i to dziewczęta miały wyższe poczucie sprawczości w szkole. Większy był udział dziewcząt o wysokim

wskaźniku (25,1% wobec 22,4% chłopców), jak również udział uczennic o niskim poczuciu partycypacji był istotnie niższy (12,2%) niż uczniów (16,3%).

Podsumowując: w świetle badań w województwie lubuskim wzrost partycypacji w życiu szkoły wiązał się w przejściu ze szkoły podstawowej do średniej, na co może mieć wpływ inne traktowanie uczniów przez nauczycieli w obu typach szkół. Z kolei spadek partycypacji pod koniec edukacji może wiązać się z brakiem odpowiedzi szkoły na dojrzewanie i rosnącą potrzebą autonomii młodzieży. Jeśli metody pracy szkoły nie zmieniają się wraz z wiekiem uczniów, to co było atrakcyjne dla 15-latków, młodym dorosłym przestaje wystarczać.

Jeśli chodzi o regionalne różnice między badanymi pod względem wagi, jaką przywiązują oni do samodzielnego podejmowania decyzji w odniesieniu do własnych działań (tab. 32), to nie zaobserwowano istotnych różnic między powiatami w niskich i średnich wartościach tego wskaźnika. Natomiast jeśli chodzi o udział uczniów, dla których aspekty wyznaczania granic własnych działań są ważne, to najwięcej było ich w powiecie strzelecko-drezdeneckim (43,2%) i gorzowskim (38,5%), a istotnie mniej w powiecie sulęcińskim (25,9%).

Tabela 32. Rozkład procentowy wyników dotyczących podejmowania decyzji w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9389)

Powiat	Niezaangażowanie w decyzjach (%)		
	nieważna	średnia	ważna
m. Gorzów Wielkopolski	15,9	51,6	32,6
m. Zielona Góra	17,6	52,6	29,8
gorzowski	13,5	48,0	38,5
krośnieński	19,0	52,7	28,3
międzyrzecki	14,5	51,0	34,4
nowosolski	18,0	50,1	32,0
słubicki	18,9	49,2	31,9
strzelecko-drezdenecki	12,5	44,2	43,2
sulęciński	19,3	54,8	25,9
świebodziński	16,0	51,5	32,6
wschowski	20,3	49,5	30,2
zielonogórski	16,9	46,2	36,9
żagański	18,7	48,4	32,9
żarski	17,4	51,7	30,9

Wyniki testu χ^2 : powiat: $\chi^2 = 59,4$; $df = 26$; $p < 0,001$.

Patrząc na wyniki wskaźnika autonomii po powiatach (tabela 33), warto zwrócić uwagę na powiat gorzowski i strzelecko-drezdenecki. O uczniach w powiecie strzelecko-drezdeneckim można powiedzieć, że mają niską autonomię – zaobserwowano tu zaskakująco wysoki (o 11,6 p.p. wyższy niż średnia) udział uczniów o niskich wartościach wskaźnika (36,7%) i najniższy udział grupy uczniów o wysokiej autonomii (19,7%).

W powiecie gorzowskim zaobserwowano sytuację odwrotną niż w strzelecko-drezdeneckim. Był to powiat z najwyższym udziałem uczniów o wysokiej autonomii (32,2%) i jeden z trzech o najniższym udziale grupy uczniów o niskiej autonomii (20,5%). Pozostałe powiaty o istotnie mniejszej grupie uczniów z niskim wskaźnikiem autonomii to powiaty sulęciński (19,2%) i krośnieński (19,5%). Natomiast w samym mieście Gorzów Wielkopolski, przeciwnie niż w otaczającym go powiecie, było istotnie więcej uczniów deklarujących niską autonomię (27,7%). Wyjaśnienie różnic regionalnych w wynikach tego wskaźnika wymaga dalszych pogłębionych badań nad czynnikami wpływającymi na zarządzania czasem wolnym przez uczniów.

Tabela 33. Rozkład procentowy wyników wskaźnika autonomii w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9390)

Powiat	Autonomia (%)		
	niska	przeciętna	wysoka
m. Gorzów Wielkopolski	27,7	47,6	24,6
m. Zielona Góra	25,1	48,2	26,7
gorzowski	20,5	47,3	32,2
krośnieński	19,5	51,6	28,9
międzyrzecki	23,7	47,6	28,8
nowosolski	23,6	50,1	26,3
ślubicki	25,9	46,0	28,1
strzelecko-drezdenecki	36,7	43,6	19,7
sulęciński	19,2	50,7	30,1
świebodziński	25,0	47,5	27,5
wschowski	21,3	47,3	31,4
zielonogórski	26,3	45,7	28,0
żagański	27,6	43,8	28,6
żarski	25,8	47,8	26,5

Wyniki testu χ^2 : powiat: $\chi^2 = 67,6$; $df = 26$; $p < 0,001$.

Deklarowana możliwość partycypacji w podejmowaniu decyzji dotyczących życia szkoły różniła się w ujęciu regionalnym w podziale na powiaty województwa lubuskiego (tab. 34). Najwyższy udział uczniów deklarujących wysoką partycypację był

w powiecie gorzowskim (26,5%) i międzyrzeckim (21,4%), który charakteryzował się też istotnie najniższym udziałem uczniów o niskim poczuciu partycypacji (18,0%). Jeszcze niższy wynik uzyskał powiat gorzowski (17,9%), jednak nie był to wynik istotny statystycznie. Najniższy udział uczniów deklarujących wysoką partycypację był w powiecie ślubickim (12,6%) i żarskim (13,8%). Tym samym w powiatach, gdzie szkoły bardziej dopuszczały uczniów do decyzji, wskaźniki wysokiej partycypacji były dwa razy wyższe. W uzupełnieniu obrazu tych dwóch powiatów ślubicki miał najwyższy udział uczniów deklarujących niską partycypację (27,0%), a żarski najliczniejszą grupę uczniów osiągających wyniki średnie na skali partycypacji (65,8%). Do powiatów z istotnie z dużym udziałem respondentów deklarujących niską partycypację zaliczają się także powiaty krośnieński (26,9%) i żagański (26,1%).

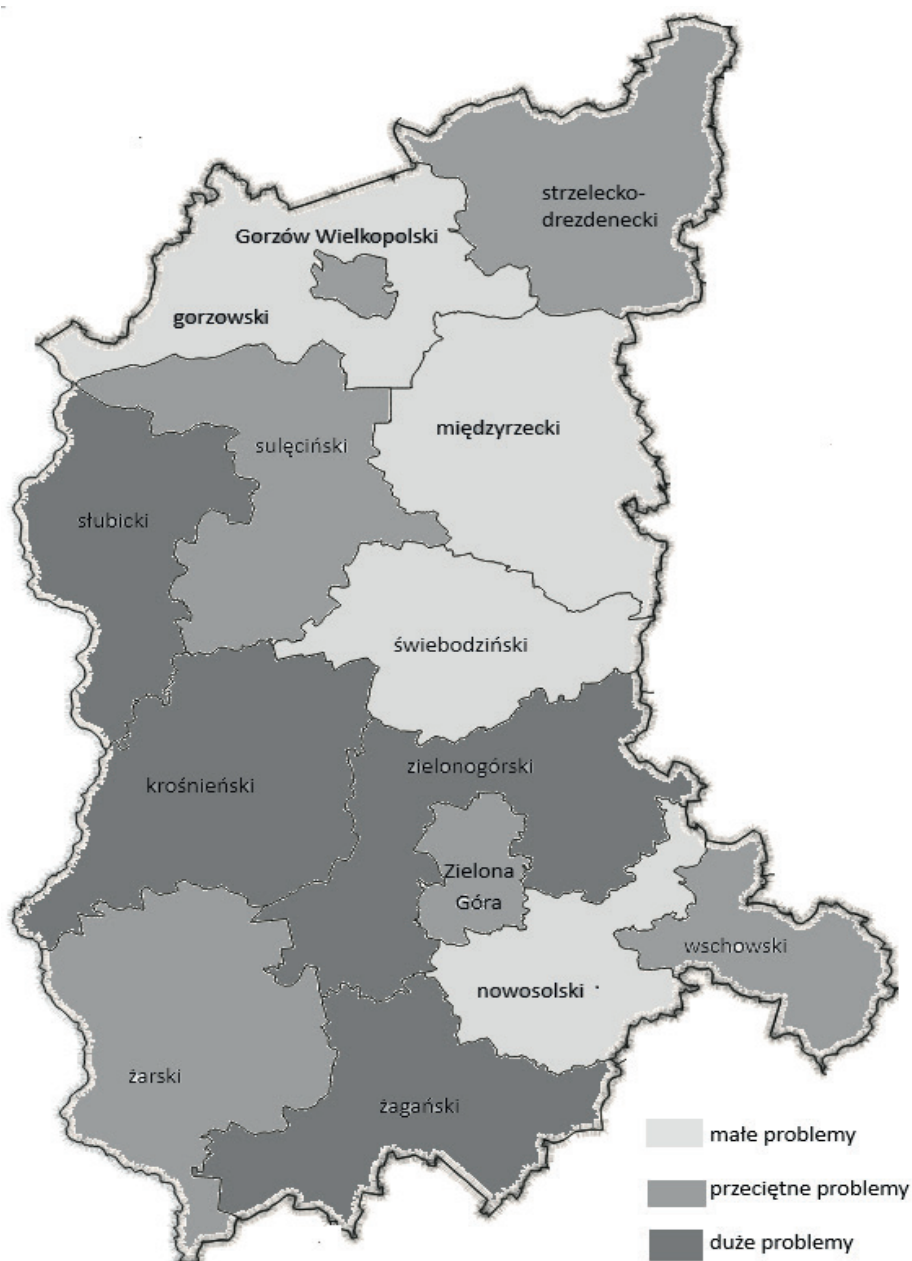
Podsumowanie wyników z tabeli 34 wskazuje, że powiatem o istotnie najwyższej statystycznie wysokiej partycypacji uczniów w życiu szkół był powiat międzyrzecki, a o najniższej – ślubicki i gorzowski.

Tabela 34. Rozkład procentowy wyników partycypacji w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9391)

Powiat	Partycypacja (%)		
	niska	średnia	wysoka
m. Gorzów Wielkopolski	22,0	57,8	20,2
m. Zielona Góra	22,7	59,2	18,1
gorzowski	17,9	55,6	26,5
krośnieński	26,9	56,4	16,6
międzyrzecki	18,0	60,6	21,4
nowosolski	18,8	62,2	19,0
ślubicki	27,0	60,4	12,6
strzelecko-drezdenecki	21,6	60,0	18,4
sulęciński	23,0	58,6	18,4
świebodziński	19,5	64,6	15,9
wschowski	21,0	63,1	15,8
zielonogórski	23,5	59,0	17,5
żagański	26,1	58,3	15,7
żarski	20,4	65,8	13,8

Wyniki testu χ^2 : powiat: $\chi^2 = 98,1$; $df = 26$; $p < 0,001$.

Na rycinie 16 przedstawiono mapę zróżnicowania regionalnego autonomii uczniów według uśrednionej oceny na podstawie trzech analizowanych wskaźników. Największe deficyty zgłaszali uczniowie szkół z powiatu żagańskiego, ale też do grupy mających

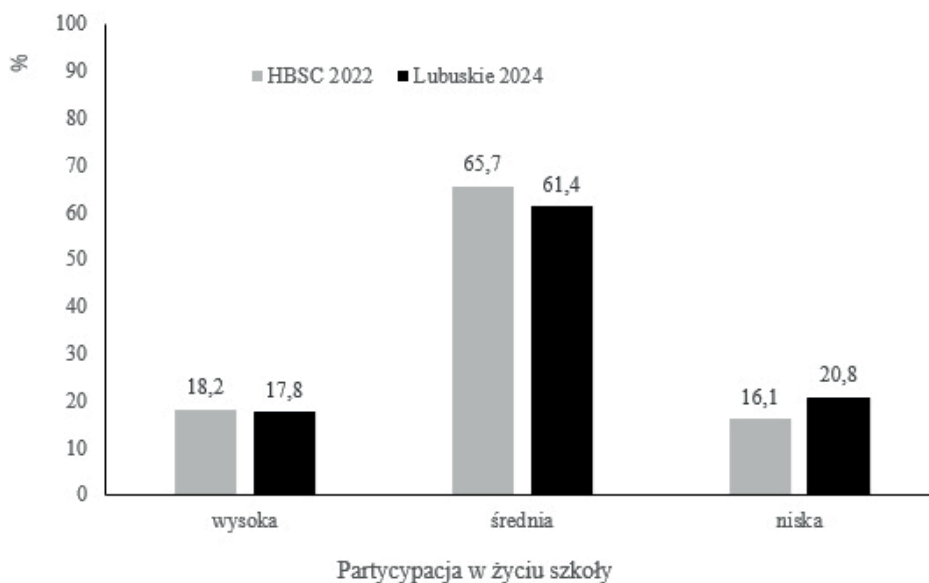


Rycina 16. Porównanie oceny autonomii uczniów w powiatach według rang

mniej korzystne wyniki zakwalifikowano uczniów ze szkół powiatu słubickiego, zielonogórskiego i krośnieńskiego. Z kolei na szczycie rankingu znaleźli się uczniowie ze szkół powiatu gorzowskiego. Na tej rycinie można zauważyć różnice między powiatami północnymi i południowymi na korzyść tych pierwszych. W niektórych powiatach zakwalifikowanych przeważnie do grup przeciętnych deficyty w jednym obszarze były równoważone przez inne mocne strony.

Porównanie z próbą ogólnopolską HBSC

Analizując dane z ryciny 17, można zauważyć, że jeśli chodzi o wyniki wysokiej partycypacji, nie ma istotnych różnic w porównaniu z próbą ogólnopolską z badania HBSC w 2022 r. Badanie HBSC wskazuje niższy odsetek osób z niskim poczuciem partycypacji w podejmowaniu decyzji odnoszących się do życia szkoły (16,1%) w porównaniu z badaniami w województwie lubuskim (20,8%), co potwierdza test dla dwóch niezależnych proporcji (test $Z = -7,12$; $p < 0,001$). Ten sam test wykazał, że w województwie lubuskim było też istotnie mniej osób o średnim wskaźniku partycypacji (61,4%) niż w całym kraju dwa lata wcześniej (65,7%).



Rycina 17. Porównanie wskaźników partycypacji w życiu szkoły uczniów w województwie lubuskim z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

Podsumowanie

- Waga samodzielnego podejmowania decyzji i ustalania granic wzrasta u obu płci wraz z wiekiem. Dziewczęta mają silniejszą potrzebę niezależności w podejmowaniu decyzji.
- W ciągu tygodnia poprzedzającego badanie chłopcy osiągnęli wyższe niż dziewczęta wyniki w praktycznej realizacji własnej autonomii. Z wiekiem wśród młodzieży spada poczucie, że mogą robić w wolnym czasie to, na co mają ochotę.
- Poczucie partycypacji w podejmowaniu decyzji dotyczących życia szkoły najwyższe jest po przejściu do szkoły ponadpodstawowej, szczególnie wśród dziewcząt. Na wszystkich poziomach wiekowych chłopcy częściej deklarują niskie poczucie partycypacji.
- Uśrednione zróżnicowania regionalne wskaźnika autonomii uczniów pokazuje nieco korzystniejszą sytuację w powiatach północnych.
- Badania HBSC wskazują na korzystniejszy niż w województwie lubuskim poziom partycypacji uczniów w podejmowaniu decyzji dotyczących życia szkoły. Wyraża się to głównie niższym odsetkiem uczniów deklarujących niski poziom partycypacji.

Bibliografia

- Bjørnsen, H.N., Bjørnebekk, G. & Brandmo, C. (2024). Schools as a Source of Mental Health Literacy: Adjusting and Validating a Mental Health Literacy Scale. *Health Promotion Practice*, 25 (3), 391-398.
- Boberova, Z., Paakkari, L., Ropovik, I. & Liba, J. (2017). Democratic School Health Education in a Post-Communist Country. *Health Education*, 117 (5), 469-484.
- Brown, S.L., Nobiling, B.D., Teufel, J. & Birch, D.A. (2011). Are Kids Too Busy? Early Adolescents' Perceptions of Discretionary Activities, Overscheduling, and Stress. *Journal of School Health*, 81 (9), 574-580.
- Deci, E. & Vansteenkiste, M. (2004). Self-Determination Theory and Basic Need Satisfaction: Understanding Human Development in Positive Psychology. *Ricerche di Psicologia*, 27, 23-40.
- Fredricks, J.A., Blumenfeld, P.C. & Paris, A.H. (2004). School Engagement: Potential of the Concept. *Review of Educational Research*, 74(1), 59-109.
- Ginsburg, K.R. (2007). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *Pediatrics*, 119 (1), 182-191.
- Hofferth, S.L. & Sandberg, J.F. (2004). How American Children Spend Their Time. *Journal of Marriage and Family*, 63(2), 295-308.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno C., Ramos, P. & Rivera, F. (2015). What family dimensions are important for health-related quality of life in adolescence? *Journal of Youth Studies*, 18(1), 53-67.
- Klem, A.M. & Connel, J.P. (2004). Relationships Matter: Linking Teacher Support to Student Engagement and Achievement. *Journal of School Health*, 74(7), 262-273.
- Larson, R.W. (2001). How U.S. Children and Adolescents Spend Time: What It Does (and Doesn't) Tell Us About Their Development. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 160-164.

- Modrek, A.S., Hass, R., Kwako, A. & Sandoval, W.A. (2021). Do adolescents want more autonomy? Testing gender differences in autonomy across STEM. *Journal of Adolescence*, 92, 237-246.
- Modrek, A.S. & Sandoval, W.A. (2020). Can autonomy play a role in causal reasoning? *Cognitive Development*, 54, 100849.
- Nobusako, S., Takamura, Y., Koge, K., Osumi, M., Maeda, T. & Morioka, S. (2024). Developmental changes in the time window for the explicit sense of agency experienced across the lifespan. *Cognitive Development*, 72, 101503.
- Osgood, D.W., Wilson, J.K., Bachman, J.G. & Johnston, L.D. (1996). Routine Activities and Individual Deviant Behavior. *American Sociological Review*, 61(4), 635-655.
- Veiga, F., García, F., Neto, F. & Almeida, L. (2009). The Differentiation and Promotion of Students' Rights in Portugal. *School Psychology International*, 30(4), 421-436.

Joanna Mazur
Zbigniew Izdebski

KOMPETENCJE ZDROWOTNE UCZNIÓW

Wprowadzenie

Na świecie coraz większą uwagę zwraca się na znaczenie kształtowania w społeczeństwie odpowiednich kompetencji zdrowotnych (*health literacy* – HL), co ma swoje źródło w przełomowych opracowaniach Dona Nutbeama (2000). Istnieje wiele alternatywnych definicji HL, lecz ich wspólną cechą jest traktowanie kompetencji zdrowotnych jako umiejętności, które umożliwiają jednostkom uzyskiwanie, rozumienie i wykorzystywanie dostępnych informacji w celu podejmowania decyzji i działań, które mogą wpływać na stan ich zdrowia.

Początkowo koncentrowano się na aspektach funkcjonalnych oraz osobach dorosłych, szczególnie tych, które mogą przejawiać pewien analfabetyzm zdrowotny. Znaczna część opracowań i rekomendacji odnosiła się też do kontekstu klinicznego oraz związku HL z funkcjonowaniem ludzi obciążonych chorobami przewlekłymi i powiązanym z tym leczeniem. W momencie, gdy idea rozwijania HL wkroczyła do zdrowia publicznego, zainteresowano się też dziećmi i młodzieżą, czyli najzdrowszą częścią populacji, mającą mniej interakcji ze służbą zdrowia. Odpowiednio wczesne kształtowanie kompetencji zdrowotnych zostało uznane za obiecujący kierunek działań edukacyjnych, a pozytywne ich skutków można oczekiwać w wieku dorosłym.

Janine Bröder (2020), rozszerzając wcześniejsze opracowania Russella Rothmana i wsp. (2009), zwraca uwagę na pięć fundamentów HL w populacji wieku rozwojowego, co ze względu na pierwsze litery określa jako podejście „5D”. Są to kolejno: (i) wzorce zachorowalności (*disease patterns*); (ii) wzorce demograficzne i uwarunkowania społeczno-ekonomiczne (*demographic patterns*); (iii) zmiany rozwojowe i procesy

socjalizacyjne (*developmental change*); (iv) zależność od rodziców, opiekunów lub innych znaczących dorosłych oraz struktur społecznych (*dependency*); (v) uczestnictwo dzieci i młodzieży w podejmowaniu decyzji o ich zdrowiu odpowiednio do etapu rozwoju i zdolności poznawczych (*democracy*). Kompetencje zdrowotne uznawane są za zasób szczególnie ważny dla rozwoju osobistego, społecznego i kulturowego młodego pokolenia.

Wzmacnianie HL nabrało nowego znaczenia w obliczu pandemii COVID-19, kiedy zrozumiano, jak ważne jest zapewnienie wiarygodnych, łatwo dostępnych i zrozumiałych informacji na temat powiązanych z pandemią zagrożeń i metod przeciwdziałania (Okan i in., 2020). Dysponowanie odpowiednią wiedzą może w sytuacjach kryzysowych sprzyjać podejmowaniu zachowań chroniących siebie i innych, co dotyczy wszystkich grup wieku. Jest to też kluczowy zasób do zapobiegania „infodemii”, tj. globalnej dezinformacji, która szybko rozprzestrzeniła się za pośrednictwem mediów społecznościowych i innych platform.

Wykazano, że kompetencje zdrowotne są pozytywnie powiązane z różnymi wskaźnikami zdrowotnymi nastolatków, w tym z lepszą samooceną zdrowia, zadowoleniem z życia oraz prozdrowotnymi zachowaniami (Lyyra i in., 2022; Fleary i in., 2024). Szkoła jest idealnym miejscem kształtowania HL dzieci i młodzieży (a także pracowników szkół) oraz niwelowania nierówności wynikających z czynników środowiskowych. Wprowadzenie do programu szkolnego treści powiązanych z wyższym poziomem HL idealnie wpisuje się w nowoczesne aktywizujące metody nauczania w duchu wzmacniania sprawczości uczniów, w tym pobudzania do refleksji i zachęcania do wyrażania własnych poglądów. Chociaż zbliżone treści są włączane do podstawy programowej wielu przedmiotów, nie ma gwarancji, że zdobyte umiejętności rozwiązywania problemów czy krytycznego myślenia zostaną zastosowane w kontekście zdrowotnym. Dowodzą tego doświadczenia z Finlandii, która (podobnie jak USA) od ponad 20 lat jest pionierem we włączaniu edukacji zdrowotnej do programu szkolnego jako odrębnego przedmiotu (Summanen i in., 2022). Chociaż fińscy uczniowie osiągnęli na tle innych krajów bardzo dobre wyniki w realizowanych przez OECD międzynarodowych badaniach PISA (*Programme for International Student Assessment*), nie wykazali tak dobrych wyników w krajowych ocenach edukacji zdrowotnej (Paakkari i in., 2019).

Potrzebne są systemy monitorowania kompetencji zdrowotnych różnych grup ludności, w tym uczniów, dające podstawę budowy i ewaluacji programów interwencyjnych. Cytowane wcześniej fińskie źródła (Summanen i in., 2022) wskazują też na potrzebę ewaluacji obowiązkowych programów w zakresie edukacji zdrowotnej, w tym wzmacniania HL uczniów. Do tego jednak są potrzebne wiarygodne narzędzia. Początkowo, badając HL młodzieży szkolnej, adaptowano narzędzia pomiarowe przeznaczone dla dorosłych (Bollweg i in., 2019). Z czasem jednak powstało wiele

kwestionariuszy dostosowanych do populacji szkolnej, które mają mocne podstawy teoretyczne oraz przeszły przez rygorystyczny proces walidacji. Pozwalają one zidentyfikować demograficzne i społeczne korelaty poziomu HL uczniów, skutki zdrowotne deficytów w tym zakresie, a także badać zróżnicowanie geograficzne i regionalne na poziomie międzynarodowym, wojewódzkim czy nawet powiatowym.

Zmienne i wskaźniki

Oceniając poziom kompetencji zdrowotnych badanych uczniów, zastosowano dwie wystandaryzowane skale: Health Literacy for School-aged Children – HLSAC-5 oraz Critical Health Literacy for Adolescents Questionnaire – CHLA-Q. Założeniem autorów obu narzędzi było opracowanie kwestionariusza dostosowanego do możliwości poznawczych młodzieży szkolnej. W obu skalach wyższe wartości sumarycznych indeksów oznaczają lepsze kompetencje zdrowotne.

Skala HLSAC-5 jest skrótem 10-itemowej skali HLSAC-10 wdrożonej do badań HBSC jako moduł dodatkowy. Przed wdrożeniem HLSAC-10 w edycji badań HBSC 2017/18 przeprowadzono w 2016 r. wstępne badanie walidacyjne w czterech krajach, w tym w Polsce (Mazur i in., 2019). Decydując o wyborze stwierdzeń do wersji skróconej, wykorzystano dane z siedmiu krajów, w tym Polski (Paakkari i in., 2023; Mazur i in., 2024). Kompetencje zdrowotne mierzone są w pięciu wymiarach: wiedza teoretyczna, wiedza praktyczna, krytyczne myślenie, samoświadomość, postawa obywatelska (w znaczeniu troski o innych i otoczenie), a w wersji skróconej HLSAC-5 każdy wymiar reprezentowany jest jednym pytaniem. Uczniom zadano pytanie, czy mają pewność, że poszczególne stwierdzenia są: *całkowicie nieprawdziwe*, *niezbyt prawdziwe*, *raczej prawdziwe*, *całkowicie prawdziwe*. Indeks sumaryczny HLSAC-5 przyjmuje zakres od 5 do 20 punktów. Wyróżnia się następujące poziomy kompetencji zdrowotnych: niski (5-12 punktów), przeciętny (13-17 punktów), wysoki (18-20 punktów). W badanej próbie uczniów szkół lubuskich skala ta jest homogeniczna i ma dobrą rzetelność ze współczynnikiem Cronbacha równym 0,824.

W trakcie opracowywania koncepcji badań młodzieży lubuskiej rozważano też bardziej szczegółowo analizę zdolności do krytycznego myślenia (*critical health literacy*), zwracając uwagę na narzędzie CHLA-Q opracowane w Norwegii (Haugen i in., 2023). Słowo „krytyczny” odnosi się tu do zdolności wydawania sądów, dostrzegania różnic i podejmowania decyzji, co można też odnieść do zagadnień zdrowotnych. W pełnej wersji kwestionariusz CHLA-Q zawiera 23 stwierdzenia indeksowane w sześciu czynnikach oraz w trzech głównych obszarach: ocena informacji, zrozumienie społecznych uwarunkowań zdrowia i umiejętności działania w zakresie uwarunkowań zdrowia. Aby zoptymalizować długość kwestionariusza, zdecydowano się włączyć do badań

lubuskich tylko jeden czynnik odnoszący się do poczucia własnej skuteczności (*self-efficacy*), jako osoby wspierającej innych w kwestiach zdrowotnych, określany dalej jako SE-CHLA-Q. Pozostałe czynniki zawierają stwierdzenia zbliżone do składowych HLSAC-5. Wybrana skala zawiera cztery stwierdzenia: *Potrafię wspierać innych, jeśli czują się smutni; Potrafię pomóc innym, jeśli nie radzą sobie dobrze; Potrafię dzielić się z innymi informacjami na temat czynników wpływających na zdrowie; Uważam, że moja wiedza na temat zdrowia może być przydatna dla innych*. Uczniowie mieli do wyboru pięć odpowiedzi, od *zupełnie nieprawdziwe* do *całkowicie prawdziwe*, czyli w konwencji zbliżonej do HLSAC-5, ale ze środkową odpowiedzią neutralną *czasami nieprawdziwe, czasami prawdziwe*. Zastosowany indeks SE-CHLA-Q przyjmuje zakres od 0 do 16 punktów. Przyjęto umowny podział na trzy przedziały samoskuteczności: niski (0-7 punktów), przeciętny (8-13 punktów), wysoki (14-16 punktów). W badanej próbie uczniów szkół lubuskich ta podskala ma strukturę jednoczynnikową i dobrą rzetelność ze współczynnikiem Cronbacha 0,798.

Indeksy HLSAC-5 i SE-CHLA-Q są ze sobą skorelowane na poziomie 0,446. Zawarte w nich pytania okazały się zrozumiałe i akceptowane przez młodzież, ponieważ odsetki braków danych były niewielkie – odpowiednio 2,6% oraz 1,2%.

Wyniki

W całej badanej grupie uczniów szkół lubuskich do niskiego, przeciętnego i wysokiego poziomu HLSAC-5 zakwalifikowało się odpowiednio 25,7%, 63,0% i 11,2% ankietowanych (dane niestandardyzowane), co oznacza, że co czwarty uczeń ma poważne deficyty w tym zakresie.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 35, poziom kompetencji zdrowotnych poprawia się wraz z wiekiem, co wyraża się u obu płci obniżeniem odsetka ocen negatywnych i wzrostem odsetka ocen pozytywnych. W VII klasach szkoły podstawowej nie ma jeszcze istotnych różnic związanych z płcią ($p = 0,133$), zarysowują się one już w grupie środkowej ($p = 0,022$), a najsilniejsze różnice między chłopcami i dziewczętami notowane są w najstarszej grupie wieku ($p < 0,001$).

Wnioskowanie na temat różnic związanych z płcią nie jest jednak jednoznaczne. W porównaniu z chłopcami zdecydowanie większy odsetek dziewcząt 17-letnich został zakwalifikowany do poziomu przeciętnego, przy mniejszym udziale skrajnie niskich i wysokich ocen wg HLSAC-5. W całej analizowanej grupie odsetek ocen negatywnych wynosi odpowiednio 27,5% u chłopców i 24,3% u dziewcząt. Różnice na niekorzyść dziewcząt wyrażają się przesunięciem w kierunku ocen przeciętnych, a najkorzystniejszy poziom indeksu HLSAC-5 zanotowano odpowiednio u 12,2% chłopców oraz 10,4% dziewcząt. Wskazuje to na większą polaryzację odpowiedzi u chłopców.

Tabela 35. Rozkład procentowy poziomu kompetencji zdrowotnych wg HLSAC-5 w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9164)

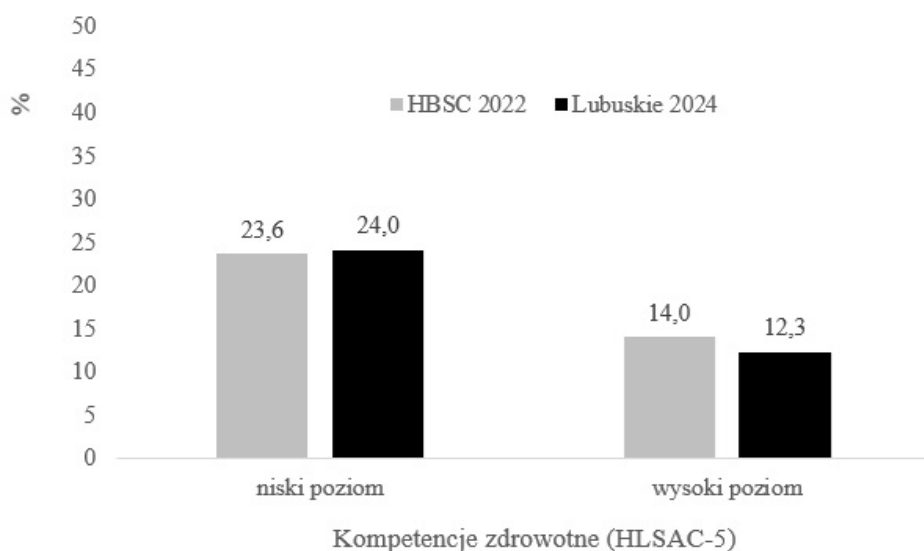
Klasa	Płeć	Indeks HLSAC-5 (%)		
		niski	przeciętny	wysoki
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	33,9	56,7	9,4
	Dziewczyna	30,8	59,6	9,6
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	25,9	62,9	11,3
	Dziewczyna	23,7	67,2	9,1
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	16,9	63,3	19,8
	Dziewczyna	14,3	71,8	13,8

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 25,3$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 234,6$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Tabela 36. Rozkład procentowy poziomu kompetencji zdrowotnych wg HLSAC-5 w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9267)

Powiat	Indeks HLSAC-5 (%)		
	niski	przeciętny	wysoki
m. Gorzów Wielkopolski	25,1	62,4	12,6
m. Zielona Góra	22,9	64,4	12,7
gorzowski	24,0	59,7	16,2
krośnieński	28,4	62,3	9,3
międzyrzecki	21,7	65,3	12,9
nowosolski	27,6	62,0	10,5
ślubicki	23,8	64,0	12,1
strzelecko-drezdenecki	21,9	67,2	10,9
sulęciński	25,5	61,4	13,1
świebodziński	20,7	66,6	12,7
wschowski	23,4	68,3	8,3
zielonogórski	20,2	63,1	16,7
żagański	24,5	62,9	12,6
żarski	24,4	64,6	11,0

Wykazano istotne różnice w rozkładzie indeksu HLSAC-5 między powiatami województwa lubuskiego przy założeniu jednakowej struktury prób powiatowych według płci i wieku ($p = 0,004$). Odsetek ocen niekorzystnych wahał się od 20,2% (w powiecie zielonogórskim) do 28,4% (w krośnieńskim). Powiat zielonogórski wyróżnia się też pod względem największego odsetka ocen pozytywnych, podczas gdy najmniejszy odsetek takich ocen zanotowano w powiecie wschowskim. Znacznie korzystniejszy od przeciętnej dla województwa rozkład wartości indeksu HLSAC-5 stwierdzono



Rycina 18. Porównanie rozkładu kompetencji zdrowotnych wg HLSAC-5 młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

też w powiecie gorzowskim, a rozkład odpowiedzi mniej korzystny od oczekiwanego wystąpił w powiecie nowosolskim (tab. 36).

Jak wykazano we wcześniejszej publikacji (Mazur i in., 2024), w latach 2018-2022 zaobserwowano pogorszenie kompetencji zdrowotnych młodzieży w wieku 13-17 lat ankietowanej w ramach dwóch kolejnych edycji ogólnopolskich badań HBSC. Na rycinie 18 porównano rozkłady odpowiedzi w dwóch interesujących nas próbach z lat 2022-2024 wystandaryzowanych na jednakową strukturę według płci i wieku. Dane zebrane w 2024 r. w województwie lubuskim wskazują na nieznaczne odchylenie względem poziomu ogólnopolskiego sprzed dwóch lat. Wyrażają się one mniejszym od ogólnopolskiego udziałem ocen najkorzystniejszych (test $Z = -2.88$; $p > 0,05$), przy stabilnym udziale ocen negatywnych (test $Z = 0,55$; $p < 0,05$).

Według drugiej skali kompetencji zdrowotnych w całej badanej grupie uczniów szkół lubuskich do niskiego, przeciętnego i wysokiego poziomu indeksu SE-CHLA-Q zakwalifikowanych zostało odpowiednio 16,8%, 65,2% i 18,0% ankietowanych, co nie wynika z zewnętrznych kryteriów, tylko jest umownym podziałem zastosowanym w poniższych analizach (nie jest wynikiem rozstrzygającym o nasileniu deficytów). Daje on jednak podstawy do wnioskowania o różnicach zależnych od płci, wieku i powiatu lokalizacji szkoły.

Tabela 37. Rozkład procentowy poziomu kompetencji zdrowotnych wg SE-CHLA-Q w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9164)

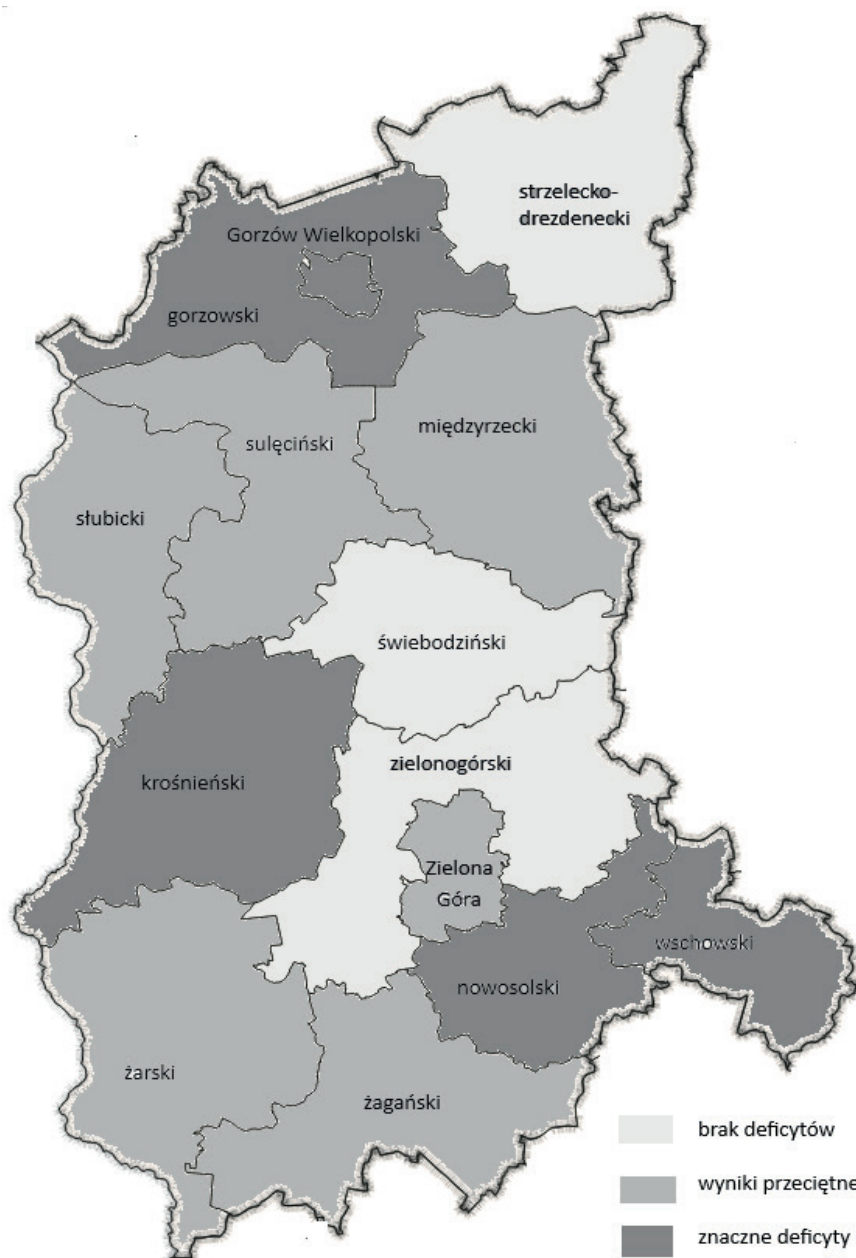
Klasa	Płeć	Indeks SE-CHLA-Q (%)		
		niski	przeciętny	wysoki
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	23,6	64,2	12,2
	Dziewczyna	14,7	65,8	19,5
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	19,1	65,8	15,1
	Dziewczyna	14,3	65,1	20,6
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	15,8	63,7	20,5
	Dziewczyna	11,5	66,6	21,9

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 97,8$; df = 2; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 47,4$; df = 4; $p < 0,001$.

Jak dowodzą dane zawarte w tabeli 37, poziom indeksu SE-CHLA-Q poprawia się w kolejnych rocznikach szkolnych, co również się wyraża spadkiem odsetka ocen negatywnych i odpowiednim wzrostem udziału ocen pozytywnych. Poprawa w większym stopniu dotyczy chłopców niż dziewcząt. Dziewczęta reprezentują stabilne wskaźniki wysokiego poziomu SE-CHLA-Q, a zmniejszeniu ulega u nich tylko odsetek ocen negatywnych, lecz dopiero w III klasach szkół ponadpodstawowych. We wszystkich trzech grupach wieku dziewczęta uzyskują korzystniejsze wyniki niż chłopcy, jednak wśród 17-latków różnice związane z płcią się niwelują. Szczególnie wyrównuje się udział ocen najkorzystniejszych.

Tabela 38. Rozkład procentowy poziomu kompetencji zdrowotnych według SE-CHLA-Q w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9267)

Powiat	Indeks SE-CHLA-Q (%)		
	niski	przeciętny	wysoki
m. Gorzów Wielkopolski	17,3	63,6	19,1
m. Zielona Góra	18,0	63,5	18,5
gorzowski	17,8	59,7	22,4
krośnieński	16,6	66,6	16,8
międzyrzecki	17,0	65,4	17,5
nowosolski	17,0	67,2	15,8
słubicki	16,1	66,0	18,0
strzelecko-drezdenecki	12,2	59,5	28,3
sulęciński	14,9	64,9	20,2
świebodziński	15,6	66,6	17,8
wschowski	18,8	66,1	15,1
zielonogórski	13,5	66,2	20,3
żagański	16,7	61,8	21,5
żarski	14,1	68,3	17,7



Rycina 19. Porównanie deficytów kompetencji zdrowotnych uczniów w powiatach według uśrednionej rangi

Rozkład odpowiedzi na pytania skali cząstkowej kwestionariusza CHLA-Q, mierzącej poczucie własnej skuteczności w udzielaniu wsparcia społecznego w kwestiach związanych ze zdrowiem, różni się między powiatami województwa lubuskiego ($p < 0,001$). Odsetek uczniów mających niską samoskuteczność waha się od 13,5% w powiecie zielonogórskim do 18,8% we wschowskim. Odsetek ocen najkorzystniejszych waha się z kolei od 15,1% we wschowskim do 28,3% w strzelecko-drezdeneckim. Od ogólnego wzorca wojewódzkiego na korzyść odbiega też powiat gorzowski, a na niekorzyść powiat nowosolski (tab. 38).

Zróznicowanie regionalne wskazuje na podobne wzorce w odniesieniu do obu analizowanych skal kompetencji zdrowotnych młodzieży szkolnej. Na rycinie 19 podsumowano wyniki odnoszące się do zróznicowania regionalnego występowania niekorzystnych poziomów HLSAC-5 oraz SE-CHLA-Q, stosując prostą miarę uśrednionych rang. Zdecydowanie najlepsze kompetencje zdrowotne mają uczniowie ze szkół powiatu zielonogórskiego, a ranking zamykają uczniowie szkół powiatu nowosolskiego. Na korzyść wyróżniają się też uczniowie ze wspomnianego wcześniej powiatu świebodzińskiego. Do grupy przeciętnej ze względu na podobieństwo wyników zakwalifikowano tym razem sześć powiatów, choć nie jest to grupa jednorodna. Korzystniejsze wyniki osiągnęła młodzież z powiatu międzyrzeckiego, żarskiego i ślubickiego niż rówieśnicy z pozostałych trzech przeciętnych powiatów. Do grupy mających wyraźne deficyty kompetencji zdrowotnych zakwalifikowano pięć powiatów. Oprócz wymienionych wcześniej (nowosolski, krośnieński, wschowski, gorzowski) w tej niekorzystnej grupie znalazł się Gorzów Wielkopolski.

Podsumowanie

- **Niepokojące wskaźniki:** biorąc pod uwagę dane wystandaryzowane, co czwarty (24,0%) uczeń w wieku 13-17 lat wykazuje deficyty w zakresie poziomu kompetencji zdrowotnych HL, a jedynie co ósmy (12,4%) uzyskał w tym zakresie bardzo korzystne wyniki.
- **Specyfika grup wieku:** w świetle obu analizowanych indeksów poziom HL uczniów lubuskich poprawia się w kolejnych rocznikach w odniesieniu do HLSAC-5. Pod względem krytycznej HL wyraźna poprawa obserwowana jest tylko u chłopców. Dziewczęta reprezentują stabilne wskaźniki wysokiego poziomu SE-CHLA-Q, a zmniejszeniu ulega u nich tylko odsetek ocen negatywnych, co jest widoczne dopiero u 17-latek.
- **Zróznicowanie ze względu na płeć:** wnioskowanie na temat różnic związanych z płcią nie jest jednoznaczne. Pod względem ogólnego indeksu HLSAC-5 z wiekiem pogłębiają się różnice na korzyść dziewcząt, ale wyrównują się różnice w poziomie

krytycznej HL według SE-CHLA-Q. Dziewczęta częściej plasują się w przeciętnych poziomach HL, podczas gdy kompetencje zdrowotne chłopców są silniej spolaryzowane.

- **Zróżnicowanie regionalne:** uczniowie ze szkół zlokalizowanych w różnych powiatach województwa lubuskiego różnią się pod względem poziomu HL, a ranking województw jest zbliżony dla obu analizowanych indeksów.
- **Porównanie z próbą ogólnopolską:** według ogólnego indeksu HLSAC-5 młodzież lubuska ankietowana w 2024 r. osiągnęła nieco gorsze wyniki niż rówieśnicy z całej Polski ankietowani w 2022 r. Wyraża się to tylko mniejszym odsetkiem ocen pozytywnych, przy prawie identycznym odsetku ocen niekorzystnych.

Bibliografia

- Bollweg, T.M., Okan, O., Pinheiro, P., Bröder, J., Bruland, D., Freĳan, A.M., Domanska, O.M., Jordan, S. & Bauer, U. (2020). Adapting the European Health Literacy Survey for Fourth-Grade Students in Germany: Questionnaire Development and Qualitative Pretest. *Health Literacy Research and Practice*, 4(2), e119-e128.
- Bröder, J., Okan, O., Baur, U., Schlupp, S. & Pinheiro, P. (2020). Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promotion International*, 35(3), 575-585.
- Fleary, S.A., Rastogi, S., Fenton, T. & Ali, Z. (2024). Health literacy and adolescents' substance use behaviors and correlates: a scoping review. *Health Promotion International*, 39(3), daae074.
- Haugen, A.L.H., Esser-Noetlich, M., Riiser, K., & Hatlevik, O.E. (2023). Understanding Critical Health Literacy Among Adolescents: Psychometric Properties of the CHLA Questionnaire in Lower Secondary Schools in Norway. *Journal of School Health*, 93(12), 1119-1128.
- Lyyra, N., Junttila, N., Gustafsson, J., Lahti, H. & Paakkari, L. (2022). Adolescents' online communication and well-being: Findings from the 2018 health behavior in school-aged children (HBSC) study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 976404.
- Mazur, J., Kleszczewska, D., Małkowska-Szcutnik, A. & Dzielska, A. (2024). Subjective health literacy among Polish adolescents in 2018 vs 2022 – impact of gender, age, and socio-economic factors during COVID-19. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 31(3), [online first].
- Mazur, J., Małkowska-Szcutnik, A., Paakkari, L., Paakkari, O. & Zawadzka, D. (2019). The Polish version of the short scale measuring health literacy in adolescence. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 23(3), 190-197.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267.
- Okan, O., Bollweg, T.M., Berens, E.M., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5503.
- Paakkari, L. & Okan, O. (2019). Health Literacy-Talking the Language of (School) Education. *Health Literacy Research and Practice*, 3(3), e161-e164.

- Paakkari, O., Kulmala, M., Lyyra, N., Torppa, M., Mazur, J., Boberova, Z. & Paakkari, L. (2023). The development and cross-national validation of the short health literacy for school-aged children (HLSAC-5) instrument. *Scientific Reports*, 13(1), 18769.
- Rothman, R.L., Yin, H.S., Mulvaney, S., Co, J.P., Homer, C., Lannon, C. (2009). Health literacy and quality: focus on chronic illness care and patient safety. *Pediatrics*. Suppl 3. S315-26.
- Summanen, A.M., Rautopuro, J., Kannas, L. & Paakkari, L. (2022). Measuring Health Literacy in Basic Education in Finland: The Development of a Curriculum- and Performance-Based Measurement Instrument. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15170.
- WHO, Regional Office for Europe. *Health literacy in the context of health, well-being and learning outcomes the case of children and adolescents in schools: The case of children and adolescents in schools*, Geneva: WHO; 2020.

WYBRANE WSKAŹNIKI ZDROWOTNE

W części tej omówione zostaną wybrane wskaźniki zdrowotne, odnoszące się do zdrowia fizycznego i psychicznego, jak również wskaźniki rozwojowe związane z masą ciała. Ogólna ocena zdrowia obejmowała wskaźnik samooceny, który wiąże się ze zdrowiem fizycznym i psychicznym, a szczegółowa ocena zdrowia psychicznego bazowała na skalach GAD-7, WHO-5 oraz pytaniu o częstość odczuwania samotności. Do tego trzeciego bloku tematycznego obejmującego rozkład masy ciała, postrzeganie swojej masy ciała i podejmowanie prób odchudzania się dodano aktywność fizyczną, która jest uznawanym czynnikiem korelującym zarówno z ogólnym samopoczuciem, jak i poziomem BMI.

POSTRZEGANIE WŁASNEGO ZDROWIA

Wprowadzenie

W opracowaniach teoretycznych na temat pomiaru zdrowia zwraca się uwagę na obecny stan zdrowia oraz ocenę długoterminową traktowaną jako „status zdrowia”. Przeciwwstawne pojęcie choroby jest różnie określane w terminologii anglojęzycznej jako *disease*, *sickness* i *illness*, co odpowiada perspektywie medycznej, socjologicznej i psychologicznej. Niemniej jednak mająca już prawie 80 lat klasyczna definicja zdrowia, zawarta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (<https://www.who.int/about/governance/constitution>), zakłada, że jest to „stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania”. Za przełomowe uznaje się związane z tą definicją przejście do oceny pozytywnej oraz ocena zdrowia każdej jednostki na kontinuum, co się łączy z podejściem salutogenicznym zaproponowanym przez Aarona Antonovsky’ego (2005). Według rozszerzonej definicji zdrowie psychiczne ocenia się w sferze umysłowej i emocjonalnej, inne ważne szczególne wymiary zdrowia obejmują zdrowie duchowe czy seksualne, a wśród wymiarów ogólnego dobrostanu (*well-being*) należy mieć na względzie też aspekty środowiskowe, finansowe czy zawodowe, chociaż poszczególne źródła podają tu różną liczbę i klasyfikację wymiarów, co też się wiąże z fazą operacjonalizacji pojęć przy budowie narzędzi pomiaru (Stoewen, 2017; Fazekas i in., 2022).

Najprostszą miarą zdrowia stosowaną w badaniach populacyjnych i klinicznych różnych grup ludności jest samoocena jednym prostym pytaniem, co w literaturze anglojęzycznej nosi często nazwę wskaźnika *self-rated health* (SRH). Wskaźnik SRH staje się też nieodłączną częścią badań społecznych. Percepcja własnego zdrowia jest

kwestią indywidualną i zmienia się na przestrzeni życia, na co mają wpływ pojawiające się z czasem problemy zdrowotne, czynniki kulturowe czy też problemy tożsamościowe, determinujące skłonność do kreowania obrazu własnej osoby. Zainteresowanie samooceną zdrowia wzrosło w momencie wykazania jej związku z obiektywnymi wskaźnikami zdrowia populacji. Anna Andreasson ze współpracownikami na bazie długofalowej obserwowanej kohorty szwedzkiej (2024) wykazała związek SRH w okresie adolescencji z umieralnością w wieku 46-70 lat, biorąc pod uwagę ogólną umieralność i zgony z najczęstszych przyczyn. Potwierdzają to wnioski z systematycznie aktualizowanych przeglądów badań (Idler i Benyamini, 1997; Dramé i in., 2023). Podobne wnioski dotyczą silnego związku SRH z chorobowością i wielochorobowością (Perruccio i in., 2012).

Druga dekada życia charakteryzuje się stosunkowo lepszym stanem zdrowia, a główne przyczyny umieralności są zewnętrzne, czyli wypadki i urazy. Jednak w okresie dojrzewania SRH pogarsza się, zwłaszcza wśród dziewcząt, a duża liczba nastolatków zgłasza subiektywne nieswoiste dolegliwości zdrowotne i obawy dotyczące zdrowia (Breiblik i in., 2009).

Na podstawie wyników kolejnych rund badań HBSC w raportach i artykułach przedstawiano trendy zmian SRH, uwarunkowania i powiązanie z innymi wskaźnikami zdrowotnymi (Kelleher i in., 2007; Moor i in., 2014). W badaniach lubuskich zrezygnowano z wersji pytania o SRH według protokołu HBSC na rzecz zbliżonego pytania z kwestionariusza KIDSCREEN.

Znaczna część opracowań dotyczących zdrowia nastolatków wykracza poza prostą analizę SRH, a podstawą oceny są złożone skale zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem. W dorobku sieci badawczej HBSC szczególne miejsce zajmuje dalej dokładnie opisana skala dolegliwości subiektywnych określana jako lista kontrolna symptomów, które też są ważnym czynnikiem obniżającym SRH. Młodzież, która zgłasza występowanie chorób przewlekłych zdiagnozowanych przez lekarza, częściej obciążona jest analizowanymi dolegliwościami, jednak mogą one występować u osób uznawanych za zdrowe. Wcześniejsze badania wskazują na gorsze funkcjonowanie w szkole uczniów obciążonych SCL (*Symptoms Checklist*) oraz kumulację ryzyka niepowodzeń szkolnych w przypadku równoczesnego występowania choroby przewlekłej. Funkcjonowanie w szkole analizowane było jako przystosowanie do szkoły, stres szkolny, relacje z rówieśnikami i bycie sprawcą lub ofiarą *bullingu* (Małkowska-Szcutnik i Mazur, 2019). Z drugiej strony stres szkolny potęguje nasilenie wielu dolegliwości, których nie można wyjaśnić istnieniem chorób organicznych. Oprócz czynników szkolnych wykazano związek częstości występowania różnych symptomów i ich zespołów między innymi z nadwagą, brakiem aktywności fizycznej, nadużywaniem internetu (Boer i in., 2023). Bardzo niepokojących wyników dostarcza ostatni raport OECD (2024) na temat

zdrowia w krajach Unii Europejskiej. Polska młodzież zajmuje trzecie miejsce wśród 27 krajów UE z jednym z najwyższych wskaźników mnogich dolegliwości subiektywnych (dane HBSC 2022). Co więcej, dystans dzielący polską młodzież od średniej UE-27 jest większy dla chłopców niż dla dziewcząt, które ogólnie częściej zgłaszają powtarzające się symptomy psychosomatyczne.

Zmienne i wskaźniki

Samoocena zdrowia

Pytanie o SRH pochodzi z narzędzia do badania jakości życia związanej ze zdrowiem, tj. KIDSCREEN-27. Jest ona częścią standardowej wersji tego narzędzia, jako składowa domeny zdrowia fizycznego. Tylko w tym pytaniu nie narzucono perspektywy czasowej ostatniego tygodnia. Pytanie przekodowano na trzy kategorie zdrowia, łącząc skrajne odpowiedzi: *złe lub takie sobie, dobre, bardzo dobre lub doskonałe*. W dalszych analizach skoncentrowano się na wskaźniku pogorszonej samooceny zdrowia. Porównanie z wynikami badania HBSC może być obciążone różnicami metodologicznymi, jednak w obu próbach można wyróżnić osoby oceniające zdrowie jako gorsze niż dobre. W badaniu uczniów lubuskich na pytanie to odpowiedziało 9387 ankietowanych zakwalifikowanych do analiz (0,3% braków danych).

Subiektywne dolegliwości

Skala dolegliwości psychosomatycznych SCL (*Symptoms Checklist*) jest narzędziem od lat stosowanym w badaniach HBSC. SCL została wdrożona do tych badań międzynarodowych na bazie wcześniejszych badań jakościowych i ilościowych prowadzonych w Norwegii jako skrót dłuższego narzędzia (Haugland, Wold, 2001). Młodzież pytana jest w jednym bloku pytań o występowanie w ostatnich 6 miesiącach: *bólu głowy, bólu brzucha, bólu pleców, zawrotów głowy, przygnębienia, rozdrażnienia lub złego humoru, zdenerwowania, trudności w zasypianiu* z kategoriami odpowiedzi: *prawie codziennie, częściej niż 1 raz w tygodniu, prawie w każdym tygodniu, prawie w każdym miesiącu, rzadko lub nigdy*. Interpretując wyniki, najczęściej bierze się pod uwagę wskaźnik negatywny, czyli odsetek młodzieży, która odczuwa co najmniej dwa symptomy prawie codziennie lub częściej niż raz w tygodniu. Wskaźnik ten nazywany jest mnogimi powtarzającymi się dolegliwościami psychosomatycznymi. W niektórych opracowaniach analizuje się pojedyncze symptomy lub łączy je w zespół dolegliwości somatycznych i dolegliwości o silniejszym podłożu psychicznym. Podejmowane są też próby rozszerzenia analiz o dodatkowe symptomy poza indeksem SCL. W badaniach HBSC w Polsce pytano dodatkowo o uczucie zmęczenia, a w badaniach młodzieży lubuskiej uwzględniono problemy ze wzrokiem oraz bóle karku i ramion, co będzie

przedmiotem odrębnych opracowań w kontekście skutków zdrowotnych spędzania czasu przed ekranem.

W badaniach przeprowadzonych w województwie lubuskim liczba uczniów, którzy odpowiedzieli na pytania na temat poszczególnych symptomów, wahała się od 9350 do 9383, a wyniki dla pełnej skali uzyskano dla 9185 respondentów (co oznacza 2,4% braków danych).

Wymienione czynniki można łączyć w jedną skalę, o czym świadczy jej homogeniczność i wysoki współczynnik Cronbacha (0,863).

Wyniki

Samoocena zdrowia wg SRH

W badanej próbie uczniów szkół lubuskich 27,0% oceniło swoje zdrowie jako gorsze niż dobre, a 39,8% jako lepsze niż dobre. Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 39, postrzeganie własnego zdrowia znacząco zmienia się wraz z przejściem ze szkoły podstawowej do ponadpodstawowej, ponieważ w najmłodszej grupie wieku można zaobserwować największy odsetek oceny korzystnej i najmniejszy odsetek oceny niekorzystnej.

Tabela 39. Rozkład procentowy samooceny zdrowia wg SRH w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9387)

Klasa	Płeć	Zdrowie (%)		
		względnie gorsze	dobrze	względnie lepsze
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	16,4	27,9	55,7
	Dziewczyna	30,9	34,4	34,6
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	18,8	30,4	50,8
	Dziewczyna	38,2	36,4	25,4
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	20,6	30,9	48,5
	Dziewczyna	33,9	39,2	26,9

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 573,9$; df = 2; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 75,5$; df = 4; $p = 0,012$.

Nie stwierdzono już istotnej statystycznie różnicy między uczniami I oraz III klas szkół ponadpodstawowych. SRH jest też silnie uwarunkowane płcią, a różnice na niekorzyść dziewcząt obserwowane były we wszystkich grupach wieku. Najgorzej oceniały swoje zdrowie dziewczęta z I klas liceów lub techników, gdzie 38,2% uznało swoje

zdrowie za gorsze niż dobre. Dziewczęta miały też tendencję do częstszego udzielania odpowiedzi przeciętnej (zdrowie dobre).

W tabeli 40 porównano powiaty województwa lubuskiego pod względem samooceny zdrowia uczniów znajdujących się w nich szkół, po skorygowaniu analiz na strukturę prób powiatowych wg płci i wieku. Różnice między szkołami są niewielkie, na granicy istotności statystycznej ($p = 0,048$). Biorąc pod uwagę wartość wskaźnika reszt standaryzowanych w takiej tabeli wielodzielczej, można wskazać tylko na powiat strzelecko-drezdenecki, gdzie rozkład SRH odbiega na niekorzyść względem wzorca wojewódzkiego, oraz na powiat żarski, w którym samoocena zdrowia uczniów jest lepsza od oczekiwanej na podstawie pełnej próby wojewódzkiej.

Tabela 40. Rozkład procentowy samooceny zdrowia wg SRH w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9366)

Powiat	Zdrowie (%)		
	względnie gorsze	dobre	względnie lepsze
m. Gorzów Wielkopolski	26,7	32,8	40,4
m. Zielona Góra	28,8	31,9	39,2
gorzowski	28,0	35,1	36,9
krośnieński	26,2	34,6	39,2
międzyrzecki	24,0	34,2	41,8
nowosolski	28,7	32,8	38,5
ślubicki	27,7	31,4	40,9
strzelecko-drezdenecki	36,3	29,1	34,6
sulęciński	27,5	34,3	38,2
świebodziński	24,0	34,3	41,7
wschowski	27,3	33,3	39,4
zielonogórski	23,1	37,1	39,8
żagański	26,6	30,8	42,6
żarski	24,4	32,2	43,4

Subiektywne dolegliwości wg SCL

W badanej próbie uczniów szkół lubuskich ponad połowa (57,0%) zgłaszała częściej niż raz w tygodniu lub codziennie co najmniej dwie z ośmiu podanych nieswoistych dolegliwości. Jednocześnie 28,2% nie zgłaszało z taką podwyższoną częstością ani jednego symptomu (tab. 41).

Tabela 41. Rozkład procentowy nasilenia dolegliwości psychosomatycznych w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9387)

Klasa	Płeć	Liczba powtarzających się dolegliwości psychosomatycznych (%)		
		0	1	2+
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	44,1	17,5	38,4
	Dziewczyna	20,5	14,0	65,5
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	38,3	18,9	42,8
	Dziewczyna	16,1	10,5	73,5
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	34,8	17,2	48,0
	Dziewczyna	18,6	11,8	69,7

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 838,7$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 60,5$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Podobnie jak w przypadku SRH, pogorszenie zdrowia następuje po przejściu do szkoły ponadpodstawowej przy braku różnic między grupą 15-latków i 17-latków. Jednak w populacji chłopców można zauważyć tendencję do zwiększania się częstości odczuwania tych dolegliwości między uczniami I oraz III klas szkół ponadpodstawowych ($p = 0,052$). Najczęściej zgłaszały mnogie dolegliwości subiektywne dziewczęta 15-letnie, a najrzadziej chłopcy 13-letni. Czynniki płci bardzo silnie różnicuje rozkład wskaźnika SCL. Ogółem (bez podziału na wiek) odsetek odczuwających częściej niż raz w tygodniu lub codziennie co najmniej dwóch z ośmiu podanych nieswoistych dolegliwości wynosił 41,9% u chłopców i 69,5% u dziewcząt.

W tabeli 42 porównano uczniów szkół z poszczególnych powiatów województwa lubuskiego pod względem rozkładu SCL po standaryzacji prób powiatowych ze względu na wiek i płeć ankietowanych. Różnice regionalne okazały się większe niż w przypadku SRH ($p < 0,001$). Odsetek zgłaszających częściej niż raz w tygodniu lub codziennie, lub co najmniej dwóch z ośmiu podanych nieswoistych dolegliwości wahał się od 52,1% w powiecie żarskim do 61,0% w powiecie gorzowskim. Jeśli porównać dane z poszczególnych powiatów z ogólnym wzorcem wojewódzkim, to od oczekiwanego rozkładu odbiega siedem powiatów. Warto wskazać na powiat świebodziński wyróżniający się (obok żarskiego) także niskim odsetkiem mnogich dolegliwości, a w mieście Zielona Góra można było zauważyć niższy od oczekiwanego odsetek uczniów z dobrym stanem zdrowia wg SCL. W powiatach strzelecko-drezdeneckim i wschowskim częściej w porównaniu z rozkładem ogólnym zanotowano pojedyncze powtarzające się dolegliwości, a uczniowie szkół z powiatu międzyrzeckiego rzadziej kwalifikowali się do tej środkowej kategorii.

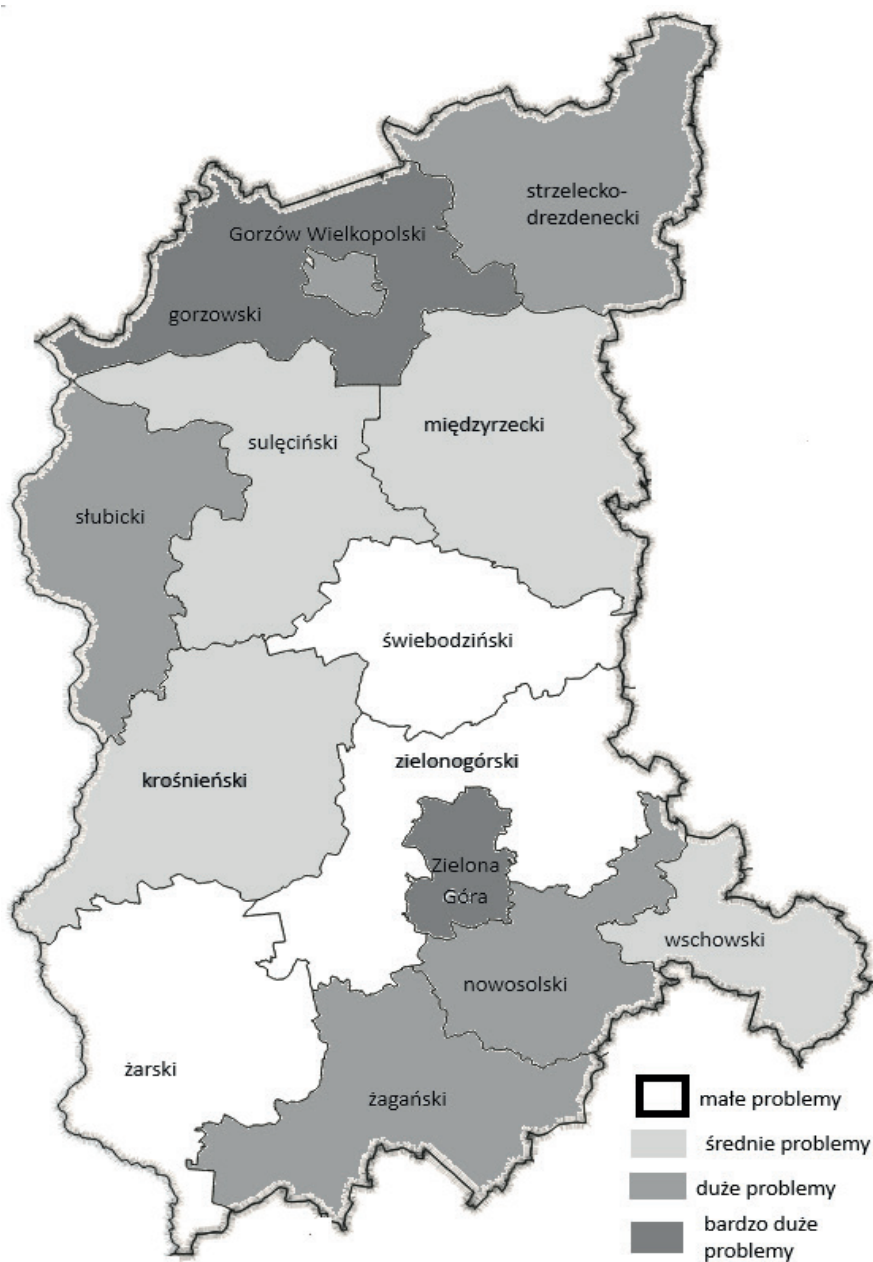
Tabela 42. Rozkład procentowy nasilenia dolegliwości psychosomatycznych w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9366)

Powiat	Liczba powtarzających się dolegliwości psychosomatycznych (%)		
	0	1	2+
m. Gorzów Wielkopolski	26,8	15,0	58,2
m. Zielona Góra	25,7	15,3	58,9
gorzowski	20,4	18,5	61,0
krośnieński	29,3	14,3	56,3
międzyrzecki	30,0	12,3	57,7
nowosolski	28,4	15,7	55,9
ślubicki	29,6	12,6	57,8
strzelecko-drezdenecki	24,7	20,0	55,3
sulęciński	29,9	16,8	53,4
świebodziński	31,0	16,8	52,2
wschowski	27,7	18,6	53,7
zielonogórski	31,6	13,8	54,7
żagański	25,4	14,5	60,2
żarski	33,2	14,7	52,1

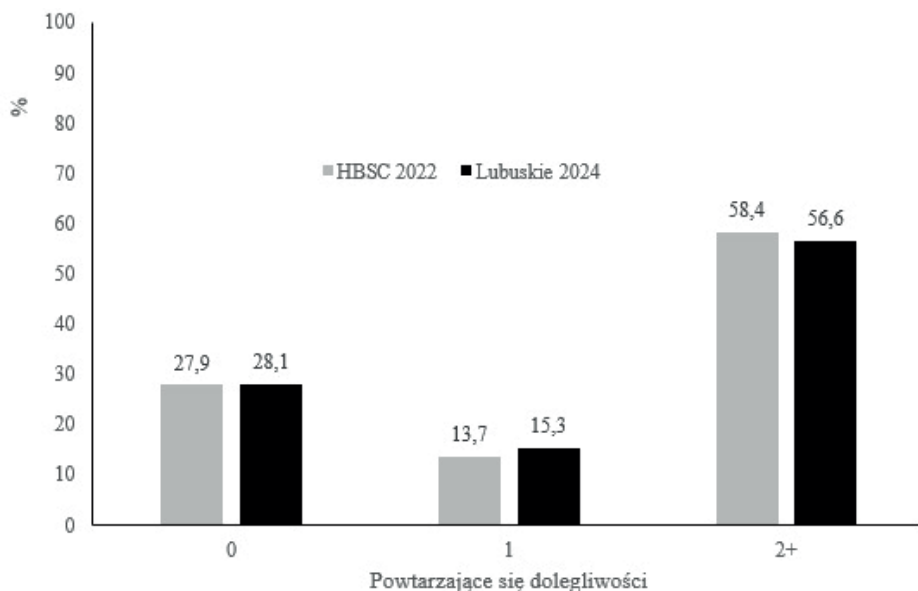
Na rycinie 20 przedstawiono na mapie zróżnicowanie powiatowe subiektywnej oceny zdrowia uczniów województwa lubuskiego wg uśrednionego rankingu na podstawie wskaźników SRH i SCL, biorąc pod uwagę problemy zdrowotne (zdrowie gorsze niż dobre i co najmniej dwie powtarzające się dolegliwości). Szczególnie niekorzystne dane zanotowano w Zielonej Górze i powiecie gorzowskim, a na szczycie rankingu z niskim nasileniem problemów znaleźli się uczniowie szkół z powiatu świebodzińskiego i żarskiego.

Związek SRH i SCL

Analizowane wskaźniki SRH i SCL są ze sobą silnie skorelowane. W przypadku powtarzających się mnogich dolegliwości psychosomatycznych bardzo pogarsza się też samoocena zdrowia wg SRH. W kolejnych trzech grupach wyróżnionych według SCL odsetek uczniów oceniających swoje zdrowie jako gorsze niż dobre zwiększał się, wynosząc odpowiednio 8,9%, 16,0% oraz 38,6%. Dwukrotnie też obniżał się odsetek oceniających swoje zdrowie bardzo dobrze, ale nie jest to tak systematyczna zmiana (59,6%, 48,1%, 28,5%).



Rycina 20. Porównanie problemów zdrowotnych uczniów w powiatach według uśrednionej rangi



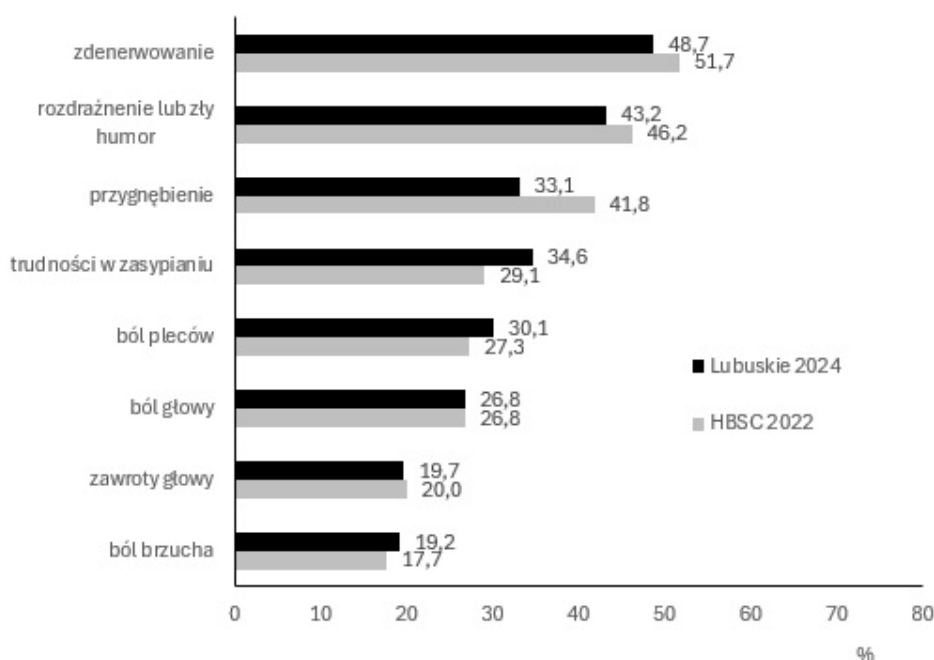
Rycina 21. Porównanie rozkładu nasilenia dolegliwości psychosomatycznych młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

Porównanie z HBSC

Porównanie z wynikami ogólnopolskich badań HBSC przeprowadzonych dwa lata wcześniej ograniczono do wskaźnika SCL (ryc. 21).

Porównywano dane standaryzowane na jednakową strukturę obu prób według płci i wieku uczniów. Odsetek uczniów z powtarzającymi się dolegliwościami okazał się być mniejszy w województwie lubuskim, niemniej jest to wynik bliski granicy poziomu istotności ($z = 2.11$; $p = 0,035$).

Warto też porównać te dwie próby pod względem częstości zgłaszania poszczególnych symptomów, co jednocześnie obrazuje ich ranking. Symptomy przedstawione na rycinie 22 zostały przesortowane wg częstości występowania w województwie lubuskim. Na początku rankingu znajdują się wszystkie cztery symptomy o podłożu psychicznym (najczęściej zdenerwowanie, najrzadziej przygnębienie). Spośród symptomów somatycznych najczęściej zgłaszany był ból pleców, a całą listę zamyka ból brzucha. Jeśliby przyjąć dane HBSC za podstawę sortowania, to niewielka różnica pojawia się w grupie symptomów psychicznych, gdzie przygnębienie jest notowane częściej niż trudności w zasypianiu. Warto też podkreślić, że w poprzednich rundach badań HBSC na szczycie rankingu dolegliwości somatycznych były bóle głowy, a ostatnio zaczęły dominować bóle pleców, co może się wiązać z brakiem aktywności fizycznej i czasem spędzanym przed ekranem.



Rycina 22. Częstość zgłaszania poszczególnych dolegliwości SCL w dwóch próbach (dane ważone)

Porównując częstość zgłaszania poszczególnych symptomów w poszczególnych próbach, można stwierdzić różnice na niekorzyść województwa lubuskiego w odniesieniu do bólu pleców, trudności w zasypianiu i bólu brzucha. W badaniach ogólnopolskich prowadzonych dwa lata wcześniej, w końcowym okresie pandemii COVID-19, młodzież częściej zgłaszała problemy zdrowia psychicznego. Największe różnice dotyczą przygnębiania, czyli najsilniejszego symptomu depresyjnego, ale też zanotowano duże różnice na niekorzyść próby HBSC 2022 w odniesieniu do rozdrażnienia lub złego humoru. Dwa symptomy (ból głowy i zawroty głowy) notowane były z podobną częstością w obu próbach.

Podsumowanie

- **Poziom wskaźników:** w grupie ankietowych 9411 uczniów szkół województwa lubuskiego 27,0% oceniało swoje zdrowie jako gorsze niż dobre, a 57,0% zgłaszało co najmniej dwa symptomy psychosomatyczne powtarzające się częściej niż raz w tygodniu lub codziennie.

- **Związek wskaźników:** wskaźnik subiektywnej oceny zdrowia SRH i SCL silnie ze sobą korelują. W grupie młodzieży zgłaszającej mnogie dolegliwości odsetek gorszej samooceny zdrowia wg SRH wzrasta do 38,0%.
- **Czynnik płci:** we wszystkich grupach wieku dziewczęta oceniają swoje zdrowie gorzej niż chłopcy, zarówno pod względem SRH, jak i SCL.
- **Czynnik wieku:** uczniowie VII klas szkoły podstawowej lepiej oceniają swoje zdrowie pod względem obu wskaźników niż w dwóch starszych badanych grupach wieku, a różnica między I oraz III klasą szkoły ponadpodstawowej jest niewielka, z tendencją do lepszego postrzegania swojego zdrowia przez 17-latków.
- **Ranking odczuwanych dolegliwości:** dolegliwości o podłożu psychicznym są częściej zgłaszane od dolegliwości somatycznych, w pierwszej grupie najczęściej występuje zdenerwowanie, a w drugiej bóle pleców.
- **Zróżnicowanie regionalne:** powiaty z najmniejszymi problemami w obszarze subiektywnej oceny zdrowia to świebodziński i żarski, a największe problemy zanotowano w powiecie gorzowskim i mieście Zielona Góra.
- **Porównanie z próbą ogólnopolską HBSC:** ogólnie młodzież z województwa lubuskiego zgłaszała rzadziej mnogie powtarzające się dolegliwości psychosomatyczne niż rówieśnicy ankietowani dwa lata wcześniej w ramach badań HBSC, jednak niektóre pojedyncze symptomy występowały częściej wśród uczniów ze szkół lubuskich (szczególnie trudności w zasypianiu i bóle pleców).

Bibliografia

- Andreasson, A., Thern, E. & Hemmingsson, T. (2024). Self-rated health in late adolescence as a predictor for mortality between 46 and 70 years of age. *Scientific Reports*, 14(1), 24103.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Wyd. Fund. Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Birgersson, A., Landberg, J., Låftman, S.B. (2024). School pressure and psychosomatic complaints among Swedish adolescents: does physical activity play a buffering role? *Frontiers in Public Health*, 12, 1392999.
- Boer, M., Cosma, A., Twenge, J.M., Inchley, J., Jeriček Klanšček, H. & Stevens, G.W.J.M. (2023). National-Level Schoolwork Pressure, Family Structure, Internet Use, and Obesity as Drivers of Time Trends in Adolescent Psychological Complaints Between 2002 and 2018. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(10), 2061-2077.
- Breidablik, H.J., Meland, E. & Lydersen, S. (2008). Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *European Journal of Public Health*, 19(1), 73-78.
- Dramé, M., Cantegrit, E. & Godaert, L. (2023). Self-Rated Health as a Predictor of Mortality in Older Adults: A Systematic Review. *IJERPH*, 20(5), 3813.
- Fazekas, C., Linder, D., Matzer, F., Vajda, C., Avian, A., Theiler-Schwetz, V., Trummer, C., Došen, J., Rokvic, J., Mohl, M. & Pilz, S. (2022). Development of a visual tool to assess six

- dimensions of health and its validation in patients with endocrine disorders. *Wiener klinische Wochenschrift*, 134(15-16), 569-580.
- Haugland, S. & Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence-reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24(5), 611-624.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Kelleher, C.C., Tay, J. & Gabhainn, S.N. (2007). Influence on self-rated health of socio-demographic, lifestyle and affluence factors: an analysis of the Irish and International Health Behaviours Among School-Aged Children (HBSC) datasets 1998. *Irish Medical Journal*, 100(8), suppl 43-46.
- Małkowska-Szkućnik, 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.
- Moor, I., Rathmann, K., Stronks, K., Levin, K., Spallek, J. & Richter, M. (2014). Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 68(10), 912-921.
- OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en> [dostęp: 10.12.2024].
- Perruccio, A.V., Katz, J.N. & Losina, E. (2012). Health burden in chronic disease: Multimorbidity is associated with self-rated health more than medical comorbidity alone. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65, 100-106.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. & European KIDSCREEN Group. (2027). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research*, 16(8), 1347-1356.
- Stoewen, D.L. (2017). Dimensions of wellness: Change your habits, change your life. *Canadian Veterinary Journal*, 58(8), 861-862.

WYBRANE WSKAŹNIKI ZDROWIA PSYCHICZNEGO MŁODZIEŻY

Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne odgrywa kluczową rolę w ogólnym dobrostanie jednostek, wpływając na zdolność radzenia sobie z wyzwaniami życiowymi oraz realizowanie potencjału. Badania dotyczące zdrowia psychicznego młodych ludzi ujawniają istotne wyzwania oraz czynniki ryzyka, które wymagają analizy i szczególnej uwagi. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opisuje zdrowie psychiczne jako: „stan dobrostanu psychicznego, który umożliwia ludziom radzenie sobie ze stresem życiowym, realizowaniem swojego potencjału, uczenie się i pracę oraz wnoszenie wkładu w życie społeczności. Jest to integralny składnik zdrowia i dobrego samopoczucia, który stanowi podstawę indywidualnych i zbiorowych zdolności do podejmowania decyzji, budowania relacji i kształtowania świata, w którym żyjemy. Zdrowie psychiczne jest podstawowym prawem człowieka, które jest kluczowe dla rozwoju osobistego, społecznego i społeczno-ekonomicznego” (WHO, 2022). Z kolei Narodowy Fundusz Zdrowia definiuje: „zdrowie psychiczne to dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, a także zdolność do rozwoju i samorealizacji. Oznacza nie tylko brak chorób psychicznych, ale także poczucie własnej wartości i umiejętność czerpania radości z życia” (NFZ, 2021). UNICEF (2022) szacuje, że na całym świecie 1 na 7 dzieci w wieku od 10 do 19 lat żyje ze zdiagnozowanym zaburzeniem psychicznym, prawie zaś 46 tys. nastolatków każdego roku popełnia samobójstwo. To jedna z pięciu najczęstszych przyczyn zgonów w tej grupie wiekowej.

W niniejszym rozdziale analizowano trzy wskaźniki zdrowia psychicznego młodzieży – lęk, obniżenie nastroju (w tym nastrój depresyjny) oraz samotność.

Zaburzenia lękowe dotyczą również dzieci i młodzieży i mogą wiązać się z istotnym cierpieniem, zakłóceniem prawidłowego rozwoju psychospołecznego, trudnościami w środowisku szkolnym, a także z zaburzeniami funkcjonowania rodziny i zwiększonym korzystaniem z usług medycznych (Black, 1995). Jednakże częstość występowania zaburzeń lękowych w okresie adolescencji różni się od tych obserwowanych u dorosłych, a badania dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń lękowych wśród młodzieży w różnych częściach świata przedstawiają zróżnicowane wyniki (Tassin i in., 2014). W jednym z badań młodzieży, przy użyciu narzędzia GAD-7, u 10,1% zdiagnozowano prawdopodobne zaburzenia lękowe uogólnione. Co ważne, częstość występowania objawów zaburzeń lękowych u dziewcząt była wyższa niż u chłopców (Mbanuzuru i in., 2023).

W odniesieniu do wskaźników nastroju istotny pozostaje fakt, że dzieci mogą doświadczać obniżenia nastroju, utraty radości życia, uczucia pustki i bezsensu, podobnie jak dorośli. Mogą towarzyszyć im głęboki smutek, apatia oraz intensywny lęk. Depresja może dotknąć osoby w różnym wieku, w tym dzieci, zarówno młodsze, jak i starsze.

Badania wskazują, że objawy depresyjne u młodzieży mają wieloczynnikowe pochodzenie. Wysoki poziom koherencji i samooceny, zaangażowanie w życie szkolne oraz wyższy poziom aktywności fizycznej pełnią funkcję ochronną i są związane z niższym poziomem objawów depresyjnych u nastolatków. Przeciwnie, ekspozycja na negatywne zachowania w szkole, niekorzystne doświadczenia rodzinne, dolegliwości psychosomatyczne oraz palenie tytoniu zwiększają ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych. Ponadto dziewczęta są bardziej podatne na depresję w porównaniu z chłopcami (Malinauskienė i Malinauskas, 2021).

Ostatnim z analizowanych wskaźników jest samotność. To stan psychologiczny, w którym jednostka odczuwa brak satysfakcjonujących relacji społecznych i emocjonalnych. Może ona występować w różnych etapach życia (Asher i Paquette, 2003). Samotność szczególnie dotyka młodzieży i jest powiązana z długoterminowymi problemami zdrowotnymi i społecznymi. Wyniki badań HBSC przeprowadzone w czasie pandemii COVID-19 ujawniły, że niemal jedna trzecia uczniów w wieku 11-17 lat uczęszczających do szkół w Polsce doświadcza uczucia samotności „często” lub „zawsze”. Kluczowe czynniki wpływające na to uczucie to płeć, wiek, poziom wsparcia ze strony rodziny i rówieśników oraz czas spędzany na mediach społecznościowych. Badanie wskazuje również, że dziewczęta, zwłaszcza uczęszczające do szkół średnich i mieszkające w większych miastach, częściej zgłaszają uczucie samotności (Kleszczewska i in., 2024).

Ponadto niektóre badania wskazują na skuteczne strategie przeciwdziałania samotności, takie jak angażowanie młodzieży w grupy rówieśnicze, które promują rozwój osobisty, wspierają regulację emocji, rozwijają umiejętności interpersonalne i oferują różne możliwości oraz zapewniają poczucie bezpieczeństwa (Turner i in., 2024).

Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest kluczowa dla zapewnienia im optymalnego rozwoju i dobrego startu w dorosłe życie. Niedostateczne lub opóźnione rozpoznanie problemów psychicznych w dzieciństwie może prowadzić do rozwoju zaburzeń psychicznych w późniejszym okresie życia. Tego rodzaju problemy mogą znacząco wpłynąć na rozwój psychospołeczny dzieci oraz ograniczyć ich możliwości w zakresie edukacji, integracji społecznej i kariery zawodowej (Szredzińska, 2022).

Zmienne i wskaźniki

GAD-7

Kryteria diagnostyczne DSM-5 dla uogólnionego zaburzenia lękowego (GAD – *general anxiety disorder*) obejmują wyraźnie nadmierny, niekontrolowany i często irracjonalny lęk i zmartwienie trwające co najmniej 6 miesięcy (American Psychiatric Association, 2013). Pytania skali GAD-7 dotyczą oceny nasilenia objawów lękowych. Skupiają się na różnych aspektach odczuwania lęku, takich jak nadmierne martwienie się, trudności w relaksowaniu się oraz uczucie napięcia i rozdrażnienia. Odpowiedzi udzielane są w 4-stopniowej skali jako: 0 (wcale), 1 (kilka dni), 2 (ponad połowa dni) i 3 (prawie codziennie) (Spitzer i in., 2006). W pracy tej zastosowano punkty odcięcia przedstawione w badaniu walidacyjnym osób w wieku od 12-17 lat (Mossman i in., 2017):

- wynik 0-10 – niski lęk;
- wynik 11-16 – umiarkowany lęk;
- wynik 17-21 – wysoki lęk.

W zebranym materiale skala GAD-7 spełnia warunki homogeniczności i charakteryzuje się bardzo dobrą rzetelnością ze współczynnikiem alfa Cronbacha równym 0,898. Na siedem pytań składowych skali GAD-7 odpowiedziało 97,0% uczniów z badanej próby.

WHO-5

Wskaźnik Dobrego Samopoczucia WHO-5 (WHO, 1998) ocenia stan psychiczny jednostki w ciągu ostatnich dwóch tygodni i może być stosowany jako narzędzie przesiewowe w kierunku depresji. Opracowana w celu pomiaru zarówno pozytywnego, jak i negatywnego samopoczucia, pięciopunktowa wersja narzędzia koncentruje się wyłącznie na pozytywnie sformułowanych stwierdzeniach, co eliminuje użycie języka sugerującego objawy.

Ta krótka skala samoopisowa została wprowadzona w obecnej formie przez Biuro Regionalne WHO w 1998 r. i jest odpowiednia dla dzieci w wieku 9 lat i starszych. Składa się z pięciu pozytywnie sformułowanych pozycji, które odnoszą się do pozytywnego nastroju, aktywności oraz ogólnych zainteresowań.

Standaryzowany wynik skali oscyluje w zakresie od 0 do 100, gdzie wynik 0 oznacza brak dobrego samopoczucia, a wynik 100 wskazuje na maksymalne dobre samopoczucie. Zgodnie z międzynarodowymi zaleceniami WHO punkty odcięcia zostały określone w następujący sposób:

- wynik 0-28 – nastrój depresyjny;
- wynik 29-50 – nastrój obniżony;
- wynik 51-100 – nastrój prawidłowy.

Wynik równy lub niższy niż 28 klasyfikowany jest jako „zagrożenie depresją” i wskazuje na konieczność przeprowadzenia dalszych badań przy użyciu standardowych ocen klinicznych.

W zebranych materiale skala WHO-5 spełnia warunki homogeniczności i charakteryzuje się bardzo dobrą rzetelnością ze współczynnikiem alfa Cronbacha równym 0,842. Na wszystkie pytania składowe skali WHO-5 odpowiedziało 98,0% uczniów biorących udział w omawianych badaniach.

Samotność

W badaniach przeprowadzonych w województwie lubuskim pytanie o samotność brzmiało: *Jak często w ciągu ostatnich 7 dni czułeś/aś się samotny/a?*. Respondenci mogli wybierać spośród pięciu opcji odpowiedzi: *nigdy, rzadko, dość często, bardzo często oraz zawsze*. Pytanie zadawane było jako część kwestionariusza KIDSCREEN-27. Koncentruje się ono na krótkoterminowym doświadczeniu samotności, skupiając się na tygodniowym okresie, co pozwala uzyskać bardziej precyzyjny obraz bieżących odczuć respondentów. W badaniach HBSC pytanie o samotność miało nieco inny format: *Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy czułeś/aś się samotny/a?*. W tym przypadku również było pięć opcji odpowiedzi: *nigdy, rzadko, czasami, przez większość czasu oraz zawsze*. To pytanie było bardziej zorientowane na dłuższy okres – całego roku – co pozwoliło na uchwycenie zmienności poczucia samotności w dalszym horyzoncie czasowym i może lepiej odzwierciedlać ogólny stan emocjonalny respondentów w skali roku. Oba pytania zostały zaprojektowane w celu oceny częstotliwości doświadczania samotności, ale różnica w okresie odniesienia (7 dni w badaniach lubuskich *versus* 12 miesięcy w badaniach HBSC) wpływa na sposób, w jaki respondenci oceniali swoje odczucia. Krótszy okres odniesienia może ujawniać niedawne zmiany w odczuwanej samotności, podczas gdy dłuższy okres może wskazywać na ogólny, bardziej stabilny trend w poczuciu samotności.

Aby dokonać kategoryzacji na trzy grupy, odpowiedzi zostały podzielone w następujący sposób: odpowiedź *nigdy* została zaklasyfikowana do pierwszej kategorii, odpowiedzi *rzadko* i *czasami* zostały połączone w drugą kategorię, natomiast odpowiedzi

przez większość czasu oraz zawsze utworzyły trzecią kategorię. Na pytanie dotyczące samotności odpowiedziało 98,9% uczniów zakwalifikowanych do analiz.

Wyniki

Zróznicowanie wskaźników wg płci i wieku

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 43, w VII klasie szkoły podstawowej chłopcy charakteryzują się wysokim odsetkiem niskiego lęku (82,6%), podczas gdy tylko 11,4% doświadcza umiarkowanego lęku, a 6,0% silnego lęku. Dziewczeta w tej samej kategorii wiekowej mają mniejszy odsetek niskiego lęku (59,6%) oraz wyższe poziomy umiarkowanego (25,2%) i silnego lęku (15,2%), co wskazuje na większe narażenie dziewcząt na lęk. W I klasie szkoły ponadpodstawowej 76,6% chłopców ma niski poziom lęku, 16,1% umiarkowany, a 7,3% silny. Z kolei 53,6 % dziewcząt w tej klasie charakteryzuje się niskim poziomem lęku, 28,9% umiarkowanym oraz 17,5% silnym lękiem. W III klasie szkoły ponadpodstawowej 73,7% chłopców zgłasza niski poziom lęku, 17,4% umiarkowany, a 8,9% silny. Niskim poziomem lęku charakteryzowało się 53,6% dziewcząt, 26,6% umiarkowanym oraz 19,8% silnym lękiem. We wszystkich analizowanych grupach wieku dziewczeta wykazują wyższy poziom umiarkowanego i silnego lęku w porównaniu z chłopcami.

Tabela 43. Rozkład procentowy wyników lęku według GAD-7 w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9133)

Klasa	Płeć	Poziom lęku (%)		
		niski	umiarkowany	silny
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	82,6	11,4	6,0
	Dziewczyna	59,6	25,2	15,2
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	76,6	16,1	7,3
	Dziewczyna	53,6	28,9	17,5
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	73,7	17,4	8,9
	Dziewczyna	53,6	26,6	19,8

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 479,8$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 64,3$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Dane w tabeli 44 wskazują, że w VII klasie szkoły podstawowej większość chłopców (65,8%) ma prawidłowy nastrój, podczas gdy 22,6% ma nastrój obniżony, a 11,7% charakteryzuje się nastrojem depresyjnym. Mniej dziewcząt charakteryzuje się prawidłowym nastrojem (37,6%), a także mają one wyższe wskaźniki nastroju obniżonego

(33,7%) i ryzyka depresji (28,6%). W I klasie szkoły ponadpodstawowej 55,7% chłopców ma prawidłowy nastrój, ale proporcje obniżonego nastroju (27,3%) i ryzyka depresji (17,0%) są wyższe niż w VII klasie. Tylko 27,1% dziewcząt charakteryzuje się prawidłowym nastrojem, mają one także wyższe wskaźniki obniżonego nastroju (39,0%) i ryzyka depresji (33,9%). W III klasie szkoły ponadpodstawowej 48,0% chłopców utrzymuje prawidłowy nastrój, podczas gdy 31,2% doświadcza obniżonego nastroju, a 20,7% prezentuje nastrój depresyjny. Wśród dziewcząt 25,8% charakteryzuje się prawidłowym nastrojem, ponadto wyższe wskaźniki obniżonego nastroju (39,9%) oraz ryzyka depresji (34,3%) są zauważalne w tej grupie. Dziewczeta we wszystkich analizowanych grupach wieku mają wyższy poziom obniżonego nastroju i ryzyka depresji w porównaniu z chłopcami.

Tabela 44. Rozkład procentowy wyników samooceny nastroju według WHO-5 w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9222)

Klasa	Płeć	Nastrój (%)		
		prawidłowy	obniżony	depresyjny
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	65,8	22,6	11,7
	Dziewczyna	37,6	33,7	28,6
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	55,7	27,3	17,0
	Dziewczyna	27,1	39,0	33,9
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	48,0	31,2	20,7
	Dziewczyna	25,8	39,9	34,3

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 647,6$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 153,5$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 45, w VII klasie szkoły podstawowej 44,1% chłopców nigdy nie odczuwa samotności, w porównaniu z 25,7% dziewcząt. Dziewczeta częściej zgłaszają samotność *rzadko i czasami* (45,5%) oraz *często i bardzo często* (28,7%). W I klasie szkoły ponadpodstawowej chłopcy raportują, że 36,9% z nich nigdy nie odczuwa samotności, podczas gdy wśród dziewcząt tylko 19,7% zgłasza brak samotności, a reszta doświadcza jej *rzadko i czasami* (52,2%) lub *często i bardzo często* (28,1%). W III klasie szkoły ponadpodstawowej 26,1% chłopców nie odczuwa samotności, a 18,7% dziewcząt zgłasza ten brak. Dziewczeta w tej klasie częściej doświadczają samotności *rzadko i czasami* (55,4%) oraz *często i bardzo często* (25,9%). Ogólnie dziewczeta mają wyższe wskaźniki samotności w porównaniu z chłopcami w każdej grupie wieku, a poziom samotności wzrasta w kolejnych rocznikach.

Tabela 45. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o częstość poczucia samotności w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9311)

Klasa	Płeć	Poczucie samotności (%)		
		nigdy	rzadko lub czasami	często lub bardzo często
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	44,1	39,3	16,6
	Dziewczyna	25,7	45,5	28,7
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	36,9	43,0	20,1
	Dziewczyna	19,7	52,2	28,1
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	26,1	49,3	24,7
	Dziewczyna	18,7	55,4	25,9

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 207,1$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 114,6$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Porównanie wskaźników między powiatami

Wykazano różnice w poziomach lęku w poszczególnych powiatach. Tabela 46 pokazuje, że powiat wschowski wyróżnia się najwyższym odsetkiem osób z niskim lękiem (71,5%), a powiat strzelecko-drezdenecki ma najwyższy wskaźnik silnego lęku (25,8%). Najniższy odsetek osób z silnym lękiem odnotowano w powiecie sulęcińskim (7,3%).

Tabela 46. Rozkład procentowy wyników lęku według GAD-7 w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9141)

Powiat	Poziom lęku (%)		
	niski	umiarkowany	silny
m. Gorzów Wielkopolski	66,1	21,4	12,5
m. Zielona Góra	62,8	22,8	14,4
gorzowski	60,1	26,0	13,9
krośnieński	64,8	19,8	15,5
międzyrzecki	67,7	17,7	14,6
nowosolski	69,0	19,0	12,0
słubicki	62,8	23,4	13,8
strzelecko-drezdenecki	57,0	17,1	25,8
sulęciński	68,1	24,6	7,3
świebodziński	67,4	23,6	9,0
wschowski	71,5	16,7	11,8
zielonogórski	68,3	18,1	13,6
żagański	69,2	20,1	10,7
żarski	67,6	22,5	9,9

Na podstawie danych z tabeli 47 można stwierdzić, że powiat wschowski odnotował najwyższy odsetek osób z prawidłowym nastrojem – 52,0%, podczas gdy strzelecko-drezdenecki powiat miał najniższy odsetek, czyli 35,2%. Jeśli chodzi o nastrój obniżony, najwyższy odsetek odnotowano w powiecie żarskim (35,3%), a najniższy w słubickim (29,2%). W kategorii ryzyka depresji powiat strzelecko-drezdenecki miał odsetek osób najwyższy (33,2%), natomiast powiat wschowski miał najniższy – 17,9%.

Tabela 47. Rozkład procentowy wyników samooceny nastroju według WHO-5 w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9215)

Powiat	Nastrój (%)		
	prawidłowy	obniżony	depresyjny
m. Gorzów Wielkopolski	39,7	33,3	27,0
m. Zielona Góra	40,5	32,1	27,3
gorzowski	42,5	29,4	28,1
krośnieński	43,0	31,4	25,5
międzyrzecki	45,5	32,8	21,6
nowosolski	45,8	32,8	21,5
słubicki	43,3	29,2	27,5
strzelecko-drezdenecki	35,2	31,6	33,2
sulęciński	44,6	32,9	22,5
świebodziński	44,2	33,0	22,8
wschowski	52,0	30,1	17,9
zielonogórski	46,2	30,9	22,9
żagański	43,2	30,6	26,2
żarski	44,3	35,3	20,3

Z danych przedstawionych w tabeli 48 wynika, że powiat strzelecko-drezdenecki odnotował najwyższy odsetek osób zgłaszających samotność „często i bardzo często” (35,6%). Z kolei powiat świebodziński miał najniższy odsetek osób zgłaszających samotność „często i bardzo często” (19,2%), co sugeruje, że mieszkańcy tego powiatu rzadziej doświadczają intensywniej samotności. Powiat wschowski miał najwyższy odsetek osób, które zadeklarowały, że nigdy nie doświadczają samotności (33,9%). W kategorii „rzadko i czasami” najwyższy odsetek występuje w powiecie słubickim (51,6%), wskazując na wyższy poziom częstotliwości samotności w tym powiecie. Najniższy odsetek zgłoszeń „rzadko i czasami” znajduje się w powiecie gorzowskim (41,8%).

Tabela 48. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o częstotliwość pocucia samotności w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9287)

Powiat	Poczucie samotności (%)		
	nigdy	rzadko lub czasami	często lub bardzo często
m. Gorzów Wielkopolski	28,9	45,2	25,9
m. Zielona Góra	28,1	48,6	23,4
gorzowski	29,1	41,8	29,1
krośnieński	25,4	49,1	25,6
międzyrzecki	27,4	50,3	22,3
nowosolski	28,1	46,3	25,6
ślubicki	26,3	51,6	22,1
strzelecko-drezdenecki	23,1	41,4	35,6
sulęciński	29,2	46,2	24,6
świebodziński	31,4	49,4	19,2
wschowski	33,9	45,6	20,5
zielonogórski	31,1	44,8	24,1
żagański	26,6	48,0	25,4
żarski	28,8	48,7	22,6

Na rycinie 23 zaprezentowano mapę województwa lubuskiego i przedstawiono łączny rozkład natężenia problemów, takich jak lęk, obniżony nastrój i samotność, w różnych powiatach przy użyciu prostej metody statystycznej uśrednionych rang.

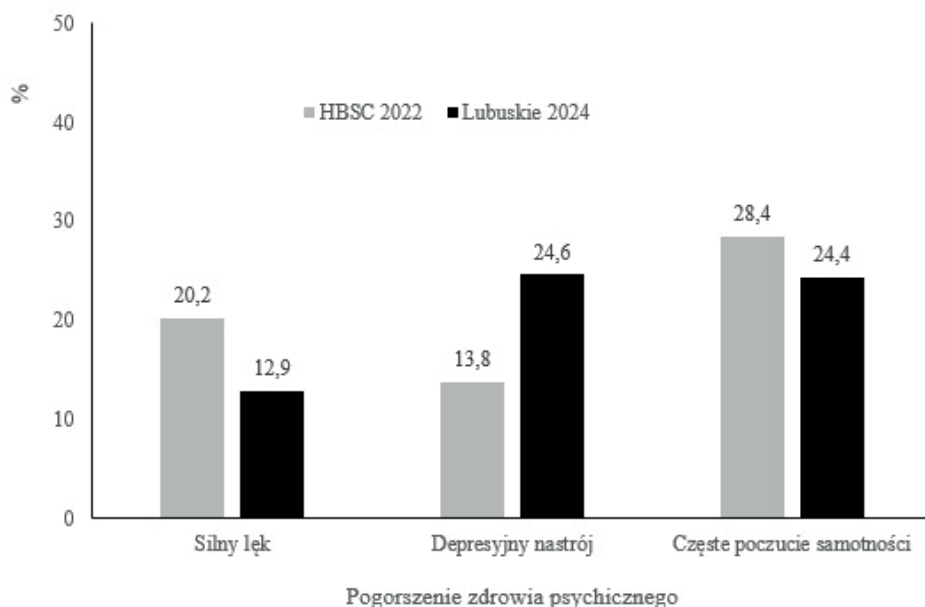
Powiaty strzelecko-drezdenecki, gorzowski, krośnieński charakteryzują się najwyższym natężeniem problemów emocjonalnych w województwie. Z kolei najkorzystniejsze wskaźniki zanotowano w powiecie wschowskim, świebodzińskim i żarskim. Dokładny ranking powiatów zamieszczono w aneksie do tego raportu.

Porównanie z HBSC

Analizując dane z ryciny 24, można zauważyć, że wyniki badania HBSC wskazują wyższy odsetek osób z silnym lękiem (20,2%) w porównaniu z badaniami w województwie lubuskim (12,9%). Różnica ta jest statystycznie istotna ($z = -11,01$, $p < 0,001$). Z kolei wyniki badania w województwie lubuskim pokazują wyższy poziom depresyjnego nastroju (24,6%) niż badania HBSC (13,8%), co jest różnicą istotną statystycznie ($z = -15,46$, $p < 0,001$). Ponadto badania HBSC ujawniają wyższy odsetek osób z częstym pocuciem samotności (28,4%) w porównaniu z badaniami w województwie lubuskim (24,4%), choć różnice są w tym przypadku mniejsze, jednak istotne statystycznie ($z = 5,32$, $p < 0,001$).



Rycina 23. Porównanie problemów zdrowia psychicznego w zależności od powiatu lokalizacji szkoły według uśrednionej rangi



Rycina 24. Porównanie wskaźników zdrowia psychicznego młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

Podsumowanie

- **Rozpowszechnienie trudności zdrowia psychicznego:** 12,9% uczestników zgłosiło doświadczanie silnego lęku, 24,6% – depresyjnego nastroju, a 24,4% – częstego poczucia samotności.
- **Zróżnicowanie płciowe:** dziewczęta w analizowanych grupach wiekowych wykazują wyższe poziomy lęku, obniżenia nastroju oraz wyższe ryzyko depresji niż chłopcy, co sugeruje ich większą podatność na zaburzenia emocjonalne. Ponadto dziewczęta zgłaszają wyższe wskaźniki samotności, które wzrastają wraz z wiekiem, podczas gdy chłopcy doświadczają samotności rzadziej.
- **Zróżnicowanie regionalne:** mapa województwa lubuskiego ukazuje zróżnicowanie w zakresie problemów emocjonalnych, takich jak lęk, obniżony nastrój i samotność. Wskazuje to na potrzebę dostosowanego wsparcia w zależności od lokalnych potrzeb, z uwzględnieniem powiatów o najwyższym natężeniu tych problemów.
- **Porównanie badań:** badania HBSC wskazują na wyższy poziom silnego lęku i poczucia samotności, podczas gdy badania w województwie lubuskim ujawniają wyższy poziom depresyjnego nastroju.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Asher, S.R., & Paquette, J.A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 75-78.
- Black, B. (1995). Anxiety disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 7(4), 387-391.
- Kleszczewska, D., Mazur, J., Dzielska, A., & Małkowska-Szcutnik, A. (2024). Adolescent loneliness in the COVID-19 era: The perspective of health behavior in a study on school-aged children in Poland. *Family Medicine & Primary Care Review*, 26(2), 193-200.
- Malinauskienė, V., & Malinauskas, R. (2021). Predictors of adolescent depressive symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4508.
- Mbanuzuru, A.V., Uwakwe, R., Anyaoku, C.S., Ojimba, A.O., Mbanuzuru, M.C., Ezenyeaku, C.A., Obi, D.C., Okafor, C.N. & Okonkwo, U.P. (2023). Generalized anxiety disorder screening using GAD-7 among in-school adolescents of Anambra State, Nigeria: A comparative study between urban and rural areas. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17, 91.
- Mossman, S.A., Luft, M.J., Schroeder, H.K., Varney, S.T., Fleck, D.E., Barzman, D.H., Gilman, R., DelBello, M.P. & Strawn, J.R. (2017). The Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in adolescents with generalized anxiety disorder: Signal detection and validation. *Annals of Clinical Psychiatry*, 29(4), 227-234.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2021). *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Ze zdrowiem* (5). https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/dla_pacjenta/magazyn_ze_zdrowiem/nfz_nr_5.pdf [dostęp: 2.12.2024].
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Szredzińska, R. (2022). *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. W: M. Sajkowska & R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022: Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 136-157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Tassin, C., Reynaert, C., Jacques, D. & Zdanowicz, N. (2014). Anxiety disorders in adolescence. *Psychiatria Danubina*, 26(Suppl. 1), 27-30.
- Turner, S., Fulop, A. & Woodcock, K.A. (2024). Loneliness: Adolescents' perspectives on what causes it, and ways youth services can prevent it. *Children and Youth Services Review*, 157, 107442.
- UNICEF. (2022). *The state of the world's children 2021: On my mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health*. UNICEF.
- World Health Organization. (1998). *WHO Five Well-Being Index (WHO-5)*. Retrieved from <https://www.who-5.org>.
- World Health Organization. (2022). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [dostęp: 2.12.2024].

Maciej Białorudzki

BMI, OBRAZ CIAŁA, STOSOWANIE DIETY I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Wprowadzenie

W ostatnich dwóch dekadach wzrost nadmiernej masy wśród młodzieży w Europie, w tym w Polsce, stał się poważnym problemem zdrowia publicznego (Rakić i in., 2024). Do oceny masy ciała stosuje się wskaźnik masy ciała (BMI – *Body Mass Index*), wykorzystujący wagę i wzrost w celu rozpoznania nadmiernej masy ciała (Weir i Jan, 2023). Wskaźnik ten jest szeroko stosowany w badaniach populacyjnych i w praktyce klinicznej (Martin-Calvo in., 2016). Otyłość i nadwaga wśród dzieci i młodzieży znacząco wzrosła, szczególnie w krajach Europy Południowej, co ma poważne konsekwencje zdrowotne, w tym zwiększone ryzyko chorób przewlekłych (NCD-RisC, 2024). W badaniach HBSC u ponad jednej piątej (22%) dzieci i nastolatków stwierdzono nadmierną masę ciała, a częstość jej występowania znacząco się różni w poszczególnych krajach i regionach (Rakić i in., 2024). Dzieci z nadmierną masą ciała częściej doświadczają problemów fizycznych i psychospołecznych, wcześniejszego dojrzewania, nieregularnych miesięczek, zmniejszonych zdolności poznawczych, gorszych wyników w nauce i są bardziej narażone na otyłość w miarę dorastania (Lobstein i in., 2004; Itriyeva, 2022; Jebeile i in., 2022).

Na masę ciała ma wpływ wiele czynników, jednakże głównie zależy ona od bilansu energetycznego (ilość spożywanych kalorii – całkowity wydatek energetyczny) (Das i in., 2017). Odpowiedni styl odżywiania oparty na ujemnym bilansie energetycznym jest związany z redukcją masy ciała i stanowi jedną z głównych interwencji mających na celu jej zmniejszenie (Nittari in., 2019; Duncanson in., 2021). Równocześnie czynniki demograficzne i socjoekonomiczne mają istotny wpływ na nawyki żywieniowe i BMI

młodzieży, co sugeruje, że interwencje powinny być dostosowane do specyficznych potrzeb różnych grup społecznych (Mayer in., 2023). Dodatkowo ukazuje się różnice we wskaźnikach otyłości między krajami, co podkreśla znaczenie lokalnych polityk zdrowotnych i dostępu do zdrowej żywności oraz możliwości realizacji odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej (NCD-RisC, 2024).

Skuteczność programów zdrowotnych mających na celu interwencje związane z redukcją masy ciała znacząco wzrasta, gdy łączą się one z edukacją zdrowotną i z włączeniem aktywności fizycznej (Maffei in., 2023).

Aktywność fizyczna jest kluczowym czynnikiem wpływającym na zdrowie i kondycję młodzieży, a jej brak jest ważnym czynnikiem ryzyka złego stanu zdrowia i przedwczesnej umieralności (WHO, 2018). Pełni ona funkcję profilaktyczną we wszystkich grupach wieku – od małych dzieci po osoby starsze. Według wytycznych WHO, dzieci i młodzież powinna spędzać średnio 60 minut dziennie na umiarkowanej aktywności fizycznej oraz zaleca się udział w intensywnej aktywności fizycznej co najmniej trzy dni w tygodniu i ograniczenie czasu spędzanego na siedzeniu (Chaput in., 2020). Średnio 25% chłopców i 15% dziewcząt w badaniach międzynarodowych HBSC spełniało kryteria 60 minut dziennej aktywności fizycznej z dużymi różnicowaniami regionalnymi (Rakić i in., 2024). Regularna aktywność fizyczna jest związana z mniejszym przyrostem masy ciała, a także pozytywnie oddziałuje na samopoczucie psychiczne i wpływa na poprawę jakości życia oraz obniżenie ryzyka występowania chorób przewlekłych (Lubans in., 2016).

Subiektywna ocena masy ciała u dzieci jest istotna, ponieważ wpływa na ogólną satysfakcję z życia i jest związana z interakcjami społecznymi (Khambalia in., 2012; Griffiths in., 2017). Niewłaściwa ocena ciała może świadczyć o niezadowoleniu z wyglądu, wynikającym z rozbieżności między percepcją własnej sylwetki a postrzeganym ideałem (Griffiths in., 2017).

Związek między podwyższonym BMI a negatywnym postrzeganiem własnego ciała jest dobrze udokumentowany. Negatywne postrzeganie swojego ciała może prowadzić do obniżonej jakości życia oraz problemów ze zdrowiem psychicznym (Merino in., 2024; Pogodina in., 2024). Niezadowolenie z obrazu ciała jest powszechne u nastolatków i dorosłych: w badaniach HBSC prawie jedna trzecia nastolatków (29%) uważała się za zbyt grubych, częściej dziewczęta niż chłopcy (Rakić i in., 2024). Młodzi ludzie, którzy są niezadowoleni ze swojego wyglądu, częściej podejmują nieodpowiedni sposób odżywiania, co może prowadzić do niedożywienia lub zaburzeń odżywiania (Arjona i in., 2024). Natomiast pozytywne postrzeganie własnego ciała jest związane z lepszym zdrowiem i samopoczuciem (Andrew i in., 2016).

Wyniki badań wskazują, że płeć determinuje obiektywną ocenę masy ciała (Kantanista i in., 2017). Dziewczęta z występującą niedowagą wykazywały większe

zadowolenie ze swojego wyglądu niż te, które miały prawidłową masę ciała lub nadwagę. Natomiast chłopcy mają tendencję do częstszego przeceniania swojej masy ciała, chcą być postrzegani jako więksi i bardziej umięśnieni (Patte i in., 2016).

Zmienne i wskaźniki

Masa ciała wg BMI

Do oceny masy ciała wykorzystano wskaźnik BMI, który obliczono za pomocą ilorazu masy ciała w kg na wysokość ciała w m².

Pytania do obliczeń wskaźnika BMI w badaniach HBSC pozostają w niezmienionej formie od 2002 roku, kiedy to po raz pierwszy pojawiły się w badaniach polskich. W kwestionariuszu ankiety pytania przyjęły następującą formę:

- do wzrostu – *Jaki jest twój wzrost bez obuwia ... cm?*
- do wagi – *Ile ważysz bez ubrania ... kg?*

W wylosowanych szkołach nie dokonywano pomiarów masy i wysokości ciała uczniów przed badaniem ankietowym, w związku z czym istnieje ryzyko niedoszacowania wzrostu, a przede wszystkim wagi przez badane dzieci zwłaszcza u dziewcząt oraz u dzieci z występującą otyłością.

Wskaźnik BMI został sklasyfikowany w czterech kategoriach: niedowaga (szczupłość), norma, nadwaga i otyłość. Aby obliczyć BMI z-score odpowiedni dla płci i wieku (BMI-for-age), zastosowano kryteria Międzynarodowej Grupy Zadaniowej ds. Otyłości (International Obesity Task Force) (Cole i Lobstein, 2012). Braki danych występowały u 665 dzieci, co odpowiada 7,1% całej próby badanej.

Obraz ciała

Do subiektywnej oceny postrzegania obrazu swojego ciała wykorzystano następujące pytanie z HBSC:

Gdy myślisz o sobie, to sądzisz, że jesteś...:

z możliwością wyboru jednej z 5 odpowiedzi: *zdecydowanie za szczupły; trochę za szczupły; w sam raz; trochę za gruby; zdecydowanie za gruby.*

Tak zadane pytanie było zrozumiałe dla uczniów, co potwierdza odsetek 1,2% braku odpowiedzi. W analizach połączono odpowiedzi zdecydowanie za szczupły i za szczupły oraz zdecydowanie za gruby i za gruby.

Stosowanie diety

Do oceny częstości stosowania diety lub innych rzeczy, aby schudnąć, zastosowano pytanie z badania HBSC:

Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego, aby schudnąć?

Istniała możliwość wyboru jednej z 4 odpowiedzi: *nie, bo ważę, ile trzeba; nie, ale powinienem trochę schudnąć; nie, bo powinienem przytyć; tak.*

Tak zadane pytanie było zrozumiałe dla uczniów, co potwierdza odsetek 0,6% braku odpowiedzi.

Aktywność fizyczna

Do oceny aktywności fizycznej wykorzystano standaryzowane narzędzie MVPA (*Moderate-to-Vigorous Physical Activity*) – miara tzw. umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej wg testu Prochaski – wykorzystywane w badaniach HBSC.

Kwestionariusz ocenia codzienną aktywność fizyczną, łącznie z zajęciami WF w szkole, co pozwala na ocenę odpowiedzi do zaleceń WHO dotyczących aktywności fizycznej (Prochaska i in., 2001).

Pytanie przyjęło następujące brzmienie:

W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

z odpowiedziami od 0 dni do 7 dni na skali wizualnej.

Przyjęto następujący podział aktywności fizycznej:

- 0-1 dni – brak aktywności fizycznej;
- 2-4 – niska aktywność;
- 5-6 – przeciętna aktywność;
- 7 dni – wysoka rekomendowana aktywność fizyczna.

Braki danych w pytaniu o aktywność fizyczną wyniosły 1,1% próby badanej.

W badaniach przeprowadzonych w województwie lubuskim liczba uczniów, którzy odpowiedzieli na pytania na wyżej wymienione elementy związane ze zdrowiem, wahała się od 8746 (92,9%) do 9356 (99,4%).

Wyniki

Masa ciała wg BMI

W badanej próbie uczniów szkół lubuskich zaobserwowano u 19,8% nadmierną masę ciała, a u 12,5% niedowagę. Jak wynika z danych w tabeli 49, wartości BMI zmieniała się wraz z wiekiem skategoryzowanym jako klasy. Nadmierną masę ciała u chłopców najczęściej odnotowywano w I klasie szkoły, a u dziewcząt w III klasie szkoły ponadpodstawowej. Samą otyłość u chłopców najczęściej odnotowywano w VII klasie szkoły podstawowej. Równocześnie warto zwrócić uwagę na dane dotyczące niedowagi, która była znacznie częstsza u dziewczynek we wszystkich grupach wiekowych. Największy procent osób z niedowagą zaobserwowano u chłopców w VII klasie szkoły podstawowej, natomiast u dziewcząt w I klasie szkoły ponadpodstawowej.

Tabela 49. Rozkład procentowy wartości BMI w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 8746)

Klasa	Płeć	Poziom BMI (%)			
		niedowaga	norma	nadwaga	otyłość
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	9,7	63,3	20,5	6,4
	Dziewczyna	17,0	69,7	10,3	2,9
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	6,4	66,0	21,6	6,0
	Dziewczyna	17,5	68,6	10,9	2,9
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	8,1	68,4	18,5	5,0
	Dziewczyna	16,8	68,7	10,7	3,8

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 316,3$; $df = 3$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 4,5$; $df = 6$; $p = 0,606$.

BMI jest silnie uwarunkowane płcią, a różnice na niekorzyść chłopców były obserwowane we wszystkich grupach wieku ($p < 0,001$).

W tabeli 50 porównano powiaty województwa lubuskiego pod względem BMI znajdujących się w nich szkół, po skorygowaniu analiz na strukturę prób powiatowych wg płci i wieku. Różnice między powiatami są widoczne i istotne statystycznie ($p < 0,001$). Biorąc pod uwagę wartość wskaźnika reszt standaryzowanych, można wskazać miasto Gorzów Wielkopolski, gdzie najrzadziej występowała nadmierna masa ciała, natomiast w samym powiecie gorzowskim zanotowano wzrost wskaźnika otyłości. W powiatach ślubickim i żarskim wykazano wzrost nadwagi, natomiast w powiatach strzelecko-drezdeneckim i wschowskim zauważono wzrost zarówno nadwagi, jak i otyłości. Wskazać można również na powiat świebodziński, który cechował się najmniejszym procentem dzieci z występującą nadwagą.

Tabela 50. Rozkład procentowy wartości BMI w zależności od powiatu (dane ważone; N = 8736)

Powiat	Poziom BMI (%)			
	niedowaga	norma	nadwaga	otyłość
m. Gorzów Wielkopolski	12,0	71,4	13,2	3,4
m. Zielona Góra	13,2	69,2	14,0	3,5
gorzowski	11,8	66,6	15,1	6,5
krośnieński	13,0	66,3	16,2	4,4
międzyrzecki	13,0	66,9	15,6	4,4
nowosolski	13,4	69,6	12,9	4,1
ślubicki	10,4	66,0	19,6	4,0
strzelecko-drezdenecki	8,7	63,2	20,2	7,9

Powiat	Poziom BMI (%)			
	niedowaga	norma	nadwaga	otyłość
sulęciński	13,0	64,4	15,1	7,4
świebodziński	14,1	70,7	10,0	5,2
wschowski	13,4	59,3	19,1	8,1
zielonogórski	13,8	68,5	13,1	4,7
żagański	11,7	68,9	15,3	4,1
żarski	11,8	65,1	18,6	4,4

Obraz ciała

W tabeli 51 przedstawiono wyniki obrazu ciała wśród dzieci lubuskich. Ogółem 47,5% dzieci uważa się za zbyt grube, a 16,9% klasyfikuje się jako za szczupłe.

Dziewczeta we wszystkich grupach wiekowych częściej niż chłopcy postrzegali się za zbyt grube ($p < 0,001$), najczęściej w I klasie szkoły podstawowej. Natomiast chłopcy we wszystkich grupach wiekowych częściej niż dziewczeta wskazywali, że są za szczupli z największą różnicą w III klasie szkoły ponadpodstawowej. We wszystkich rocznikach mniej niż połowa ankieterowanych uczniów zakreśliła odpowiedź „w sam raz”.

Tabela 51. Rozkład procentowy obrazu własnego ciała w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9295)

Klasa	Płeć	Obraz ciała (%)		
		za szczupły	w sam raz	za gruby
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	21,5	43,3	35,2
	Dziewczyna	9,9	31,0	59,0
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	28,1	37,4	34,5
	Dziewczyna	8,8	30,7	60,5
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	30,3	38,0	31,7
	Dziewczyna	10,5	35,0	54,5

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 679,9$; $df = 2$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 20,5$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Wyniki przedstawione w tabeli 52 ilustrują rozkład percepcji własnego ciała wśród młodzieży z różnych powiatów. W większości z nich znaczący odsetek badanych określa swoją sylwetkę jako „za grubą”, co jest szczególnie widoczne w powiecie strzelecko-drezdeneckim, gdzie najwyższy odsetek (58,3%) uczniów ocenił się w ten sposób. Z kolei najmniejszy odsetek osób mających taką percepcję siebie odnotowano w powiecie zielonogórskim (43,2%).

Różnica między powiatami jest statystycznie istotna ($p = 0,006$). Po skorygowaniu analiz na strukturę prób powiatowych wg płci i wieku najbardziej różniącym się od

Tabela 52. Rozkład procentowy obrazu własnego ciała w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9301)

Powiat	Obraz ciała (%)		
	za szczupły	w sam raz	za gruby
m. Gorzów Wielkopolski	19,1	35,1	45,8
m. Zielona Góra	19,5	34,8	45,7
gorzowski	18,2	30,8	51,0
krośnieński	19,0	31,8	49,2
międzyrzecki	15,5	38,0	46,5
nowosolski	19,8	35,4	44,8
słubicki	14,9	39,3	45,8
strzelecko-drezdenecki	13,7	28,0	58,3
sulęciński	19,8	35,6	44,6
świebodziński	16,2	39,5	44,2
wschowski	16,6	36,6	46,9
zielonogórski	18,5	38,3	43,2
żagański	19,6	35,0	45,3
żarski	18,5	35,9	45,6

reszty jest powiat strzelecko-drezdenecki. W powiecie gorzowskim rzadziej odnotowano odpowiedź „w sam raz”, a częściej uczniowie uważali się za zbyt grubych. Natomiast w powiecie międzyrzeckim mniejszy od spodziewanego był odsetek uczniów uważających się za zbyt szczupłych.

Stosowanie diet

Ogółem w badanej grupie 44,3% uczniów uważa, że ważą tyle, ile trzeba, 13,9% chciałoby przytyć, 23,0% chciałoby schudnąć, a 18,8% jest na diecie. Łączny odsetek będących na diecie lub mających intencje odchudzania wynosi więc 41,8%. W grupie bez nadwagi lub otyłości nadal co trzeci (32,1%) nastolatek kwalifikuje się do tej grupy, w tym 15,3% jest na diecie.

W tabeli 53 przedstawiono rozkład zachowań związanych ze stosowaniem diety wśród uczniów, analizując różnice związane z płcią i klasą. Wyniki pokazują wyraźne zróżnicowanie postaw zarówno między chłopcami a dziewczętami, jak i między poszczególnymi grupami wiekowymi ($p < 0,001$). Dziewczęta, niezależnie od wieku, wykazują większą skłonność do schudnięcia w porównaniu z chłopcami. W szczególności wśród dziewcząt z I i III klasy szkoły ponadpodstawowej odsetek chcących schudnąć jest wyraźnie wyższy. Natomiast chłopcy częściej niż dziewczęta deklarują chęć przytycia, szczególnie w starszych klasach.

Tabela 53. Rozkład procentowy zachowań związanych z redukcją masy ciała w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9356)

Klasa	Płeć	Czy obecnie stosują dietę (%)			
		nie	nie, ale chcą schudnąć	nie, ale chcą przytyć	tak
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	50,4	20,7	14,7	14,1
	Dziewczyna	42,0	28,3	6,9	22,8
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	46,7	17,5	21,5	14,3
	Dziewczyna	38,9	27,9	8,1	25,1
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	45,4	16,9	24,5	13,2
	Dziewczyna	42,4	26,1	8,6	22,9

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 448,5$; $df = 3$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 40,0$; $df = 6$; $p < 0,001$.

Odsetek młodzieży stosującej dietę jest również wyższy w grupie dziewcząt, zwłaszcza w I klasie szkoły ponadpodstawowej. Warto zwrócić uwagę, że z wiekiem nieznacznie maleje odsetek chłopców stosujących dietę.

Wyniki przedstawione w tabeli 54 ukazują różnice w zachowaniach związanych ze stosowaniem diety wśród uczniów z różnych powiatów, a testowanie statystyczne potwierdza zróżnicowanie regionalne ($p = 0,006$).

W większości powiatów dominują osoby, które nie stosują diety, natomiast najczęściej dietę stosują uczniowie w powiecie ślubickim. Warto zauważyć, że w powiatach takich jak strzelecko-drezdenecki i wschowski odsetek młodzieży deklarującej chęć schudnięcia jest wyższy niż w innych obszarach. Odsetek osób chcących przytyć jest stosunkowo niski, z wyjątkiem powiatu sulęcińskiego, gdzie 18,6% uczniów deklaruje taką chęć.

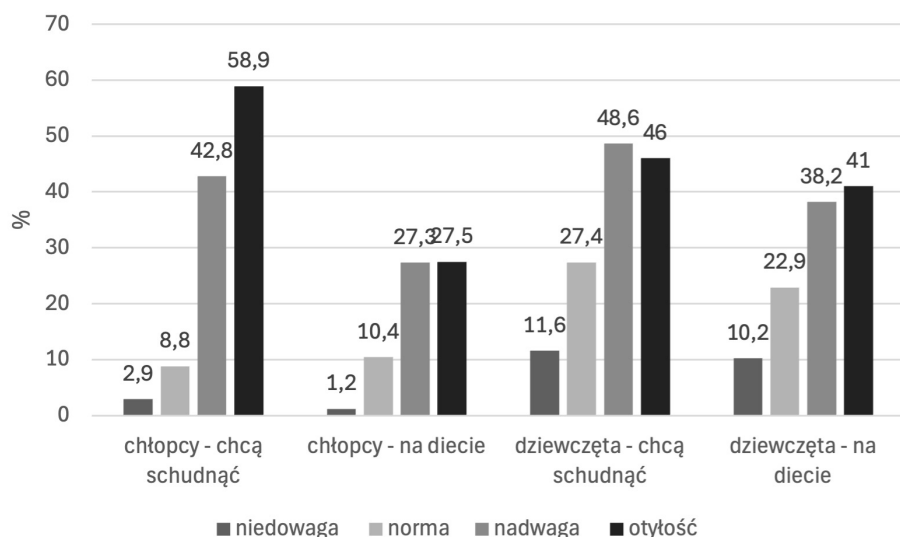
Związek między BMI a stosowaniem diet

Na rycinie 25 przedstawiono korelację między wskaźnikiem BMI i płcią a stosowaniem diety i chęcią redukcji masy ciała. W grupie chłopców, którzy rozważają podjęcie diety odchudzającej, 8,8% ma masę ciała w normie, natomiast wśród chłopców, którzy już stosują dietę redukcyjną, 10,4% ma masę ciała w normie.

W grupie dziewcząt, które chcą schudnąć, 27,4% ma masę ciała w normie, natomiast u dziewcząt, które obecnie są na diecie, 22,9% ma masę ciała w normie. Redukcję masy ciała rozważają też nastolatki zakwalifikowane wg BMI do niedowagi, co dotyczy co piątej dziewczyny z niedoborem masy ciała. W grupie młodzieży z nadwagą i otyłością częściej rozważana jest dieta niż jej realizowanie, co częściej obserwuje się u dziewcząt. Pogłębiona analiza danych wskazuje też, że 59,4% chłopców z niedowagą chciałoby przytyć, wobec 30,8% dziewcząt z niedowagą.

Tabela 54. Rozkład procentowy zachowań związanych z redukcją masy ciała w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9342)

Powiat	Czy obecnie stosują dietę (%)			
	nie	nie, ale chcą schudnąć	nie, ale chcą przytyć	tak
m. Gorzów Wielkopolski	44,3	24,5	13,2	18,0
m. Zielona Góra	42,7	21,1	14,6	21,6
gorzowski	45,4	22,4	14,6	17,6
krośnieński	43,3	21,5	16,4	18,8
międzyrzecki	47,1	22,2	11,9	18,8
nowosolski	44,1	23,7	14,4	17,8
ślubicki	42,8	22,4	11,7	23,1
strzelecko-drezdenecki	40,9	29,7	7,6	21,8
sulęciński	40,5	21,2	18,6	19,6
świebodziński	48,0	22,7	13,5	15,7
wschowski	47,6	24,6	11,3	16,5
zielonogórski	45,3	21,3	15,6	17,8
żagański	42,1	24,7	16,3	16,8
żarski	44,6	22,2	14,1	19,2

**Rycina 25.** Intencje redukcji masy ciała w zależności od płci i poziomu BMI

Aktywność fizyczna

Ogółem rekomendowanej kryteria umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej w wymiarze co najmniej 60 minut dziennie (MVPA = 7 dni) spełnia tylko 11,0% ankietowanych uczniów ze szkół lubuskich. Jeśli wziąć pod uwagę wcześniej obowiązujące kryterium co najmniej 5 dni w tygodniu, to odsetek ten wzrasta do 27,8%.

Tabela 55. Rozkład procentowy poziomu aktywności fizycznej wg MVPA w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9306)

Klasa	Płeć	Aktywność fizyczna (%)			
		brak	niska	przeciętna	wysoka
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	11,6	46,0	22,4	20,1
	Dziewczyna	15,5	50,6	21,7	12,3
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	17,0	52,4	18,9	11,6
	Dziewczyna	25,8	55,6	11,0	7,6
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	21,2	50,9	18,5	9,5
	Dziewczyna	32,0	54,2	9,2	4,6

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 197,4$; $df = 3$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 366,5$; $df = 6$; $p < 0,001$.

Dane w tabeli 55 ukazują, że poziom aktywności fizycznej młodzieży lubuskiej różni się istotnie ze względu na płeć i wiek. Chłopcy wykazują wyższy poziom aktywności fizycznej niż dziewczęta, niezależnie od rocznika szkolnego. Dziewczęta częściej deklarują brak aktywności lub niski jej poziom.

Wraz z wiekiem, w obu grupach, zauważalna jest tendencja spadkowa w odsetku osób osiągających przeciętny i wysoki poziom aktywności fizycznej. Zaobserwowano również, że różnice związane z płcią zmniejszają się wraz ze wzrostem aktywności fizycznej, osiągając najmniejszą różnicę w wysokim poziomie aktywności fizycznej.

W tabeli 56 pokazano, że poziom aktywności fizycznej młodzieży istotnie różni się w zależności od powiatu ($p < 0,001$). W większości powiatów przeważają osoby o braku lub niskim poziomie aktywności fizycznej, co może sugerować niski ogólny poziom aktywności w regionie. Powiaty strzelecko-drezdenecki i sulęciński wyróżniają się niższymi wartościami braku aktywności fizycznej oraz wyższym odsetkiem osób o wysokim poziomie aktywności. Natomiast w powiatach świebodzińskim i wschowskim odsetek młodzieży o wysokiej aktywności jest niższy.

Po skorygowaniu analiz na strukturę prób powiatowych wg płci i wieku najbardziej różniącym się od reszty jest powiat strzelecko-drezdenecki z wyraźnie najniższą

reprezentacją uczniów z brakiem aktywności fizycznej. Natomiast w Zielonej Górze zaobserwowano wyższy, niż się spodziewano, wskaźnik braku aktywności fizycznej.

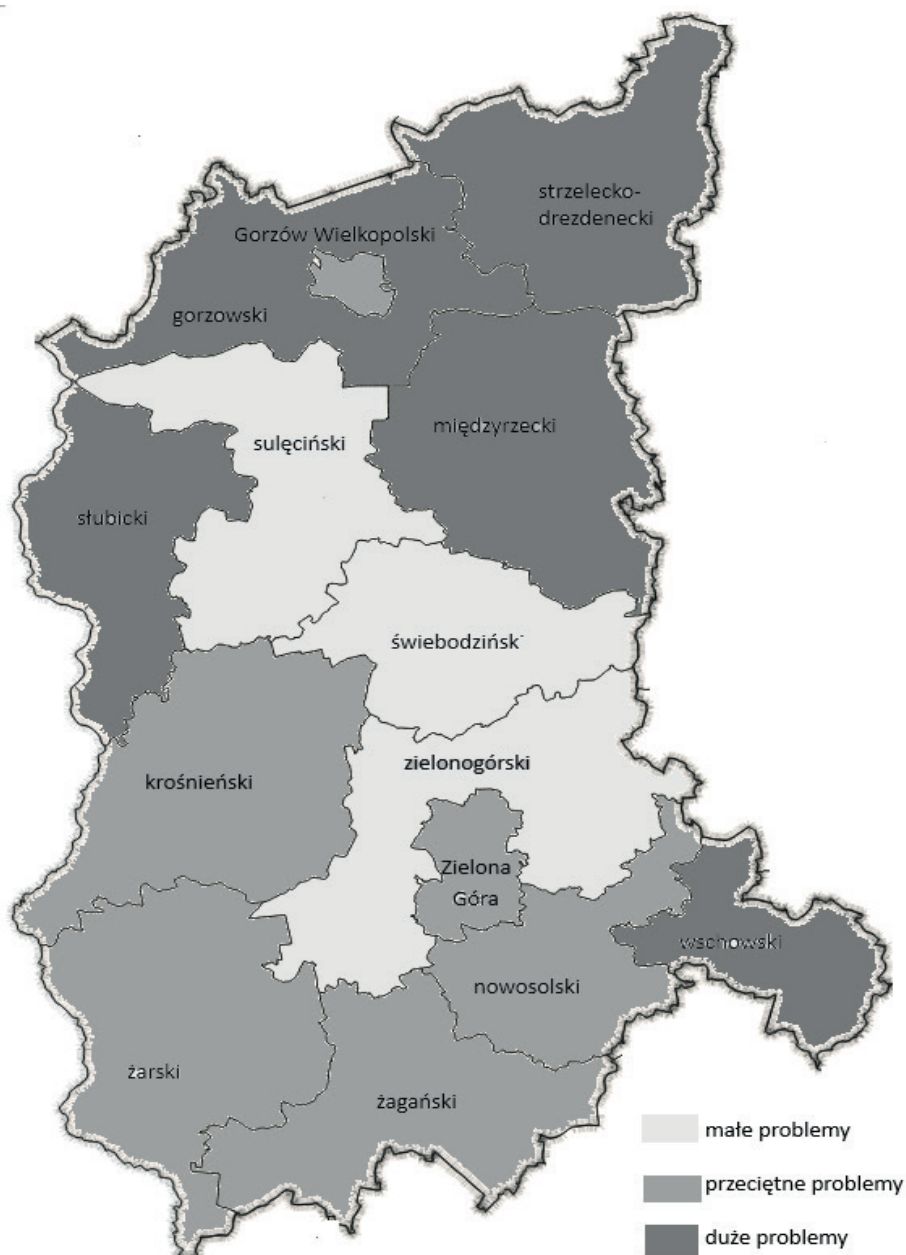
W przypadku wysoce rekomendowanej aktywności fizycznej najbardziej odstają od oczekiwanego rozkładu odpowiedzi w Gorzowie Wielkopolskim i powiecie nowosolskim.

Tabela 56. Rozkład procentowy poziomu aktywności fizycznej wg MVPA w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9284)

Powiat	Aktywność fizyczna (%)			
	brak	niska	przeciętna	wysoka
m. Gorzów Wielkopolski	19,0	48,7	18,7	13,6
m. Zielona Góra	22,5	51,0	15,1	11,3
gorzowski	18,8	57,6	13,2	10,3
krośnieński	20,5	51,3	17,2	11,1
międzyrzecki	21,7	52,4	15,3	10,6
nowosolski	20,2	54,2	17,4	8,3
ślubicki	23,1	48,9	18,0	10,0
strzelecko-drezdenecki	9,9	60,4	18,8	10,9
sulęciński	20,6	50,8	15,9	12,6
świebodziński	21,8	52,7	15,1	10,4
wschowski	20,0	53,0	18,6	8,4
zielonogórski	20,0	49,9	17,5	12,6
żagański	21,2	50,5	15,2	13,1
żarski	18,5	53,8	18,2	9,4

Podsumowanie różnic między powiatami

Na rycinie 26 przedstawiono mapę zróżnicowania regionalnego problemów zdrowotnych uczniów na podstawie trzech pierwszych wskaźników zdrowotnych, spójnych tematycznie, powiązanych z BMI. Wyróżniono trzy powiaty z małymi problemami zdrowotnymi: zielonogórski, świebodziński, sulęciński. Największe problemy zdrowotne zaobserwowano w powiatach: wschowskim, ślubickim, gorzowskim, międzyrzeckim i strzelecko-drezdeneckim. Z kolei przeciętne problemy dotyczyły południa województwa i miasta Gorzów Wielkopolski.



Rycina 26. Porównanie problemów zdrowotnych związanych z masą ciała w powiatach według rang

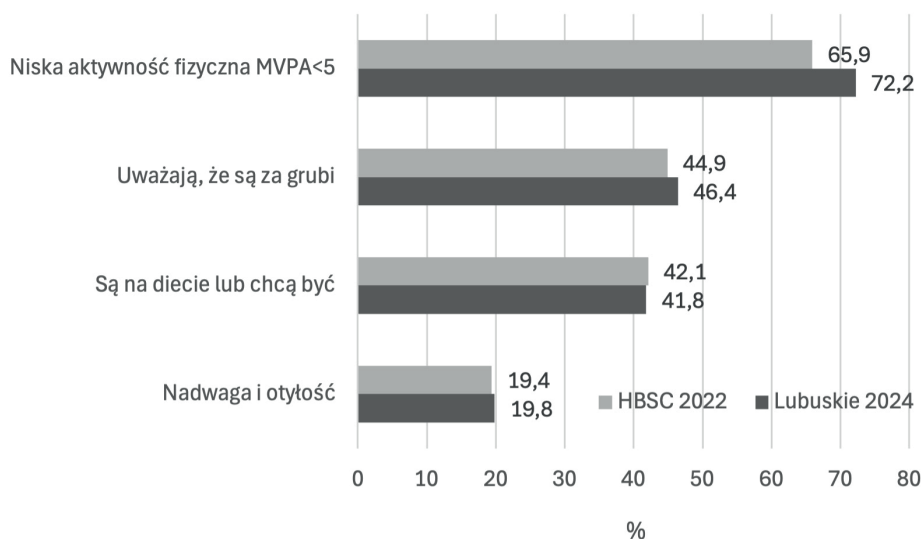
Porównanie z HBSC

Porównanie z wynikami ogólnopolskich badań HBSC przeprowadzonych dwa lata wcześniej przedstawiono na rycinie 27. Porównywano dane standaryzowane na jednakową strukturę obydwu prób według płci i wieku uczniów. Symptomy przedstawione na rycinie 27 zostały przesortowane wg częstości występowania w województwie lubuskim i w badaniach HBSC.

Największą różnicę zaobserwowano w niskiej aktywności fizycznej na niekorzyść województwa lubuskiego ($p < 0,001$).

W samoocenie związanej z obrazem ciała również zaobserwowano większy – w porównaniu z badaniami HBSC – odsetek uczniów odpowiadających, że są za grubi. Uzyskany wynik był na granicy istotności statystycznej $p = 0,082$.

W badaniach ogólnopolskich prowadzonych dwa lata wcześniej w końcowym okresie pandemii COVID-19 nieznacznie częściej, jednak bez istotności statystycznej, obserwowano fakt bycia lub chęć bycia na diecie. Natomiast nadmierną masę ciała nieznacznie częściej odnotowywano w województwie lubuskim. Niedowagę zaś częściej odnotowywano w grupie ogólnopolskiej w porównaniu z badaniami prowadzonymi w województwie lubuskim (13,7% wobec 12,5%).



Rycina 27. Porównanie rozkładu wyników związanych ze zdrowiem uczniów lubuskich z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

Podsumowanie

- **Masa ciała:** ogólnie 19,8% uczniów miało nadmierną masę ciała, przy czym nadwaga i otyłość były bardziej rozpowszechnione wśród chłopców. Chłopcy najczęściej byli chorzy na otyłość w klasie VII szkoły podstawowej, natomiast dziewczęta w III klasie szkoły ponadpodstawowej. Niedowaga była bardziej powszechna wśród dziewcząt.
- **Obraz ciała:** prawie połowa badanych (47,5%) postrzega siebie jako zbyt grubych, natomiast 16,9% uważa się za zbyt szczupłych. Dziewczęta we wszystkich grupach wiekowych częściej niż chłopcy postrzegają się jako zbyt grube, szczególnie w klasie VII szkoły podstawowej. Chłopcy z kolei częściej identyfikują się jako zbyt szczupli, zwłaszcza w III klasie szkoły ponadpodstawowej. Jedynie niewielki odsetek uczniów w jakiejkolwiek grupie wiekowej deklaruje, że ich sylwetka jest „w sam raz”.
- **Stosowanie diet:** wykazano wyraźne różnice w zależności od płci i wieku. Dziewczęta, niezależnie od grupy wiekowej, częściej deklarują chęć schudnięcia w porównaniu z chłopcami. W I i III klasie szkoły ponadpodstawowej odsetek dziewcząt chcących schudnąć oraz stosujących dietę jest szczególnie wysoki. Chłopcy natomiast częściej wyrażają chęć przytycia, co staje się bardziej widoczne w starszych grupach wiekowych. Odsetek młodzieży stosującej dietę spada wraz z wiekiem w grupie chłopców.
- **Stosowanie diet w grupach BMI:** w grupie chłopców, którzy są na diecie, 11,6% ma niedowagę lub prawidłową masę ciała, podczas gdy u dziewcząt, które chcą schudnąć, 39% ma niedowagę lub prawidłową masę ciała, natomiast te, które są już na diecie, w 33,1% mają niedowagę lub prawidłową masę ciała. W przypadku nastolatków z nadwagą lub otyłością dieta jest częściej rozważana niż faktycznie realizowana, przy czym dziewczęta częściej podejmują działania redukcyjne. U chłopców z niedowagą 59,4% wyraża chęć przytycia, w porównaniu z 30,8% dziewcząt z niedowagą.
- **Aktywność fizyczna:** chłopcy wykazują wyższy poziom aktywności fizycznej niż dziewczęta, które częściej deklarują brak lub niski poziom aktywności. Obserwuje się także spadek odsetka młodzieży o wysokim poziomie aktywności fizycznej wraz z wiekiem, przy czym różnice między płciami maleją w młodszych grupach.
- **Porównanie z próbą ogólnopolską HBSC:** najbardziej znaczącą różnicą jest niższy poziom aktywności fizycznej w województwie lubuskim w porównaniu z danymi HBSC ($p < 0,001$). Dodatkowo w porównaniu z danymi ogólnopolskimi uczniowie z województwa lubuskiego częściej uważają, że są za grubi, częściej występuje u nich nadmierna masa ciała oraz rzadziej są lub chcą być na diecie, a także rzadziej występuje u nich niedowaga.

- **Zróżnicowanie ze względu na płeć:** niepokojącym faktem jest, że chłopcy częściej wykazują nadmierną masę ciała, a dziewczęta gorzej oceniają swój obraz ciała, częściej są lub wykazują chęć stosowania diety mimo niedowagi lub braku nadmiernej masy ciała oraz wykazują niższą aktywność fizyczną.

Bibliografia

- Andrew, R., Tiggemann, M. & Clark, L. (2016). Predictors and health-related outcomes of positive body image in adolescent girls: A prospective study. *Developmental psychology*, 52(3), 463-474.
- Arjona, Á., Monserrat, M. & Checa, J.C. (2024). Use of Social Media, Satisfaction with Body Image, and the Risk of Manifesting Eating Disorders. *Social Sciences*, 13(2), 105.
- Chaput, J.P., Willumsen, J., Bull, F., Chou, R., Ekelund, U., Firth, J., Jago, R., Ortega, F.B. & Katzmarzyk, P.T. (2020). 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5-17 years: summary of the evidence. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 17(1), 141.
- Cole, T.J., & Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric obesity*, 7(4), 284-294.
- Das, J.K., Salam, R.A., Thornburg, K.L., Prentice, A.M., Campisi, S., Lassi, Z.S., Koletzko, B. & Bhutta, Z.A. (2017). Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1393(1), 21-33.
- Duncanson, K., Shrewsbury, V., Burrows, T., Chai, L.K., Ashton, L., Taylor, R., Gow, M., Ho, M., Ells, L., Stewart, L., Garnett, S., Jensen, M.E., Nowicka, P., Littlewood, R., Demaio, A., Coyle, D.H., Walker, J.L., & Collins, C.E. (2021). Impact of weight management nutrition interventions on dietary outcomes in children and adolescents with overweight or obesity: a systematic review with meta-analysis. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, 34(1), 147-177.
- Griffiths, S., Murray, S.B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., Harrison, C. & Mond, J.M. (2017). Sex Differences in Quality of Life Impairment Associated With Body Dissatisfaction in Adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 61(1), 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.16>
- Itriyeva K. (2022). The effects of obesity on the menstrual cycle. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 52(8), 101241.
- Jebeile, H., Kelly, A.S., O'Malley, G. & Baur, L.A. (2022). Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 10(5), 351-365.
- Kantanista, A., Król-Zielińska, M., Borowiec, J., & Osiński, W. (2017). Is Underweight Associated with more Positive Body Image? Results of a Cross-Sectional Study in Adolescent Girls and Boys. *The Spanish journal of psychology*, 20, E8.
- Khambalia, A., Hardy, L.L., & Bauman, A. (2012). Accuracy of weight perception, life-style behaviours and psychological distress among overweight and obese adolescents. *Journal of paediatrics and child health*, 48(3), 220-227.
- Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. & IASO International Obesity TaskForce (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 5 Suppl 1, 4-104.

- Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L. & Biddle, S. (2016). Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth: A Systematic Review of Mechanisms. *Pediatrics*, 138(3), e20161642.
- Maffei, C., Olivieri, F., Valerio, G., Verduci, E., Licenziati, M.R., Calcaterra, V., Pelizzo, G., Salerno, M., Staiano, A., Bernasconi, S., Buganza, R., Crinò, A., Corciulo, N., Corica, D., Destro, F., Di Bonito, P., Di Pietro, M., Di Sessa, A., deSanctis, L., Faienza, M.F., Wasniewska, M. (2023). The treatment of obesity in children and adolescents: consensus position statement of the Italian society of pediatric endocrinology and diabetology, Italian Society of Pediatrics and Italian Society of Pediatric Surgery. *Italian journal of pediatrics*, 49(1), 69.
- Martin-Calvo, N., Moreno-Galarraga, L. & Martinez-Gonzalez, M.A. (2016). Association between Body Mass Index, Waist-to-Height Ratio and Adiposity in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 8(8), 512.
- Mayer, A., Herr, R.M., Klein, T., Wiedemann, E., Diehl, K., Hoffmann, S., Blume, M., Jepsen, D., Sundmacher, L., Andreas, M. & Schneider, S. (2023). Socio-economic inequalities in body mass index among preschool children: do sports programs in early childhood education and care centers make a difference?. *Frontiers in public health*, 11, 1079871.
- Merino, M., Tornero-Aguilera, J.F., Rubio-Zarapuz, A., Villanueva-Tobaldo, C.V., Martín-Rodríguez, A. & Clemente-Suárez, V.J. (2024). Body Perceptions and Psychological Well-Being: A Review of the Impact of Social Media and Physical Measurements on Self-Esteem and Mental Health with a Focus on Body Image Satisfaction and Its Relationship with Cultural and Gender Factors. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(14), 1396.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet (London, England)*, 403(10431), 1027-1050.
- Nittari, G., Scuri, S., Petrelli, F., Pirillo, I., di Luca, N.M., & Grappasonni, I. (2019). Fighting obesity in children from European World Health Organization member states. Epidemiological data, medical-social aspects, and prevention programs. *La Clinica terapeutica*, 170(3), e223-e230.
- Patte, K.A., Laxer, R., Qian, W. & Leatherdale, S.T. (2016). Weight Perception and Weight-control Intention among Youth in the COMPASS Study. *American journal of health behavior*, 40(5), 614-623.
- Pogodina, A., Astakhova, T., Dolgikh, O., Lebedeva, L., Rychkova, L. (2024). Body Dissatisfaction, Weight Status and Health-related Quality of Life in Adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 39-48.
- Prochaska, J.J., Sallis, J.F. & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 155(5), 554-559.
- Rakić G.J., Hamrik, Z., Dzielska, A., Felder-Puig, R., Oja, L. et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO. (2018). *Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization; StatPearls Publishing.

ZACHOWANIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM

W tej części omówiono wybrane wskaźniki związane z podejmowaniem zachowań ryzykownych. Pierwszy rozdział dotyczy ryzykownych zachowań seksualnych, obejmujących wczesną inicjację seksualną i kontakty seksualne bez zabezpieczenia przed ciążą i chorobami przenoszonymi drogą płciową. Obszerny rozdział dotyczy używania substancji psychoaktywnych. Omówiono również współczesne zagrożenia, jakimi może być uzależnienie od internetu i mediów społecznościowych. Do rozdziału na temat aktywności seksualnej włączono tempo dojrzewania płciowego, co łączy tę część z poprzednią zorientowaną na wskaźniki zdrowia i rozwoju.

Zbigniew Izdebski
Alicja Kozakiewicz

INICJACJA SEKSUALNA I DOJRZEWANIE PŁCIOWE MŁODZIEŻY

Wprowadzenie

Okres dojrzewania płciowego stanowi istotną fazę rozwoju, w której dochodzi do dynamicznego wzrostu, pojawienia się drugorzędowych cech płciowych, zmian w składzie ciała oraz zwiększenia stężenia hormonów (Patton i Viner, 2007; Veldhuis i in., 2005). Jest on także niezwykle zróżnicowany interindywidualnie. W okresie dojrzewania występuje zmienność zarówno w momencie rozpoczęcia, jak i tempie przebiegu u jednostek. Wiadomo, że ta różnorodność oddziałuje na zdrowie i dobrostan psychiczny (Cheng i in., 2020). Hipoteza gotowości rozwojowej zakłada, że jednostki są najbardziej podatne na wystąpienie trudności psychologicznych, gdy nie są emocjonalnie ani poznawczo przygotowane na znaczące zmiany związane z procesem dojrzewania. Młodzież, która przechodzi przez ten okres zbyt szybko, może nie mieć wystarczającego czasu na adaptację do licznych zmian biologicznych i społecznych, co zwiększa ryzyko wystąpienia trudności (Marceau i in., 2011; Bee, 2004). Co więcej, wcześniej dojrzewające jednostki mogą wykazywać zwiększoną predyspozycję do podejmowania zachowań seksualnych, co jest bezpośrednio związane z ich rozwojem fizjologicznym. Zmiany hormonalne, charakterystyczne dla okresu dojrzewania, stanowią istotną podstawę kształtowania libido, wpływając na rozwój popędu seksualnego zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców (Savolainen i in., 2015). Ponadto w badaniach HBSC z edycji 2005/06 wykazano, że młodzież dojrzewająca wcześniej w porównaniu z rówieśnikami tej samej płci miała większą skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych, była częściej sprawcą przemocy oraz wcześniej zaczynała stosować diety odchudzające (Szymborski i Jakóbiak, 2008).

Seksualność stanowi fundamentalny aspekt ludzkiej egzystencji, towarzyszący jednostce od momentu poczęcia aż do śmierci, odgrywając kluczową rolę w kształtowaniu tożsamości oraz funkcjonowaniu psychospołecznym na przestrzeni całego życia. W okresie dojrzewania zarówno dziewczęta, jak i chłopcy doświadczają nasilenia popędu seksualnego. Realizacja tego popędu jest uzależniona od wielu czynników, zarówno biologicznych, jak i psychospołecznych. Podkreśla się jednakże, że popęd seksualny u kobiet może być bardziej podatny na wpływ czynników psychologicznych w porównaniu z mężczyznami (Izdebski, 2012). Ponadto zauważalnym zjawiskiem jest to, że dziewczęta zazwyczaj otrzymują więcej informacji dotyczących seksualności niż chłopcy, jednak omawiane treści zarówno w szkole, jak i w rodzinie pozostają ograniczone pod względem tematycznym (Izdebski i in., 2022).

Przyspieszony rozwój młodzieży, objawiający się wcześniejszym dojrzewaniem fizycznym, a także wzrostem autonomii i niezależności od świata dorosłych, w połączeniu z przemianami obyczajowymi związanymi z rewolucją seksualną w krajach zachodnich, przyczynił się do obserwowanego w kolejnych pokoleniach trendu obniżania wieku inicjacji seksualnej (Kowalczyk i Waszyńska, 2011). Warto także odnieść się do teorii rozszczepienia dojrzewania, zaproponowanej przez Jaczewskiego, która sugeruje, że przyspieszony rozwój biologiczny młodzieży nie idzie w parze z równoczesnym rozwojem w sferze psychologicznej i społecznej (Jaczewski, 2014).

Niewątpliwie inicjacja seksualna stanowi kluczowy moment w rozwoju jednostki, mający znaczenie dla kształtowania tożsamości oraz relacji interpersonalnych. Współczesne badania wskazują na trend obniżania się wieku, w którym młodzież doświadcza tego wydarzenia (Izdebski, 2012). Pomimo braku jednolitej definicji wczesnej inicjacji seksualnej, jest ona często definiowana jako podjęcie współżycia seksualnego we wczesnych latach szkoły ponadpodstawowej lub przed osiągnięciem ustawowego wieku zgody (Girma i Pation, 2015).

Należy także podkreślić, że aktywność seksualna podejmowana przez nastolatków pełni istotną funkcję w ich rozwoju. Z jednej strony przygotowuje ich do pełnienia przyszłych ról, takich jak rola partnera lub partnerki, z drugiej zaś stanowi kluczowy element kształtowania postaw relacyjnych i interpersonalnych. Dodatkowo ma ona znaczący wpływ na rozwój emocjonalny i społeczny młodych osób, wspierając proces ich dojrzewania psychospołecznego (Jąderek, 2022).

Okres dojrzewania płciowego jest czasem intensywnych zmian biologicznych i psychospołecznych, który wpływa na różne aspekty rozwoju jednostki. Zmiany te, wraz z rosnącą autonomią i dynamicznymi przekształceniami obyczajowymi, prowadzą do wcześniejszej inicjacji seksualnej wśród młodzieży. Kluczowe znaczenie ma zapewnienie kompleksowej edukacji seksualnej, która odpowiada na potrzeby rozwojowe młodych ludzi i wspiera ich adaptację do zmian. Ponadto rozumienie i właściwe

wsparcie w tym okresie mogą pomóc w minimalizacji trudności emocjonalnych oraz sprzyjać zdrowemu rozwojowi.

Zmienne i wskaźniki

Tempo dojrzewania

W kwestionariuszu użyto pytania odnoszącego się do tempa dojrzewania (*pubertal timing*), które brzmiało:

Czy uważasz, że Twoje dojrzewanie przebiega (przebiegało) w podobnym tempie, jak u chłopców/dziewcząt w Twoim wieku?

Respondenci mieli do wyboru pięć odpowiedzi: *zdecydowanie wolniej, raczej wolniej, w takim samym tempie, raczej szybciej* oraz *zdecydowanie szybciej*.

To pytanie miało na celu ocenę subiektywnego postrzegania tempa dojrzewania w porównaniu z rówieśnikami, pozwalając uczestnikom na wyrażenie, czy ich proces dojrzewania był wolniejszy, szybszy bądź porównywalny z dojrzewaniem ich rówieśników. Międzynarodowy protokół badań HBSC z edycji 2005/06 uwzględniał pytanie dotyczące tempa dojrzewania, jednak później z niego zrezygnowano.

Aktywność seksualna

W kwestionariuszu zastosowano też trzy pytania odnoszące się do aktywności seksualnej. Dotyczyły one: odbycia inicjacji seksualnej (*tak, nie*), wieku, w którym inicjacja seksualna nastąpiła (kategorie: *od 11 lat i mniej* do *18 lat lub więcej*), stosowania prezerwatywy (*tak, nie, nie wiem*). Pytania te były wypełniane wyłącznie przez młodzież 15-letnią oraz 17-letnią. Opracowano je na podstawie amerykańskiego kwestionariusza YRBS (*Youth Risk Behaviour Survey*).

Wyniki

Poziom wskaźników

W tabeli 57 przedstawiono procentowy rozkład ocen tempa dojrzewania wśród młodzieży lubuskiej. W klasie VII szkoły podstawowej chłopcy w 28,4% oceniają swoje dojrzewanie jako wolniejsze, 42,9% uważa, że jest ono zgodne z rówieśnikami, a 28,8% – że szybsze. Dziewczęta w tej klasie w 21,8% uważają, że dojrzewają wolniej, 48,9% postrzega tempo jako zgodne, a 29,3% – szybciej. W I klasie szkoły ponadpodstawowej chłopcy w 24,4% oceniają swoje dojrzewanie jako wolniejsze, 49,5% jako takie samo, a 26,1% – jako szybsze. Dziewczęta w tej klasie w 18,2% uznają swoje dojrzewanie za wolniejsze, 53,4% – za zgodne z rówieśnikami, a 28,4% – za szybsze. W III klasie szkoły ponadpodstawowej chłopcy w 22,7% oceniają dojrzewanie jako wolniejsze, 49,8%

jako zgodne, a 27,5% – jako szybsze. Dziewczęta w tej grupie w 19,8% uznają swoje dojrzewanie za wolniejsze, 49,6% – za zgodne, a 30,6% – za szybsze.

Tabela 57. Rozkład procentowy odpowiedzi o przebieg tempa dojrzewania na tle rówieśników wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9317)

Klasa	Płeć	Przebieg tempa dojrzewania (%)		
		1-2*	3*	4-5*
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	28,4	42,9	28,8
	Dziewczyna	21,8	48,9	29,3
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	24,4	49,5	26,1
	Dziewczyna	18,2	53,4	28,4
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	22,7	49,8	27,5
	Dziewczyna	19,8	49,6	30,6

*1 = zdecydowanie wolniej, 2 = raczej wolniej, 3 = w takim samym tempie, 4 = raczej szybciej, 5 = zdecydowanie szybciej; wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 46,0$; df = 4; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 37,2$; df = 8; $p < 0,001$.

Zaobserwować można trend wzrostu wraz z wiekiem odsetka uczniów, zarówno chłopców, jak i dziewcząt, którzy postrzegają tempo swojego dojrzewania jako zgodne z tempem rówieśników. W przypadku dziewcząt zauważalny jest wzrost procentu oceniającego dojrzewanie jako szybsze w III klasie szkoły ponadpodstawowej.

Na podstawie danych z tabeli 58 można stwierdzić, że wśród uczniów I klasy szkoły ponadpodstawowej 17,0% chłopców i 9,5% dziewcząt zadeklarowało, że rozpoczęli współżycie seksualne. W III klasie szkoły ponadpodstawowej odsetek uczniów deklarujących podjęcie współżycia seksualnego wzrasta. Wśród chłopców 28,4% zadeklarowało, że rozpoczęło współżycie seksualne, a wśród dziewcząt 19,5%.

Tabela 58. Rozkład procentowy deklarowanego podjęcia współżycia seksualnego wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 5400)

Klasa	Płeć	Podjęcie współżycia (%)	
		tak	nie
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	17,0	83,0
	Dziewczyna	9,5	90,5
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	28,4	71,6
	Dziewczyna	19,5	80,5

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi = 56,8$; df = 1; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 515,4$; df = 2; $p < 0,001$.

Dane z tabeli 59 pokazują rozkład procentowy wieku pierwszego współżycia seksualnego wśród młodzieży lubuskiej. W I klasie szkoły ponadpodstawowej chłopcy

najczęściej deklarują wiek 15 lat (31,5%), a 26,5% miało pierwszy stosunek przed 12. rokiem życia. Mniej chłopców wskazuje wiek 14 lat (19,8%) lub 13 lat (6,6%), a jeszcze mniej zadeklarowało wiek 16 lat (5,8%), 18 lat (3,5%) lub 17 lat (3,1%). Dziewczęta w tej samej grupie wiekowej najczęściej podają wiek 15 lat (43,4%), a rzadziej wiek 14 lat (21,1%) czy 16 lat (7,9%). Wiek przed 12. rokiem życia zadeklarowało 12,5% dziewcząt, a po 18. roku życia – 2,6%. W III klasie szkoły ponadpodstawowej rozkład się zmienia. Chłopcy najczęściej deklarują wiek 17 lat (26,8%) lub 16 lat (27,2%), a wiek 15 lat podaje 17,2% z nich. Wiek 14 lat deklaruje 4,9% chłopców, a 13 lat – 5,4%. Tylko 9,2% zadeklarowało inicjację przed 12. rokiem życia. Wśród dziewcząt najczęściej podawany wiek to 17 lat (28,5%) i 16 lat (33,9%), a wiek 15 lat wskazuje 23,5% dziewcząt. Zaledwie 1% deklaruje inicjację przed 12. rokiem życia, a 18 lat lub więcej – 6%.

Dziewczęta częściej deklarują rozpoczęcie aktywności seksualnej w starszym wieku w porównaniu z chłopcami. Analiza danych wskazuje, że dziewczęta rzadziej niż chłopcy podejmują pierwsze współżycie w młodszych grupach wiekowych, a ich inicjacja seksualna przesuwana jest na późniejsze lata okresu dorastania.

Tabela 59. Rozkład procentowy deklarowanego wieku pierwszego współżycia seksualnego wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 1319)

Klasa	Płeć	Wiek w latach (%)							
		11 i <	12	13	14	15	16	17	18 i >
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	26,5	3,1	6,6	19,8	31,5	5,8	3,1	3,5
	Dziewczyna	12,5	4,6	7,2	21,1	43,4	7,9	0,7	2,6
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	9,2	2,1	5,4	4,9	17,2	27,2	26,8	7,2
	Dziewczyna	1,0	0,7	2,3	4,0	23,5	33,9	28,5	6,0

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 38,4$; df = 7; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 347,8$; df = 14; $p < 0,001$.

Jak wskazują wyniki z tabeli 60, w I klasie szkoły ponadpodstawowej 51,5% chłopców zadeklarowało stosowanie prezerwatyw, 34,6% nie używało ich, a 13,8% nie miało zdania na ten temat. Wśród dziewcząt w tej samej klasie 65,1% używało prezerwatyw, 26,0% nie stosowało ich, a 8,9% nie było pewnych. W III klasie szkoły ponadpodstawowej 66,8% chłopców zadeklarowało stosowanie prezerwatyw, 22,0% nie używało ich, a 11,2% nie miało zdania. Wśród dziewcząt w tej klasie 79,7% stosowało prezerwatywy, 17,9% nie używało ich, a tylko 2,4% nie było pewnych.

Analiza danych wykazuje, że w starszych klasach zarówno chłopcy, jak i dziewczęta częściej stosują prezerwatywy w porównaniu z uczniami z młodszych klas. Szczególnie wysokie wskaźniki stosowania prezerwatyw obserwuje się wśród dziewcząt w III klasie szkoły ponadpodstawowej.

Tabela 60. Rozkład procentowy deklarowanego użycia prezerwatywy podczas współżycia seksualnego wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 1319)

Klasa	Płeć	Stosowanie prezerwatywy (%)		
		tak	nie	nie wiem
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	51,5	34,6	13,8
	Dziewczyna	65,1	26,0	8,9
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	66,8	22,0	11,2
	Dziewczyna	79,7	17,9	2,4

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 28,9$; df = 2; p < 0,001; wiek: $\chi^2 = 27,2$; df = 4; p < 0,001.

Zróźnicowanie między powiatami

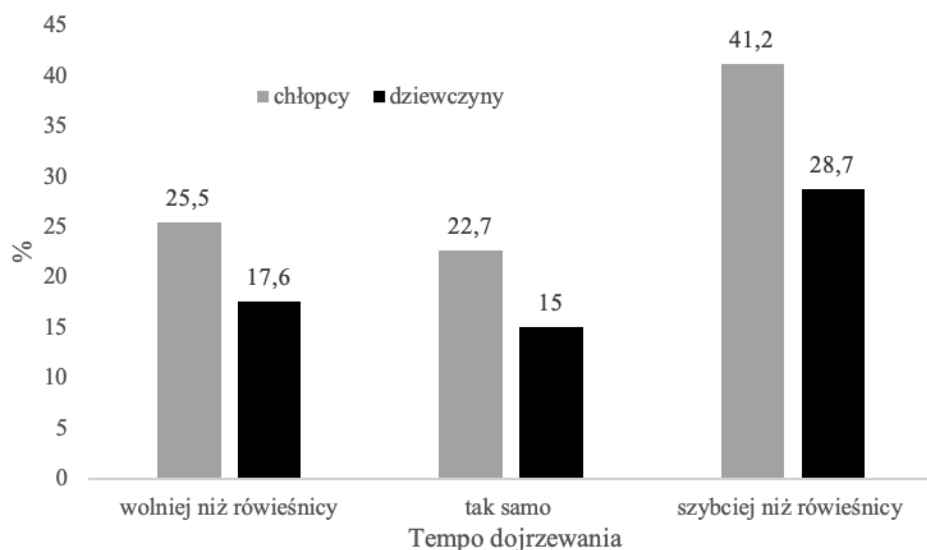
Jak wskazują dane z tabeli 61, w I klasie szkoły ponadpodstawowej najwyższy procent podjęcia współżycia seksualnego odnotowano w powiecie żagańskim (17,6%) oraz krośnieńskim (17,4%), a najniższy w powiecie sulęcińskim (4,9%). W III klasie szkoły ponadpodstawowej najwyższy procent podjęcia współżycia seksualnego odnotowano w powiecie żagańskim (50,0%) oraz słubickim (47,9%). W powiecie świebodzińskim zaobserwowano najniższy procent (27,6%).

Tabela 61. Rozkład procentowy podjęcia współżycia seksualnego w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 5400)

Powiat	Podjęcie współżycia seksualnego (%)	
	I klasa szkoły ponadpodstawowej	III klasa szkoły ponadpodstawowej
m. Gorzów Wielkopolski	16,3	38,3
m. Zielona Góra	14,3	33,5
gorzowski	12,9	44,8
krośnieński	17,4	41,0
międzyrzecki	9,5	41,3
nowosolski	10,7	37,7
słubicki	15,0	47,9
strzelecko-drezdenecki	10,9	47,1
sulęciński	4,9	42,9
świebodziński	8,7	27,6
wschowski	14,9	45,3
zielonogórski	16,6	32,4
żagański	17,6	50,0
żarski	11,0	46,5

Tempo dojrzewania a aktywność seksualna

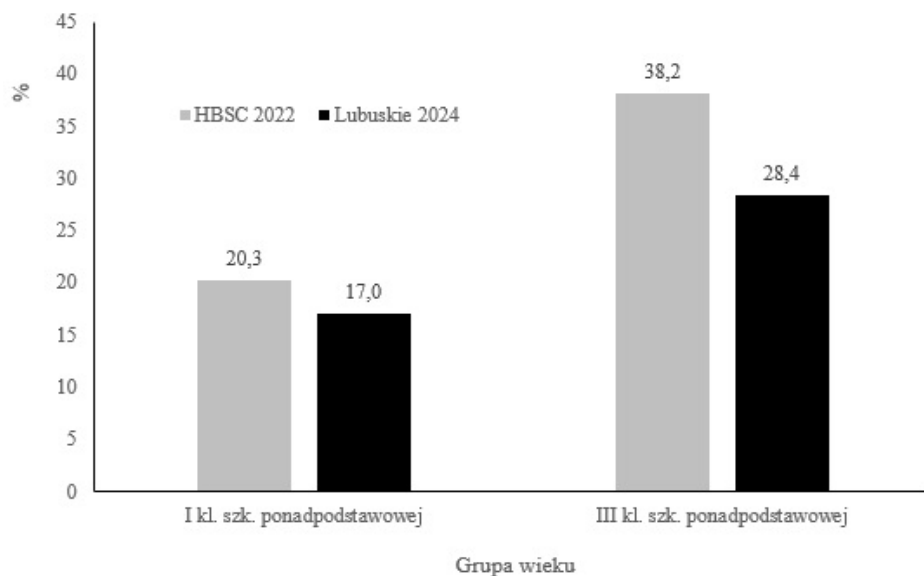
Rycina 28 ilustruje zależność między tempem dojrzewania a odsetkiem osób, które przeszły inicjację seksualną w podziale na płeć. Analiza danych wskazuje, że w grupie osób dojrzewających wolniej niż rówieśnicy 25,5% chłopców i 17,6% dziewcząt zadeklarowało inicjację seksualną. W grupie osób dojrzewających w tempie zbliżonym do rówieśników inicjację seksualną przeszło 22,7% chłopców i 15% dziewcząt. Najwyższy odsetek osób, które rozpoczęły życie seksualne, zanotowano w grupie dojrzewającej szybciej niż rówieśnicy – 41,2% chłopców oraz 28,7% dziewcząt. Wyniki te wskazują, że szybsze tempo dojrzewania wiąże się z wyższym odsetkiem inicjacji seksualnej, przy czym więcej chłopców przeszło inicjację seksualną w porównaniu z dziewczynami w każdej z kategorii.



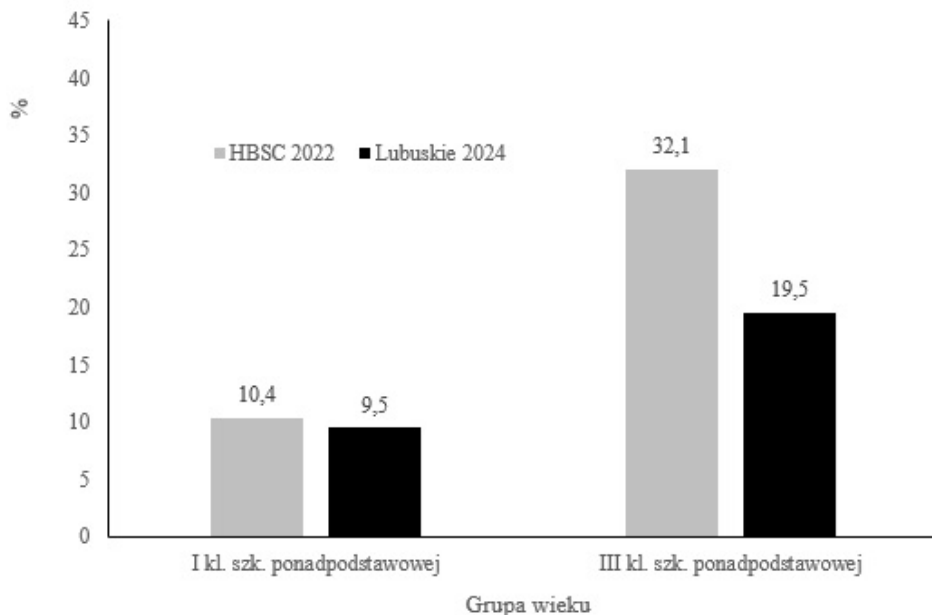
Rycina 28. Odbycie inicjacji seksualnej w zależności od tempa dojrzewania

Porównanie z HBSC

Jak wskazuje rycina 29, w badaniu lubuskim odsetek chłopców w pierwszych klasach szkół ponadpodstawowych, którzy zadeklarowali odbycie współżycia, wynosi 17%, podczas gdy w trzecich klasach ten odsetek wzrasta do 28,4%. W badaniu HBSC wartości te są wyższe – 20,3% uczniów pierwszych klas oraz 38,2% uczniów trzecich klas zadeklarowało odbycie współżycia. Wyniki wskazują na wzrost odsetka osób mających pierwsze doświadczenia seksualne wraz z wiekiem w obu próbach, przy czym badanie HBSC charakteryzuje się wyższymi odsetkami w obu grupach wiekowych w porównaniu z próbą lubuską.



Rycina 29. Porównanie deklarowanej inicjacji seksualnej wśród chłopców z województwa lubuskiego z próbą ogólnopolską HBSC 2022



Rycina 30. Porównanie deklarowanej inicjacji seksualnej wśród dziewcząt z województwa lubuskiego z próbą ogólnopolską HBSC 2022

Rycina 30 ilustruje porównanie odsetka dziewcząt, które zadeklarowały odbycie pierwszego współżycia. W badaniu lubuskim 9,5% dziewcząt z pierwszych klas szkół ponadpodstawowych zadeklarowało współżycie, a odsetek ten wzrasta do 19,5% w trzecich klasach. W badaniu HBSC wartości te są wyższe, wynosząc 10,4% dla uczennic pierwszych klas oraz 32,1% dla uczennic trzecich klas szkół ponadpodstawowych. Wyniki wykazują wyraźny wzrost odsetka dziewcząt mających pierwsze doświadczenia seksualne wraz z wiekiem, a także wskazują, że w badaniu ogólnopolskim HBSC odsetki te są istotnie wyższe niż w próbie lubuskiej.

Podsumowanie

- **Dojrzewanie płciowe:** ogólny procent uczniów deklarujących wolniejsze tempo dojrzewania wynosi 22,5%, natomiast 48,0% ocenia swoje dojrzewanie jako zgodne z rówieśnikami, a 27,5% wskazuje na szybsze tempo dojrzewania.
- **Inicjacja seksualna:** w I klasie szkoły ponadpodstawowej 17,0% chłopców i 9,5% dziewcząt zadeklarowało rozpoczęcie współżycia seksualnego, podczas gdy w III klasie szkoły ponadpodstawowej odsetki te wzrastają do 28,4% wśród chłopców i 19,5% wśród dziewcząt.
- **Wiek inicjacji seksualnej:** najczęściej wskazywany wiek podjęcia pierwszego współżycia dla wszystkich uczniów ogółem to 15 lat (28,9%), 16 lat (18,7%) oraz 17 lat (14,5%). Dziewczeta częściej deklarują rozpoczęcie aktywności seksualnej w starszym wieku w porównaniu z chłopcami.
- **Używanie prezerwatyw:** ogólne wskaźniki stosowania prezerwatyw wśród młodzieży aktywnej seksualnie wynoszą 58,3% w I klasie szkoły ponadpodstawowej i 73,2% w III klasie szkoły ponadpodstawowej. Dodatkowo w obu klasach dziewczeta częściej stosują prezerwatywy niż chłopcy.
- **Zróżnicowanie regionalne:** w I klasie szkoły ponadpodstawowej najwyższy procent podjęcia współżycia seksualnego odnotowano w powiatach żagańskim (17,6%) i krośnieńskim (17,4%), natomiast w III klasie szkoły ponadpodstawowej najwyższe wskaźniki zaobserwowano w powiatach żagańskim (50,0%) i słubickim (47,9%).
- **Związki między zmiennymi:** szybsze tempo dojrzewania wiąże się z wyższym odsetkiem inicjacji seksualnej – w grupie dziewcząt dojrzewających wolniej niż rówieśnicy odsetek ten wynosi 17,6%, podczas gdy wśród dojrzewających szybciej wzrasta do 28,7%; natomiast wśród chłopców wynosi 25,5% dla dojrzewających wolniej i 41,2% dla dojrzewających szybciej.
- **Porównanie badań:** wyniki porównawcze wskazują, że zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt odsetek uczniów deklarujących odbycie współżycia seksualnego

wzrasta wraz z wiekiem w obu badaniach, przy czym badanie HBSC charakteryzuje się wyższymi wartościami w porównaniu z badaniem lubuskim.

Bibliografia

- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Cheng, H.L., Harris, S.R., Sriharan, M., Behan, M.J., Medlow, S.D. & Steinbeck, K.S. (2020). The tempo of puberty and its relationship to adolescent health and well-being: A systematic review. *Acta Paediatrica*, 109(5), 900-913.
- Girma, S., & Paton, D. (2015). Is education the best contraception: The case of teenage pregnancy in England? *Social Science & Medicine*, 131, 1-9.
- Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Kraków.
- Izdebski, Z., Dec-Pietrowska, J., Kozakiewicz, A. & Mazur, J. (2022). What one gets is not always what one wants – Young adults' perception of sexuality education in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1366.
- Jaczewski, A. (2014). *Seksualność dzieci i młodzieży. Pół wieku badań i refleksji*. Difin.
- Jąderek, I. (2022). Zdrowie seksualne młodzieży – wybrane zagadnienia. W: M. Sajkowska & R. Szredzińska (red.). *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 198-215.
- Kowalczyk, R. & Waszyńska, K. (2011). Zagrożenia rozwoju psycho-seksualnego młodzieży. *Klinika Pediatryczna*, 9(5), 5038-5039.
- Marceau, K., Ram, N., Houts, R.M., Grimm, K.J., & Susman, E.J. (2011). Individual differences in boys' and girls' timing and tempo of puberty: Modeling development with nonlinear growth models. *Developmental Psychology*, 47(5), 1389-1409.
- Patton, G.C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *The Lancet*, 369(9567), 1130-1139.
- Savolainen, J., Mason, W.A., Hughes, L.A., Ebeling, H., Hurtig, T.M., & Taanila, A.M. (2015). Pubertal development and sexual intercourse among adolescent girls: An examination of direct, mediated, and spurious pathways. *Youth & Society*, 47(4), 52-538.
- Szymborski, J. & Jakóbiak, K. (red.) (2008). *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, z. 62. Główny Urząd Statystyczny.
- Veldhuis, J.D., Roemmich, J.N., Richmond, E.J., Rogol, A.D., Lovejoy, J.C., Sheffield-Moore, M., Mauras, N. & Bowers, C.Y. (2005). Endocrine control of body composition in infancy, childhood, and puberty. *Endocrine Reviews*, 26(1), 114-146.

PROBLEMOWE UŻYWANIE MEDIÓW SPOŁECZNOŚCIOWYCH

Wprowadzenie

Technologia nieustannie ewoluuje, umożliwiając coraz większą różnorodność działań na urządzeniach elektronicznych. W miarę jak zaangażowanie w cyfrowy świat wzrasta, portale społecznościowe zyskują na popularności, szczególnie wśród młodszych grup wiekowych (Andreassen i in., 2017). Młodzież oraz młodzi dorośli stanowią specyficzną grupę użytkowników mediów społecznościowych, ponieważ należą do pierwszych generacji dorastających w środowisku charakteryzującym się zaawansowanym stopniem digitalizacji. W efekcie ich wzorce korzystania z tych platform kształtowane są w unikalny sposób przez wszechobecność technologii cyfrowych w codziennym życiu społecznym, kulturowym i komunikacyjnym.

Jednym z kluczowych zagadnień jest pytanie o potencjalną szkodliwość oraz możliwość uzależnienia od mediów społecznościowych. Problematyka ta nabiera szczególnego znaczenia w kontekście, w którym wielu nastolatków, a także młodszych dzieci, spędza znaczną ilość czasu na tych platformach, które stają się integralną częścią ich codziennego życia. Dodatkowo, z uwagi na rozwój psychiczny i emocjonalny w okresie adolescencji, młodzież może być szczególnie wrażliwa na specyficzne funkcje i reklamy prezentowane na platformach mediów społecznościowych (Montag i in., 2024). Co więcej, wysoki poziom problemowego używania internetu wśród nastolatków wzrósł o 5,1 punktu procentowego między rokiem 2020 a 2022. W najnowszej edycji badań polskich 8,3% nastolatków spełniało kryteria dla tej kategorii. Ponadto ponad 40% nastolatków stwierdza, że brak dostępu do internetu miałby negatywny wpływ na jakość ich życia, czyniąc je mniej satysfakcjonującym (NASK, 2023).

Niedawno opublikowany międzynarodowy raport HBSC obejmował analizę zachowań zdrowotnych nastolatków w wieku 11, 13 i 15 lat w 45 krajach. Wyniki raportu wskazują, że 7% badanych nastolatków zgłosiło problematyczne korzystanie z mediów społecznościowych. Ponadto 35% nastolatków można określić jako intensywnych użytkowników mediów elektronicznych, którzy utrzymują niemal nieprzerwaną obecność online i kontakt z innymi przez cały dzień (Inchley i in., 2020). Dodatkowo, wyniki badań HBSC wskazują, że intensywne i problematyczne użytkowanie mediów społecznościowych może być istotnym czynnikiem przyczyniającym się do nasilenia objawów psychopatologicznych w populacji adolescentów (Mojtabai, 2024). W badaniach przeprowadzonych w Polsce stwierdzono, że młodzież intensywnie korzysta z mediów społecznościowych. Ustalono, iż co czwarty nastolatek posiada od 5 do 8 kont w tych platformach, a jedna trzecia z nich ma więcej niż 8 kont. Dodatkowo co trzeci nastolatek poświęca od 2 do 6 godzin dziennie na aktywność w mediach społecznościowych (NASK, 2023).

Oprócz nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, które zazwyczaj definiowane jest na podstawie czasu spędzanego na tych platformach, termin „problematyczne korzystanie” odnosi się do osób przejawiających objawy podobne do uzależnienia w wyniku intensywnego angażowania się w media społecznościowe (Griffiths i in., 2014). Problemowe korzystanie z mediów społecznościowych to takie, w którym szkodliwe skutki pojawiają się w wyniku zaabsorbowania oraz przymusu kontynuowania aktywności na platformach społecznościowych, mimo występowania negatywnych konsekwencji (Bányai i in., 2017).

W miarę jak media społecznościowe stają się integralną częścią codziennego życia młodzieży, wzorce i częstotliwość korzystania z tych platform mogą przybierać problematyczny charakter. W tym kontekście młodzież jest bardziej narażona na cyberprzemoc (Malinowska-Cieślik i in., 2023), ma trudności z ograniczeniem czasu spędzanego w sieci oraz doświadcza trudności w relacjach społecznych (Stockdale i Coyne, 2020). W efekcie może to prowadzić do negatywnych skutków emocjonalnych, psychospołecznych i zdrowotnych (Shannon i in., 2022; Paakkari i in., 2021).

Młodsze osoby stanowią szczególnie podatną grupę użytkowników mediów społecznościowych, co podkreśla konieczność pogłębionego zrozumienia wpływu problematycznego korzystania z tych platform na ich dobrostan psychiczny i emocjonalny. Rosnące zaangażowanie młodzieży w media społecznościowe stawia przed nami istotne wyzwania dotyczące zdrowia psychicznego i społecznego, w związku z czym istnieje potrzeba dokładniejszego zrozumienia, w jaki sposób intensywne korzystanie z tych platform wpływa na rozwój emocjonalny i społeczną adaptację młodych ludzi.

Zmienne i wskaźniki

Problematiczne korzystanie z mediów społecznościowych mierzone jest za pomocą 9-itemowej Skali Problematic Social Media Use (SMU), która wykorzystuje dychotomiczne odpowiedzi (tak/nie) (Boer i in., 2022). Owe 9 itemów określa 9 symptomów ryzyka związanego z uzależnieniem (1 = *Preoccupation*, 2 = *Tolerance*, 3 = *Withdrawal*, 4 = *Persistence*, 5 = *Displacement*, 6 = *Problem*, 7 = *Deception*, 8 = *Escape*, 9 = *Conflict*). Symptomatologia ta odzwierciedla dziewięć kryteriów zaproponowanych w najnowszej wersji załącznika do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), służących do zdefiniowania zaburzenia związanego z grami internetowymi (Internet Gaming Disorder, IGD) (APA, 2013; Lemmens i in., 2015).

Skala ta została zaprojektowana w celu oceny, czy respondent przejawia cechy uzależnienia od mediów społecznościowych. Młodzież była proszona o ocenę, na podstawie ostatniego roku, czy doświadczyła różnych problematycznych zachowań związanych z używaniem mediów społecznościowych, takich jak pogorszenie nastroju związane z próbami ograniczenia korzystania z tych platform. W ankiecie zawarto wyjaśnienie, że termin „media społecznościowe” obejmuje zarówno portale społecznościowe (np. Instagram, TikTok, Facebook), komunikatory (np. WhatsApp, Snapchat, Messenger), jak i platformy do rozmów wideo (np. Zoom, Google Meet, MS Teams).

Respondenci z łącznym wynikiem 6 lub wyższym zostali zaklasyfikowani jako „użytkownicy problematyczni”, podczas gdy respondenci z wynikiem 5 lub niższym zostali zaklasyfikowani jako „użytkownicy nieproblemowi”. W zebranych materiale skala SMU spełnia warunki homogeniczności i charakteryzuje się bardzo dobrą rzetelnością ze współczynnikiem alfa Cronbacha równym 0,797.

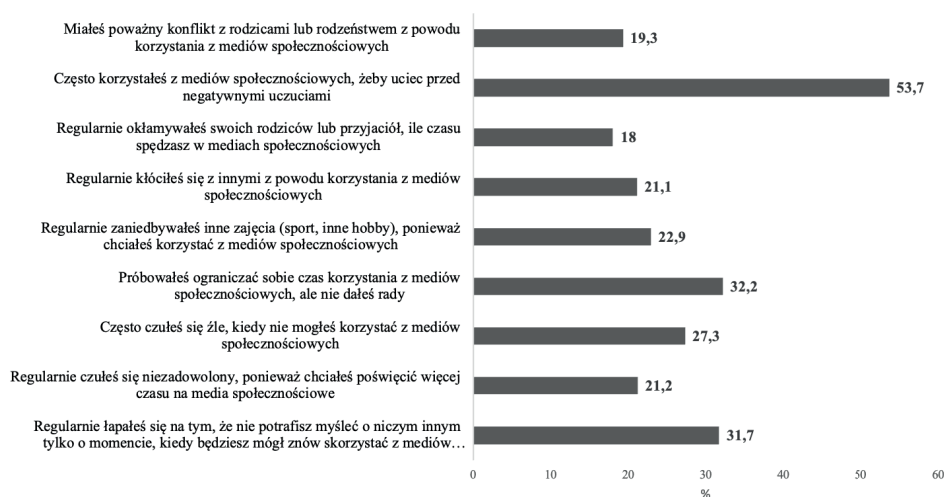
Wyniki

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 62, w VII klasie szkoły podstawowej 12,5% chłopców i 17,1% dziewcząt doświadczało problematycznego korzystania z mediów społecznościowych, co wskazuje na stosunkowo wysoki poziom trudności z kontrolowaniem czasu spędzanego online w tej grupie wiekowej. Wśród młodzieży uczęszczającej do I klasy szkoły ponadpodstawowej wskaźnik problematycznego korzystania się zmniejsza, osiągając 10,2% u chłopców i 14,4% u dziewcząt. To wskazuje na pewną poprawę w zarządzaniu czasem spędzanym w mediach społecznościowych. Najniższe wskaźniki problematycznego używania mediów społecznościowych są zauważalne w III klasie szkoły ponadpodstawowej, gdzie 8,3% chłopców i 11,5% dziewcząt zgłasza problemy.

Tabela 62. Rozkład procentowy wyników problemowego używania mediów społecznościowych wg SMU w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9074)

Klasa	Płeć	Używanie social mediów (%)	
		nieproblematyczne	problematyczne
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	87,5	12,5
	Dziewczyna	82,9	17,1
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	89,8	10,2
	Dziewczyna	85,6	14,4
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	91,7	8,3
	Dziewczyna	88,5	11,5

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 33,1$; $df = 1$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 33,4$; $df = 2$; $p < 0,001$.

**Rycina 31.** Rozkład procentowy odpowiedzi „tak” na pytania problemowego używania mediów społecznościowych wg SMU w populacji młodzieży lubuskiej

Na rycinie 31 przeanalizowano odpowiedzi na poszczególne pytania w skali SUM, przedstawiając procent odpowiedzi twierdzących. Z analizy danych wynika, że najwyższy wskaźnik dotyczy sytuacji, w której młodzież korzysta z mediów społecznościowych, aby uciec przed negatywnymi uczuciami – aż 53,7% respondentów potwierdziło to zachowanie. Jest to wyraźny sygnał, że media społecznościowe są często używane jako mechanizm radzenia sobie z trudnymi emocjami. Drugim najwyższym wskaźnikiem, wynoszącym 32,2%, jest nieudana próba ograniczenia czasu spędzanego w mediach społecznościowych, co sugeruje trudności w kontrolowaniu własnych nawyków. Trzecim wskaźnikiem, na poziomie 31,7%, jest sytuacja, w której młodzież regularnie łapała się na tym, że nie potrafi myśleć o niczym innym, jak tylko o momencie, kiedy

Tabela 63. Rozkład procentowy wyników problemowego używania mediów społecznościowych wg SMU wg powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9073)

Powiat	Używanie social mediów (%)	
	nieproblematyczne	problematyczne
m. Gorzów Wielkopolski	89,1	10,9
m. Zielona Góra	87,3	12,7
gorzowski	85,0	15,0
krośnieński	89,0	11,0
międzyrzecki	89,9	10,1
nowosolski	86,6	13,4
ślubicki	88,1	11,9
strzelecko-drezdenecki	82,4	17,6
sulęciński	89,6	10,4
świebodziński	89,1	10,9
wschowski	86,5	13,5
zielonogórski	87,5	12,5
żagański	86,2	13,8
żarski	87,5	12,5

znów będzie mogła skorzystać z mediów społecznościowych. Najrzadziej deklarowanymi wskaźnikami wśród młodzieży okazały się regularne okłamywanie rodziców lub przyjaciół na temat tego, ile czasu spędzają w mediach społecznościowych, co potwierdziło 18% respondentów, oraz poważny konflikt z rodzicami lub rodzeństwem z powodu korzystania z mediów społecznościowych, którego doświadczyło 19,3% badanych.

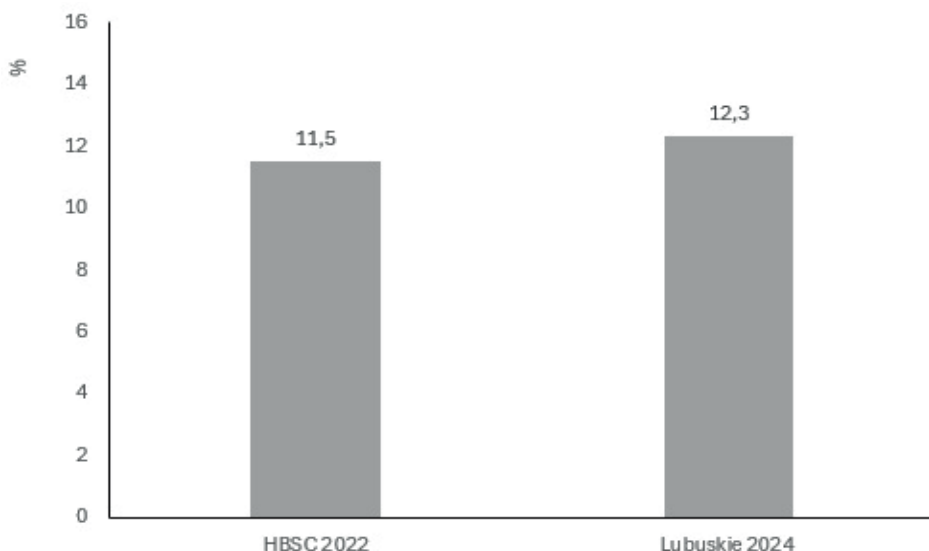
Na podstawie danych z tabeli 63 można stwierdzić, że wśród powiatów z najwyższym odsetkiem problemowego używania mediów społecznościowych wyróżniają się strzelecko-drezdenecki, gdzie 17,6% mieszkańców korzysta z mediów społecznościowych w sposób problematyczny, a 82,4% w sposób nieproblematyczny. Kolejnym powiatem o wysokim wskaźniku problematycznego korzystania jest gorzowski, z 15,0% osób zgłaszających problemy i 85,0% korzystających nieproblematycznie. W powiecie nowosolskim 13,4% mieszkańców używa mediów społecznościowych w sposób problematyczny, podczas gdy 86,6% korzysta z nich w sposób nieproblematyczny. Z kolei powiaty z najmniejszym odsetkiem problemowego używania mediów społecznościowych to międzyrzecki (10,1%), sulęciński (10,4%) oraz krośnieński (11,0%).

Na rycinie 32 zaprezentowano mapę województwa lubuskiego i przedstawiono rozkład natężenia problemowego używania mediów społecznościowych w różnych powiatach. Powiaty o najwyższym wskaźniku zachowań problemowych to: gorzowski,



Rycina 32. Porównanie problemowego używania mediów społecznościowych w powiatach województwa lubuskiego

strzelecko-drezdenecki, nowosolski, żagański, wschowski oraz m. Gorzów Wielkopolski. Dokładny ranking powiatów zamieszczono w aneksie do tego raportu.



Rycina 33. Porównanie wskaźników problemowego używania mediów społecznościowych młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)

Rycina 33 ilustruje porównanie wskaźników problemowego używania mediów społecznościowych wśród młodzieży z województwa lubuskiego oraz w próbie z badań HBSC. W badaniach HBSC 11,5% młodzieży zgłosiło problematyczne korzystanie z mediów społecznościowych. W przypadku młodzieży lubuskiej ten wskaźnik jest nieco wyższy i wynosi 12,3%. Różnica między grupą 1 (11,5%) a grupą 2 (12,3%) nie była statystycznie istotna ($z = -1,33$, $p = 0,18$).

Podsumowanie

- **Zróżnicowanie płciowe:** dziewczęta wykazują wyższy wskaźnik problematycznego korzystania z mediów społecznościowych w porównaniu z chłopcami, co jest konsekwentnie obserwowane we wszystkich analizowanych grupach wiekowych. W miarę jak młodzież osiąga wyższy wiek, odsetek problematycznego używania mediów społecznościowych się zmniejsza, zwłaszcza wśród chłopców.

- **Główne wskaźniki:** najczęściej występujące wskaźniki pokazują, że młodzież regularnie korzysta z mediów społecznościowych jako mechanizmu ucieczki przed negatywnymi emocjami (53,7%), zмага się z trudnościami w ograniczeniu czasu spędzanego online (32,2%) oraz często myśli o kolejnych możliwościach korzystania z mediów społecznościowych (31,7%).
- **Zróżnicowanie regionalne:** powiaty strzelecko-drezdenecki, gorzowski i nowosolski charakteryzują się najwyższymi wskaźnikami problematycznego korzystania z mediów społecznościowych, podczas gdy powiaty międzyrzecki, sulęciński i krośniński odnotowują najniższe wartości tego zjawiska.
- **Porównanie badań:** problemowe korzystanie z mediów społecznościowych jest nieznacznie wyższe wśród młodzieży z województwa lubuskiego (12,3%) w porównaniu ze średnim wskaźnikiem w badaniach HBSC 2022, który wynosi 11,5%.

Bibliografia

- Andreassen, C.S., Pallesen, S. & Griffiths, M.D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287-293.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maraz, A., Elekes, Z., Griffiths, M.D., Andreassen, C.S. & Demetrovics, Z. (2017). Problematic social media use: Results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PLoS ONE*, 12(1), e0169839.
- Boer, M., Stevens, G.W.J.M., Finkenauer, C., Koning, I.M. & van den Eijnden, R.J.J.M. (2022). Validation of the Social Media Disorder Scale in adolescents: Findings from a large-scale nationally representative sample. *Assessment*, 29(8), 1226-1239.
- Griffiths, M.D., Kuss, D.J. & Demetrovics, Z. (2014). Behavioral addictions criteria, evidence, and treatment. [In:] *Social networking addiction: An overview of preliminary findings*. Academic Press, 119-141.
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., Már Arnarsson, A., Barnekow, V. & Weber, M.M. (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. Vol. 1. WHO Regional Office for Europe.
- Lemmens, J.S., Valkenburg, P.M. & Gentile, D.A. (2015). The Internet Gaming Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 27, 567-582.
- Malinowska-Cieślak, M., Kleszczewska, D., Dzielska, A., Ścibor, M. & Mazur, J. (2023). Similarities and Differences between Psychosocial Determinants of Bullying and Cyberbullying Perpetration among Polish Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 11, 20(2), 1358.
- Mojtabai, R. (2024). Problematic social media use and psychological symptoms in adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(12), 2271-2278.
- Montag, C., Demetrovics, Z., Elhai, J.D., Grant, D., Koning, I., Rumpf, H.J., Spada, M., Throuvala, M. & van den Eijnden, R. (2024). Problematic social media use in childhood and adolescence. *Addictive Behaviors*, 153, 107980.

- NASK. (2023). *Nastolatki 3.0: Raport z ogólnopolskiego badania uczniów i rodziców*. NASK – Państwowy Instytut Badawczy. ISBN 978-83-65448-56-9 (wersja elektroniczna).
- Paakkari, L., Tynjälä, J., Lahti, H., Ojala, K. & Lyyra, N. (2021). Problematic social media use and health among adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1885.
- Shannon, H., Bush, K., Villeneuve, P.J., Helleman, K.G., & Guimond, S. (2022). Problematic social media use in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 9(4), e33450.
- Stockdale, L. A., & Coyne, S. M. (2020). Bored and online: Reasons for using social media, problematic social networking site use, and behavioral outcomes across the transition from adolescence to emerging adulthood. *Journal of adolescence*, 79, 173–183.

Joanna Dec-Pietrowska
Joanna Mazur

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Wprowadzenie

Okres dojrzewania niesie za sobą, oprócz pozytywnych kwestii rozwojowych, także potrzebę i chęć eksperymentowania oraz angażowanie się w ryzykowne zachowania. Ryzykowanie jest niejako wpisane w ten okres rozwojowy. Podejmowanie zachowań o wysokim ryzyku skutkować jednak może (oprócz negatywnych konsekwencji samego zachowania) kształtowaniem się nawyków w późniejszym życiu dorosłym.

Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież to zjawisko budzące od wielu lat niepokój w wielu krajach, w tym także w Polsce. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz z innych badań międzynarodowych, Polska od wielu lat zajmuje jedno z czołowych miejsc pod względem dostępu oraz używania substancji psychoaktywnych (ESPAD, 2020; Cosma i in., 2022; WHO, 2023; Charrier i in., 2024; Költő i in., 2024). W badaniach HBSC 2021/22 prowadzonych w Polsce przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie (Dzielska i Okulicz-Kozaryn, 2023) do picia alkoholu co najmniej raz w życiu przyznało się 85% siedemnastolatków. Tytoniu próbowało 24,7% piętnastolatków, e-papierosów 33%, marihuany zaś 21,9% piętnastoletnich chłopców i 13,4% dziewcząt. W grupie młodzieży w wieku szkoły średniej statystyki te są jeszcze wyższe. Problem dostępności oraz powszechności użytkowania tych substancji staje się coraz bardziej zauważalny i budzi wiele obaw zarówno wśród rodziców, nauczycieli, jak i specjalistów ds. zdrowia publicznego.

Współczesne nastolatki, żyjące w świecie nieustannych zmian i presji, często poszukują sposobów na ucieczkę od codziennych problemów i rozładowania napięć. W głównej mierze ma to początki w jakości relacji młodych osób z ich rodzinami,

rówieśnikami przyjaciółmi, nauczycielami, obrazem własnej osoby, poziomem zadowolenia i szczęścia (Charrier i in., 2024). Dodatkowo eksperymentowanie z substancjami takimi jak alkohol, papierosy (szczególnie e-papierosy) czy marihuana staje się dla wielu młodych ludzi nie tylko formą buntu i poradzenia sobie z problemami, ale także próbą odnalezienia swojej tożsamości oraz potrzebą przynależności do grupy rówieśniczej. Niebagatelny wpływ na wzrost użytkowania substancji psychoaktywnych wśród nastolatków wywarła również pandemia COVID-19 (Dumas i in., 2020; Gardner i in., 2022; Layman i in., 2022; Ostaszewski, 2022).

Zjawisko to ma również swoje korzenie w złożonych interakcjach między czynnikami społecznymi, kulturowymi i osobistymi. Młodzież w okresie dorastania jest szczególnie podatna na wpływy zewnętrzne, co sprawia, że ryzyko eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi jest znacznie wyższe. Istnieje wiele powodów, dla których nastolatki sięgają po alkohol czy papierosy i są one mocno zróżnicowane. Mogą wynikać z potrzeby i chęci przynależności i asymilacji z grupą rówieśniczą, poszukiwania nowych doznań, zaspokajania ciekawości, aż po próby radzenia sobie z trudnymi emocjami, stresem czy presją otoczenia (Cosma i in., 2022). Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że zjawisko to nie ogranicza się tylko do jednego typu substancji, ale obejmuje różnorodne ich rodzaje. Problem ten wymaga szczególnej uwagi dodatkowo ze względu na zmiany w kulturze młodzieżowej oraz wpływ mediów społecznościowych (Goodwin, 2021).

Alkohol, jako najczęściej spożywana substancja psychoaktywna, jest nadal powszechnie akceptowany w polskiej kulturze, a co za tym idzie, jest najczęściej stosowaną używką przez młodzież (Sierosławski, 2020). Według badań wiele nastolatków zaczyna pić w wieku 14-15 lat, co niepokoi specjalistów z zakresu zdrowia i profilaktyki uzależnień (ESPAD, 2020; Charrier i in., 2024; Költő i in., 2024). Alkohol, często postrzegany jako element kultury towarzyskiej, może prowadzić do wielu negatywnych skutków zdrowotnych, w tym uzależnienia, problemów z układem nerwowym oraz zwiększonego ryzyka zachowań ryzykownych, takich jak wypadki czy przestępstwa (Waller i in., 2019). Młodzież często nie zdaje sobie sprawy z długoterminowych konsekwencji picia alkoholu, co może skutkować poważnymi problemami w późniejszym dorosłym życiu (Carrier i in., 2024).

Inną bardzo powszechnie używaną przez nastolatki używką są papierosy (Marcon i in., 2018; Perelman, 2019). Pomimo ogólnokrajowych kampanii mających na celu ograniczenie tego zjawiska oraz spadającej liczby palaczy w Polsce, młodzież w znacznym stopniu wciąż eksperymentuje z nikotyną (ESPAD, 2020; WHO, 2023). Szczególnie nowoczesne formy nikotyny, takie jak e-papierosy, stają się dla młodych ludzi coraz bardziej atrakcyjne ze względu na różnorodność smaków i ich ogólną dostępność (Struik i in., 2020). Dodatkowo są one często postrzegane jako mniej szkodliwe, zatem zyskują

na coraz większej popularności, co przyciąga młodych użytkowników (CDC, 2024). Z racji tego, że produkty te zawierają w sobie nikotynę, ich palenie w szybkim tempie prowadzi do uzależnienia i długofalowych problemów zdrowotnych. Jednocześnie istnieje znaczne ryzyko sięgania w późniejszym czasie po tradycyjne papierosy (Marcon i in., 2015).

Kolejnym niepokojącym zjawiskiem wśród polskich nastolatków jest używanie marihuany. Choć w Polsce jest ona substancją nielegalną, znajduje liczną grupę zwolenników i użytkowników, a tym samym stanowi przedmiot zainteresowania młodzieży (ESPAD, 2020). Coraz częściej młodzież eksperymentuje z jej używaniem, co może wynikać z rosnącej akceptacji społecznej oraz błędnego przekonania o braku negatywnych konsekwencji. Używanie marihuany w celach rekreacyjnych może być dla nastolatków sposobem na ucieczkę od codziennych problemów lub wynikać z presji środowiska rówieśniczego. Dodatkowo wielu z nich postrzega marihuanę jako tzw. „miękki narkotyk” czy „bezpieczną” substancję psychoaktywną, mimo że jej regularne używanie wiąże się z poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, w tym wpływem na zdrowie psychiczne. Problemy takie jak lęk, depresja czy zaburzenia pamięci mogą być powiązane z regularnym spożywaniem marihuany, ale także wiązać się z ryzykiem uzależnienia oraz negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia psychicznego i fizycznego (Albaugh i in., 2021).

Podsumowując, używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w Polsce to złożony problem, który wymaga wieloaspektowego podejścia. Istotne jest zrozumienie motywacji, które kierują młodymi ludźmi do eksperymentowania z alkoholem, papierosami i innymi substancjami. W niniejszym rozdziale zostanie przeprowadzona analiza tego zjawiska w odniesieniu do uczennic i uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych województwa lubuskiego. Zrozumienie tego skomplikowanego zjawiska jest kluczowe dla stworzenia środowiska, w którym młodzież będzie mogła podejmować świadome decyzje dotyczące swojego zdrowia i przyszłości.

Zmienne i wskaźniki

Omawiane wyniki badań odnoszą się do pytań na temat używania substancji psychoaktywnych takich jak alkohol, papierosy (w tym e-papierosy) oraz marihuana w podziale na płeć respondentów i poziom edukacji (VII klasa szkoły podstawowej oraz I i III klasa szkoły ponadpodstawowej) oraz zróżnicowanie geograficzne. Dotyczyły one: spożywania alkoholu w całym życiu, upijania się, palenia papierosów i używania kiedykolwiek papierosów elektronicznych (e-papierosów), używania w całym życiu marihuany. Respondenci mieli do wyboru odpowiedzi: *nigdy*, *1-2 dni*, *3-5 dni*, *6-9 dni*, *10-19 dni*, *20-29 dni*, *30 dni lub więcej*. Odpowiedzi na te pytania przekodowano na:

nigdy – abstynenci, 1-2 – osoby eksperymentujące, 3-9 – częstsze próby oraz 10+ – osoby użytkujące zdecydowanie częściej.

Były także pytania o używanie marihuany w ciągu ostatnich 30 dni, ale zadawano je w starszych grupach wiekowych i będzie to przedmiotem odrębnych analiz.

Powyższe pytania były zaimplementowane z protokołu HBSC (Inchley i in., 2023), którego wyniki stanowią także odniesienie przy analizie danych uzyskanych wśród nastolatków z województwa lubuskiego.

Dodatkowo tylko w przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej odnoszącej się do używania alkoholu zadawane było warunkowo pytanie o epizody upicia się. Pytanie to brzmiało: *Czy kiedykolwiek w całym życiu wypileś tak dużo alkoholu, że czuleś się naprawdę pijany?* Odsetki przekodowano tak, że osoby niepijące alkoholu miały kategorię: *zero epizodów*. Inne możliwe odpowiedzi dały 3 kolejne kategorie: *tak, 1 raz; tak, 2-3 razy; tak, 4 i więcej razy*. Pytanie to było celowo zadane ze względu na późniejszą możliwość oszacowania populacyjnego wskaźnika upijania się w tej grupie wiekowej i możliwość porównania z danymi ogólnopolskimi w ramach badań HBSC.

W omawianej części badań odnotowano bardzo mały odsetek braków danych: 41-89 przypadków dla alkoholu, papierosów tradycyjnych i e-papierosów oraz w ostatnich dwóch grupach wiekowych (I i III klasa szkoły ponadpodstawowej) 43 braki danych przy marihuanie. Wskazuje to na szczerość udzielanych odpowiedzi przez ankietowaną młodzież.

Wyniki

Picie alkoholu w całym życiu

W badanej grupie uczniów szkół województwa lubuskiego 44,2% piło alkohol co najmniej jeden raz w życiu, a odsetek tych, którzy zgłaszali 10 i więcej dni, w których pili alkohol, wynosił 19,8%. Odsetek młodzieży mającej doświadczenia z piciem alkoholu istotnie zwiększał się z wiekiem, a w kolejnych badanych rocznikach szkolnych wynosił odpowiednio: 27,2%, 43,0% oraz 78,1%, co wskazuje na gwałtowny wzrost w starszych klasach szkół ponadpodstawowych. Odsetek mających za sobą częste doświadczenia z piciem alkoholu też znacząco zwiększa się wraz z wiekiem – od 8,0% wśród uczniów VII klas szkoły podstawowej, do 15,7% w klasach I oraz 48,7% w klasach III szkół ponadpodstawowych.

W całej badanej grupie nie stwierdzono natomiast różnic między częstością picia przez chłopców i dziewczęta (44,6% oraz 43,8%). W tabeli 64 przedstawiono dokładne dane wg płci i wieku. W VII klasach szkół podstawowych chłopcy częściej niż dziewczęta zgłaszali picie alkoholu kiedykolwiek w życiu, a w dwóch rocznikach szkół ponadpodstawowych różnice związane z płcią były nieistotne.

Biorąc pod uwagę zmiany związane z wiekiem i przewagę najmłodszego rocznika w próbie lubuskiej, podany na wstępie ogólny wskaźnik częstości picia alkoholu jest zaniżony, a na danych ważonych kształtuje się on na poziomie 49,6%.

Tabela 64. Rozkład procentowy częstości picia alkoholu w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9322)

Klasa	Płeć	Pili alkohol (%)			
		nigdy	1-2 dni	3-9 dni	10+ dni
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	70,8	13,3	6,6	9,3
	Dziewczyna	74,8	11,4	7,2	6,6
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	55,4	16,0	11,8	16,8
	Dziewczyna	58,3	14,4	12,4	14,9
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	22,5	11,0	16,6	49,8
	Dziewczyna	21,5	12,1	18,6	47,9

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 7,0$; df = 3; p = 0,073; wiek: $\chi^2 = 1952,5$; df = 6; p < 0,001.

Uzyskane wyniki wskazują na znaczne zróżnicowanie częstości picia alkoholu przez młodzież w układzie powiatowym według lokalizacji szkoły (tab. 65). Po skorygowaniu danych ze względu na strukturę prób powiatowych według płci i wieku różnica między powiatami jest statystycznie istotna (p = 0,001). Odsetek mających doświadczenia z piciem wahał się od 43,1% w powiecie świebodzińskim do 57,7% w powiecie wschowskim. Z kolei odsetek często pijących waha się od 21,1% do 34,4%, ze skrajnymi częstościami na tych samych co wyżej powiatach. W powiecie wschowskim zanotowano też największy odsetek mających częste doświadczenia z piciem w odniesieniu do wszystkich pijących alkohol w życiu (59,6%). Z kolei odsetek ten był najniższy w powiecie strzelecko-dreźnieńskim (40,3%). Jeśli porównać powiatowe rozkłady z ogólnym wzorcem wojewódzkich, to oprócz dwóch wspomnianych wyróżnia się powiat nowosolski, gdzie zanotowano szczególnie niski odsetek pojedynczych prób picia.

Tabela 65. Rozkład procentowy częstości picia alkoholu w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9348)

Powiat	Pili alkohol (%)			
	nigdy	1-2 dni	3-9 dni	10+ dni
m. Gorzów Wielkopolski	49,0	12,0	12,7	26,3
m. Zielona Góra	53,0	12,4	12,4	22,3
gorzowski	51,2	11,9	13,2	23,7
krośnieński	49,2	15,3	11,6	23,9
międzyrzecki	53,0	13,1	10,7	23,3

Powiat	Pili alkohol (%)			
	nigdy	1-2 dni	3-9 dni	10+ dni
nowosolski	52,6	10,5	13,4	23,5
ślubicki	51,5	11,3	11,5	25,8
strzelecko-drezdenecki	46,1	16,9	15,3	21,7
sulęciński	48,5	14,1	10,8	26,6
świebodziński	56,9	11,9	10,1	21,1
wschowski	42,3	13,3	10,0	34,4
zielonogórski	49,7	14,3	12,7	23,3
żagański	48,3	13,9	13,2	24,7
żarski	48,8	14,4	13,7	23,1

Epizody upicia się w życiu

W tabeli 66 przedstawiono częstość upijania się przez młodzież uczącą się w szkołach województwa lubuskiego. Co czwarty ankietowany (25,3%) ma za sobą co najmniej jeden taki epizod. Występują tu oczywiste różnice związane z wiekiem. W kolejnych rocznikach szkolnych do upicia się alkoholem kiedykolwiek w życiu przyznało się 10,7% uczniów VII klas szkół podstawowych oraz odpowiednio 22,5% i 57,3% uczniów klas I oraz III szkół ponadpodstawowych.

Tabela 66. Rozkład procentowy częstości upijania się w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9354)

Klasa	Płeć	Upili się (%)			
		nigdy	1 raz	2-3 razy	4+ razy
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	87,6	4,6	2,5	5,3
	Dziewczyna	90,8	4,9	2,3	2,0
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	76,7	7,7	6,0	9,5
	Dziewczyna	78,1	9,0	6,6	6,3
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	41,7	14,5	18,5	25,4
	Dziewczyna	43,4	17,6	17,3	21,8

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 26,1$; $df = 3$; $p < 0,001$; wiek: $\chi = 1611,2$; $df = 6$; $p < 0,001$.

Rozkład odpowiedzi na analizowane pytanie różni się dla chłopców i dziewcząt, chociaż ogólna częstość jest zbliżona (25,7% i 25,0%). W grupie chłopców częściej notowane były wielokrotne epizody upicia się, a w grupie dziewcząt pojedyncze przypadki.

Biorąc pod uwagę zmiany związane z wiekiem i przewagą najmłodszego rocznika w próbie lubuskiej, podany na wstępie ogólny wskaźnik upijania jest zaniżony, a na danych ważonych kształtuje się on na poziomie 30,5%.

W tabeli 67 przedstawiono zróżnicowanie geograficzne częstości upijania się przez młodzież, porównując powiaty wg lokalizacji szkoły. Najrzadziej deklarowała upijanie się młodzież z powiatu świebodzińskiego, a najczęściej z powiatu wschowskiego. Odsetki częstych epizodów upicia w grupie tych, którym w ogóle zdarzyło się upijanie się, wahają się od 32,4% w powiecie żarskim do 44,1% w powiecie słubickim.

Tabela 67. Rozkład procentowy częstości upijania się w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9336)

Powiat	Upili się (%)			
	nigdy	1 raz	2-3 razy	4+ razy
m. Gorzów Wielkopolski	69,8	8,5	9,3	12,4
m. Zielona Góra	71,9	9,0	7,4	11,6
gorzowski	70,1	8,6	9,5	11,9
krośnieński	68,3	13,2	6,7	11,8
międzyrzecki	71,8	8,5	9,2	10,5
nowosolski	69,6	11,1	8,3	11,0
słubicki	67,6	8,5	9,6	14,3
strzelecko-drezdenecki	69,6	11,1	8,8	10,5
sulęciński	65,7	11,1	9,5	13,7
świebodziński	72,5	8,8	7,6	11,1
wschowski	60,8	12,0	10,7	16,6
zielonogórski	72,0	8,8	7,3	11,9
żagański	65,4	10,6	10,5	13,4
żarski	69,4	10,5	10,2	9,9

Różnice między powiatami są statystycznie istotne ($p = 0,012$). Pięć powiatów różni się od ogólnego wzorca wojewódzkiego. W powiecie żagańskim stwierdzono niższy od oczekiwanego odsetek zakwalifikowanych do pierwszej grupy nieupijających się, podczas gdy w mieście Zielona Góra ten odsetek jest podwyższony. Pojedyncze eksperymenty z upijaniem się częściej, niż można było się spodziewać, stwierdzono w powiecie krośnieńskim, a stosunkowo rzadsze wielokrotne upijanie się w powiecie żarskim. Jak wspomniano, wyróżnia się (jako piąty) powiat wschowski, gdzie stwierdzono zarówno niski odsetek młodzieży, która nie upijała się, jak i relatywnie wysoki odsetek deklarujący co najmniej cztery epizody upicia się w całym życiu.

Palenie papierosów w całym życiu

Ankietowana młodzież zgłaszała rzadsze ogólne doświadczenia z paleniem tradycyjnych papierosów niż z piciem alkoholu, ale odpowiedź 10 dni lub więcej określił już podobny odsetek. W co najmniej jednym dniu w życiu paliło papierosy 32,1%, ale często

18,4%. Odsetek młodzieży, która podjęła próby palenia papierosów, istotnie zwiększał się z wiekiem, a w kolejnych badanych rocznikach szkolnych wynosił odpowiednio: 20,7%, 33,1% oraz 52,1%. Odsetek często palących w życiu zwiększył się z wiekiem trzykrotnie i kolejno wynosił: 9,4%, 9,6% oraz 33,2%.

Rozkład częstości palenia papierosów kiedykolwiek w życiu jest prawie identyczny u chłopców i dziewcząt. Ponadto we wszystkich trzech grupach wieku różnice związane z płcią były nieistotne. W tabeli 68 przedstawiono dokładne dane wg płci i wieku.

Biorąc pod uwagę zmiany związane z wiekiem i przewagę najmłodszego rocznika w próbie lubuskiej, podany na wstępie ogólny wskaźnik palenia tradycyjnych papierosów jest zaniżony, a na danych ważonych kształtuje się on na poziomie 35,3%.

Tabela 68. Rozkład procentowy częstości palenia tradycyjnych papierosów w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9370)

Klasa	Płeć	Palili papierosy (%)			
		nigdy	1-2 dni	3-9 dni	10+ dni
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	77,6	7,8	4,4	10,2
	Dziewczyna	80,9	6,6	3,8	8,7
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	67,2	8,6	4,7	19,5
	Dziewczyna	66,8	8,8	4,7	19,7
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	50,3	9,5	8,6	31,6
	Dziewczyna	46,1	10,2	9,2	34,4

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 1,5$; $df = 3$; $p = 0,681$; wiek: $\chi^2 = 684,1$; $df = 6$; $p < 0,001$.

Wykazano natomiast znaczne zróżnicowanie terytorialne częstości podejmowania przez młodzież prób palenia tytoniu, biorąc pod uwagę lokalizację szkoły oraz dane wystandaryzowane na jednakową strukturę prób powiatowych według płci i wieku (tab. 69). Różnica między powiatami jest statystycznie istotna ($p < 0,001$). Odsetek palących papierosy kiedykolwiek w życiu wahał się od 28,5% w powiecie świebodzińskim do 46,0% w powiecie wschowskim. Na obu krańcach rankingu są więc te same powiaty wyróżnione w analizach częstości picia alkoholu. Odsetek palących papierosy w co najmniej 10 dniach w życiu wahał się od 15,6% w powiecie świebodzińskim do 31,2% w powiecie wschowskim. Udział często palących (10 dni lub więcej) w ogólnej liczbie tych, którzy podjęli próby palenia, waha się od 49,6% w powiecie sulcińskim do 67,8% we wschowskim, ale jest też bardzo wysoki w powiatach żagańskim i zielonogórskim. Warto także zwrócić uwagę na powiat międzyszycki, gdzie odsetek częstego palenia jest mniejszy, niż można oczekiwać z ogólnego rozkładu wojewódzkiego. Z kolei w powiecie strzelecko-drezdeneckim stosunkowo częściej młodzież zgłaszała 5-9 epizodów palenia, a w powiecie żarskim częstsze były pojedyncze próby palenia (1-2 dni).

Tabela 69. Rozkład procentowy częstości palenia tradycyjnych papierosów w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9313)

Powiat	Palili papierosy (%)			
	nigdy	1-2 dni	3-9 dni	10+ dni
m. Gorzów Wielkopolski	66,0	8,4	5,3	20,3
m. Zielona Góra	65,7	7,6	6,4	20,3
gorzowski	61,6	9,5	5,4	23,6
krośnieński	62,0	10,3	5,8	21,9
międzyrzecki	67,5	9,3	5,2	18,0
nowosolski	65,1	8,1	7,1	19,6
słubicki	65,5	7,0	5,5	22,0
strzelecko-drezdenecki	66,3	5,6	11,2	16,8
sulęciński	63,7	7,8	10,5	18,0
świebodziński	71,5	8,6	4,3	15,6
wschowski	54,0	8,0	6,8	31,2
zielonogórski	66,5	6,8	4,6	22,0
żagański	61,2	7,6	5,8	25,5
żarski	63,4	10,6	6,1	19,8

Palenie e-papierosów w całym życiu

W całej badanej grupie uczniów szkół z województwa lubuskiego 41,0% sięgnęło przynajmniej jeden raz w życiu po elektronicznego papierosa, czyli jest to odsetek większy niż w przypadku tradycyjnych papierosów. Co czwarty ankietowany (24,5%) palił e-papierosy w 10 dniach w swoim życiu lub częściej. Stwierdzono różnice związane z płcią na niekorzyść dziewcząt, wśród których częstość palenia e-papierosów kształtowała się na poziomie 42,5% wobec 39,2% w grupie chłopców. Większy odsetek dziewcząt niż chłopców zakwalifikował się do grupy częstych użytkowników (odpowiednio 26,4% wobec 23,0%). Wiek też jest tu ważnym czynnikiem różnicującym. W kolejnych trzech badanych grupach wieku kiedykolwiek w życiu paliło e-papierosy odpowiednio 30,6%, 39,9% oraz 62,3%, a w 10 dniach lub więcej odpowiednio 14,1%, 25,4% oraz 44,2%. Warto zwrócić szczególną uwagę na wczesną inicjację w zakresie tego zachowania. W klasach VII szkół podstawowych odsetek używających e-papierosy jest o połowę wyższy niż odsetek palących tradycyjny tytoń. W kolejnych rocznikach pogłębiają się też różnice w częstości palenia e-papierosów przez chłopców i dziewczęta (tab. 70). W najmłodszej analizowanej grupie wieku nie zanotowano statystycznie istotnych różnic, w I klasach szkoły ponadpodstawowej pojawiła się tendencja na niekorzyść dziewcząt ($p = 0,066$), a w najstarszej grupie wieku te różnice na niekorzyść dziewcząt są już statystycznie istotne ($p < 0,001$). Prawie co druga uczennica III klas liceów

Tabela 70. Rozkład procentowy częstości palenia e-papierosów w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9362)

Klasa	Płeć	Palili e-papierosy (%)			
		nigdy	1-2 dni	3-9 dni	10+ dni
VII kl. szkoły podstawowej	Chłopiec	69,0	11,1	5,3	14,6
	Dziewczyna	69,8	10,8	5,7	13,7
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	61,6	9,8	4,7	23,9
	Dziewczyna	58,9	8,6	5,9	26,5
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	41,9	10,8	7,9	39,5
	Dziewczyna	34,5	10,6	7,1	47,8

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 17,3$; $df = 3$; $p = 0,001$; wiek: $\chi^2 = 732,3$; $df = 6$; $p < 0,001$.

ogólnokształcących lub techników paliła w swoim życiu e-papierosy w 10 dniach lub częściej.

Biorąc pod uwagę zmiany związane z wiekiem i przewagę najmłodszego rocznika w próbie lubuskiej, podany na wstępie ogólny wskaźnik palenia e-papierosów jest zaniżony, a na danych ważonych kształtuje się on na poziomie 44,1%.

W tabeli 71 przedstawiono zróżnicowanie geograficzne częstości palenia e-papierosów przez młodzież, porównując powiaty wg lokalizacji szkoły. Różnica między powiatami jest statystycznie istotna ($p < 0,001$). Odsetek palących e-papierosy waha się od 35,7% w powiecie świebodzińskim do 52,1% w powiecie wschowskim. W większości powiatów rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące częstości palenia e-papierosów różni się od wojewódzkiego. Względnie rzadziej podejmuje takie zachowanie młodzież z miasta Zielona Góra, powiatu zielonogórskiego, międzyrzeckiego i wspomnianego świebodzińskiego. Problem narasta zaś w powiatach: gorzowskim, sulęcińskim, żagańskim i wspomnianym wschowskim. Z kolei w powiecie żarskim relatywnie wysoki odsetek znalazł się w grupie eksperymentujących z papierosami elektronicznymi, a w strzelecko-drezdeneckim zaobserwowano przesunięcie z grupy czwartej do grupy trzeciej umiarkowanych użytkowników.

Używanie marihuany w całym życiu

O palenie marihuany pytano tylko uczniów szkół ponadpodstawowych. Co najmniej jeden raz w życiu paliło ją 18,6% na 5497 uczniów, którzy odpowiedzieli na to pytanie. Palenie marihuany istotnie zwiększa się z wiekiem i jest ogólnie częstsze wśród chłopców w porównaniu z dziewczętami. W całej badanej grupie co najmniej jeden epizod zgłosiło 22,4% chłopców oraz 15,7% dziewcząt. W 10 dniach lub więcej paliło marihuanę odpowiednio 10,2% chłopców oraz 5,7% dziewcząt. W dwóch analizowanych grupach wieku częstość palenia marihuany wynosiła odpowiednio 12,0% i 29,9%. Różnice na niekorzyść chłopców utrzymują się w obu grupach wieku (tab. 72).

Tabela 71. Rozkład procentowy częstości palenia e-papierosów w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9339)

Powiat	Palili e-papierosy (%)			
	nigdy	1-2 dni	3-9 dni	10+ dni
m. Gorzów Wielkopolski	55,6	8,8	6,2	29,4
m. Zielona Góra	59,3	10,1	4,6	26,1
gorzowski	49,1	10,4	5,0	35,5
krośniński	52,1	12,1	7,0	28,7
międzyrzecki	60,3	9,3	5,5	24,9
nowosolski	56,3	10,1	6,2	27,4
słubicki	55,3	10,1	7,5	27,0
strzelecko-drezdenecki	56,4	11,5	9,5	22,6
sulęciński	49,7	11,4	6,2	32,7
świebodziński	64,3	10,5	5,5	19,7
wschowski	47,9	8,8	6,8	36,6
zielonogórski	60,6	8,1	5,1	26,2
żagański	52,0	11,2	4,4	32,4
żarski	54,6	12,4	8,1	24,9

Biorąc pod uwagę zmiany związane z wiekiem i mniej uczniów z III klas niż z I w zbadanych szkołach ponadpodstawowych, podany na wstępie ogólny wskaźnik populacyjny palenia marihuany przez młodzież w tym wieku jest zaniżony, a na danych ważonych kształtuje się on w województwie lubuskim na poziomie 21,7%.

Tabela 72. Rozkład procentowy częstości używania marihuany w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 5497)

Klasa	Płeć	Używali marihuany (%)			
		nigdy	1-2 dni	3-9 dni	10+ dni
I kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	84,5	5,1	3,7	6,7
	Dziewczyna	90,7	3,6	2,5	3,2
III kl. szkoły ponadpodstawowej	Chłopiec	65,7	8,9	9,3	16,1
	Dziewczyna	73,5	8,3	8,4	9,8

Wyniki testu χ^2 : płeć: $\chi^2 = 48,7$; $df = 3$; $p < 0,001$; wiek: $\chi^2 = 275,3$; $df = 3$; $p < 0,001$.

Tabela 73 zawiera zestawienie powiatowe analizowanego rozkładu palenia marihuany przez młodzież. Wykazano różnice statystycznie istotne.

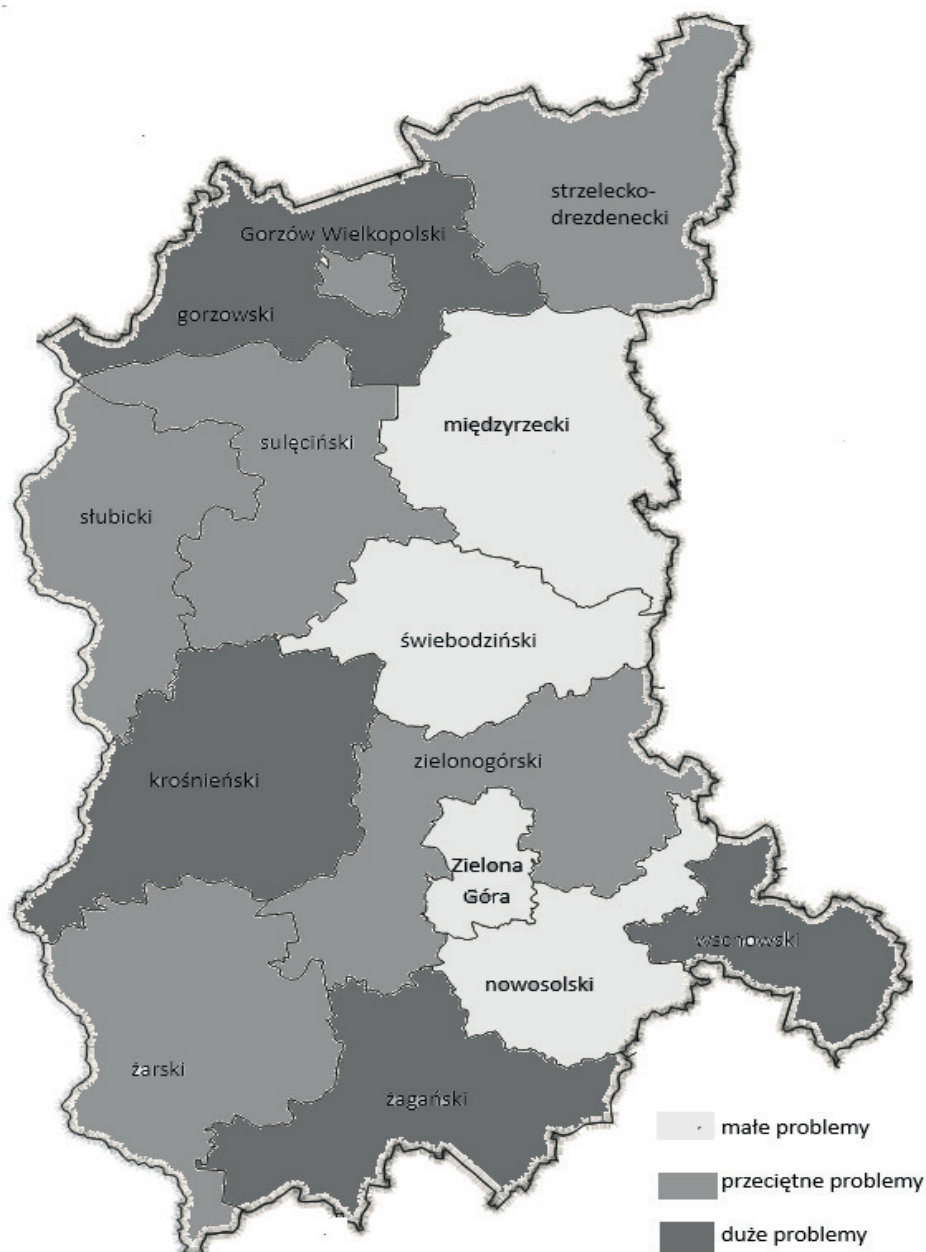
Tabela 73. Rozkład procentowy częstości używania marihuany w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 6199)

Powiat	Używali marihuany (%)			
	nigdy	1-2 dni	3-9 dni	10 +dni
m. Gorzów Wielkopolski	76,7	6,9	6,1	10,2
m. Zielona Góra	80,4	5,9	4,3	9,5
gorzowski	75,8	5,8	8,3	10,0
krośnieński	76,4	5,6	6,3	11,8
międzyrzecki	83,5	4,8	5,1	6,6
nowosolski	78,8	7,4	6,9	6,9
ślubicki	74,8	5,0	8,8	11,3
strzelecko-drezdenecki	70,2	14,9	7,2	7,7
sulęciński	80,4	6,9	5,4	7,4
świebodziński	84,1	5,0	4,1	6,8
wschowski	67,8	8,1	6,1	18,0
zielonogórski	78,6	5,9	5,9	9,5
żagański	75,1	8,6	5,2	11,0
żarski	81,5	6,1	6,0	6,4

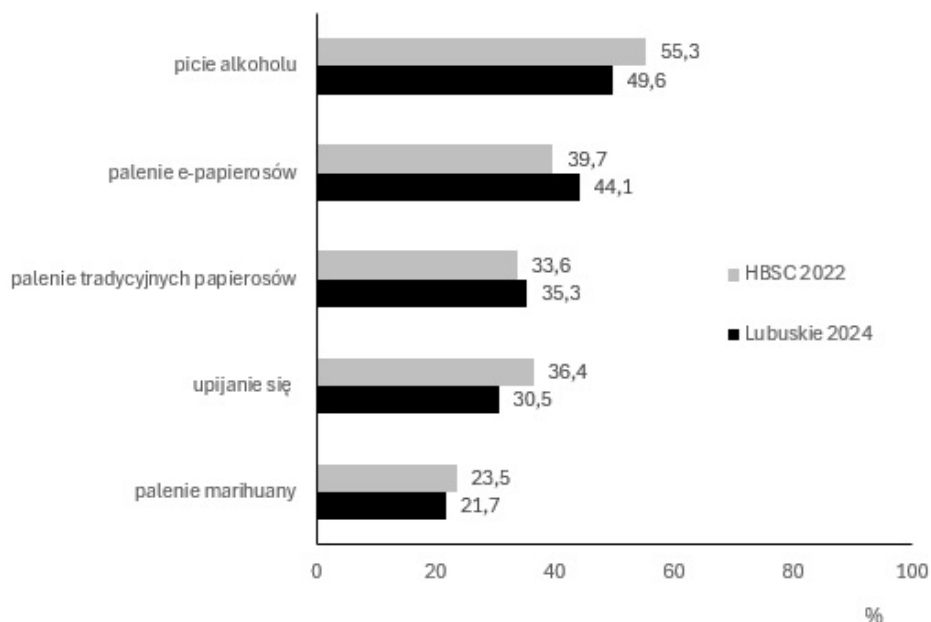
Odsetek palących marihuanę co najmniej jeden raz w życiu wahał się od 16,9% w powiecie świebodzińskim do 32,2% w powiecie wschowskim, a odsetek palących ją w 10 dniach lub więcej wahał się od 6,4% w powiecie żarskim do 18,0% w powiecie wschowskim. Rozkłady odpowiedzi na to pytanie odbiegają od wzorca wojewódzkiego w dziewięciu powiatach. Zjawisko narasta też w powiecie strzelecko-drezdeneckim, mniejszą skalę zaś ma w międzyrzeckim i nowosolskim. Do trzeciej kategorii umiarkowanych użytkowników zakwalifikowało się mniej, niż można byłoby oczekiwać, nastolatków z Zielonej Góry, a więcej z powiatów gorzowskiego i ślubickiego.

Na rycinie 34 porównano powiaty województwa lubuskiego pod względem uśrednionej rangi uzyskanej z pięciu analizowanych wskaźników korzystania z substancji psychoaktywnych w całym życiu. W odniesieniu do czterech na pięć wskaźników najkorzystniejsze wyniki świadczące o mniejszym nasileniu ryzykownych zachowań stwierdzono w powiecie świebodzińskim, gdzie tylko częstość upijania się była relatywnie wysoka, a najniższa była w powiecie nowosolskim. Na drugim końcu rankingu znalazł się powiat wschowski.

W grupie powiatów, które zakwalifikowały się do grupy mających większe problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez uczniów, znalazł się też powiat żagański i krośnieński, a wyraźnie mniejsze nasilenie omawianych problemów zaobserwowano w mieście Zielona Góra.



Rycina 34. Zróźnicowanie powiatów pod względem częstości używania substancji psychoaktywnych przez młodzież



Rycina 35. Odsetki młodzieży używającej kiedykolwiek w życiu wybranych substancji psychoaktywnych, porównanie wyników ogólnopolskich z badaniem lubuskim (dane ważone w obu próbach)

Porównanie z wynikami badań HBSC

Na rycinie 35 porównano dane zebrane w województwie lubuskim z wynikami ogólnopolskich badań HBSC przeprowadzonych dwa lata wcześniej, a porównanie było możliwe dla wszystkich pięciu zachowań problemowych. Porównano odsetki młodzieży, która co najmniej raz w życiu piła alkohol, upiła się, paliła tradycyjne i elektroniczne papierosy oraz używała marihuany (tu z ograniczenie do uczniów szkół ponadpodstawowych). Dane dla obu prób są ważone, aby uzyskać jednakową strukturę według płci i wieku badanych, przez co ogólne wskaźniki omawianych zachowań różnią się od danych nieważonych przedstawionych wcześniej w tym rozdziale.

Młodzież z województwa lubuskiego rzadziej piła alkohol i rzadziej się upijała w porównaniu z rówieśnikami z próby ogólnopolskiej. W obu uzyskano różnicę wysoce istotną statystycznie ($z = -11,0$ oraz $-7,1$; $p < 0,001$). Z kolei wskaźniki palenia papierosów okazały się większe w województwie lubuskim. Dla tradycyjnych papierosów uzyskano wynik graniczny ($z = 2,0$; $p = 0,044$), a dla e-papierosów różnica okazała się większa ($z = 5,0$; $p < 0,001$). Z kolei palenie marihuany (analizowane w dwóch starszych grupach) było częściej deklarowane w badaniach HBSC niż w badaniu lubuskim, ale różnica była na granicy istotności ($z = 1,98$; $p = 0,046$).

Podsumowanie

- **Niepokojące wskaźniki:** odsetek młodzieży lubuskiej, która w ciągu całego życia sięgała po różnego rodzaju używki, okazał się wysoki i wahał się od 21,7% (dla palenia marihuany przez starszą młodzież) do 49,6% (picie alkoholu).
- **Porównanie grup wieku:** wszystkie analizowane wskaźniki znacząco zwiększają się w kolejnych badanych rocznikach. Dla niektórych wskaźników zanotowano stopniowe zmiany, ale dla innych gwałtowne pogorszenie dopiero w grupie uczniów III klas szkół ponadpodstawowych, co szczególnie dotyczy wskaźników alkoholowych. W przyszłości warto przeanalizować też częstość obecnego używania poszczególnych substancji oraz współwystępowanie ryzykownych zachowań.
- **Porównanie chłopców i dziewcząt:** płeć słabo różnicuje badane wskaźniki, a wnioskowanie o jej wpływie zmienia się w zależności od grupy wieku. W VII klasach chłopcy istotnie częściej niż dziewczęta deklarowali picie alkoholu i upijanie się (co też utrzymywało się w środkowej grupie wieku). W odniesieniu do innych wskaźników zanotowano konwergencję zachowań obu płci albo wręcz pojawienie się różnic na niekorzyść dziewcząt (e-papierosy).
- **Zróżnicowanie regionalne:** rozkład częstości używania substancji psychoaktywnych zmienia się w zależności od powiatu. Najmniej korzystne zachowania zaobserwowano w powiecie wschowskim, a najkorzystniejsze w świebodzińskim.
- **Porównanie z próbą ogólnopolską:** młodzież ucząca się w powiecie lubuskim rzadziej niż uczniowie ankietowani w ramach badań HBSC deklarowała picie alkoholu, epizody upijania się i palenie marihuany. Z kolei częściej paliła tradycyjne papierosy i e-papierosy, a w tym drugim przypadku różnice na niekorzyść województwa lubuskiego są największe.

Bibliografia

- Albaugh, M.D., Ottino-Gonzalez, J., Sidwell, A., Lepage, C., Juliano, A., Owens, M.M., Chaarani, B., Spechler, P., Fontaine, N., Rioux, P. & IMAGEN Consortium. (2021). Association of Cannabis Use During Adolescence With Neurodevelopment. *JAMA Psychiatry*, 16, 78(9), 1-11.
- Charrier, L., van Dorsselaer, S., Canale, N., Baska, T., Kilibarda, B., Comoretto, R.I., Galeotti, T., Brow, J. & Vieno, A. (2024). *A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Vol. 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Pobrane z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376573/9789289060936-eng.pdf?sequence=1> [dostęp 1.09.2024].
- CDC (2024). *About electronic cigarettes (e-cigarettes)*. Pobrane z: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/about-e-cigarettes.html [dostęp 1.09.2024].

- Cosma, A., Elgar, F.J., de Looze, M., Canale, N., Lenzi, M., Inchley, J. & Vieno, A. (2022). Structural gender inequality and gender differences in adolescent substance use: a multilevel study from 45 countries. *SSM Population Health*, 19, 101208.
- Dumas, T.M., Ellis, W. & Litt, D.M. (2020). What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? Examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 354-61.
- Dzielska, A. & Okulicz-Kozaryn, K. (2023). Używanie substancji psychoaktywnych i picie napojów energetyzujących przez młodzież w wieku 11–15 lat. Wyniki badań HBSC 2021/2022. Serwis Informacyjny Uzależnienia 4/2023(104), 35-40. Pobrane z: <https://siu.praesterno.pl/arttykul/819> [dostęp 1.09.2024].
- ESPAD Group (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Pobrane z: http://espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf [dostęp 1.09.2024].
- Gardner, L.A., Debenham, J., Newton, N.C., Chapman, C., Wylie, F.E., Osman, B., Teesson, M. & Champion, K.E. (2022). Lifestyle risk behaviours among adolescents: a two-year longitudinal study of the impact of the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 12(6), 060309.
- Gisslasson, T., Heinrich, J., Holm, M., Janson, C., Jarvis, D., Leynaert, B., Matheson, M.C., Pirina, P., Svanes, C., Villani, S., Zuberbier, T., Minelli, C., Accordini, S. & Ageing Lungs In European Cohorts study (2018). Trends in smoking initiation in Europe over 40 years: A retrospective cohort study. *PloS one*, 13(8), e0201881.
- Goodwin, R.D. (2021). E-cigarette promotion in the digital world: the “shared environment” of today’s youth. *Nicotine & Tobacco Research*, 23(8), 1261-1262.
- Inchley, J., Currie, D., Samdal, O., Jåstad, A., Cosma, A. & Nic Gabhainn, S. (eds.) (2023). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2021/22 survey*. Glasgow: MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow.
- Költő, A., de Looze, M., Jåstad, A., Nealon Lennox, O., Currie, D. & Nic Gabhainn, S. (2024). *A focus on adolescent sexual health in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Vol. 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Pobrane z: <https://hbhc.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-sexual-health-in-europe-central-asia-and-canada/> [dostęp 1.09.2024].
- Layman, H.M., Thorisdottir, I.E., Halldorsdottir, T., Sigfusdottir, I.D., Allegrante, J.P. & Kristjansson, A.L. (2022). Substance use among youth during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 24(6), 307-24.
- Marcon, A., Pesce, G., Calciano, L., Bellisario, V., Dharmage, S.C., Garcia-Aymerich, J. & Mayor S. (2015). Young adults using e-cigarettes are more likely to progress to smoking, study shows. *BMJ* 351, h4802.
- Ostaszewski, K. (2022). *Zachowania ryzykowne polskich nastolatków*. [W:] Sajkowska, M. & Szredzińska, R., (red.) (2022). *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 180-197.
- Perelman, J., Leão, T. & Kunst, A.E. (2019). Smoking and school absenteeism among 15- to 16-year-old adolescents: a cross-section analysis on 36 European countries, *European Journal of Public Health*, 29 (4), 778-784.
- Sierosławski, J. (2020). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r.*, Instytut Psychiatrii Neurologii.

- Struik, L.L., Dow-Fleisner, S., Belliveau, M., Thompson, D. & Janke, R. (2020). Tactics for drawing youth to vaping: content analysis of electronic cigarette advertisements. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e18943.
- Waller, R., Murray, L., Shaw, D.S., Forbes, E.E. & Hyde, L.W. (2019). Accelerated alcohol use across adolescence predicts early adult symptoms of alcohol use disorder via reward-related neural function. *Psychological Medicine*, 49, 675-684.
- WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: WHO; 2023. Pobrane z: <https://iris.who.int/handle/10665/372043> [dostęp 1.09.2024].

**Joanna Mazur, Alicja Kozakiewicz,
Katarzyna Porwit, Joanna Dec-Pietrowska,
Maciej Białorudzki, Zbigniew Izdebski**

UWAGI KOŃCOWE I REKOMENDACJE

1. Badania ankietowe przeprowadzono online na wiosnę 2024 r. wśród 9411 uczniów szkół lubuskich w trzech rocznikach (VII klasa szkoły podstawowej oraz I i III szkoły ponadpodstawowej). Omówione zagadnienia z kwestionariusza badania obejmowały m.in. pytania używane od lat w międzynarodowych badaniach HBSC, spójne tematycznie fragmenty kwestionariusza KIDSCREEN-27, nowe skale do tej pory niewdrożone w Polsce w tak dużych badaniach populacyjnych oraz pytania własne. W poniższym podsumowaniu zwrócono uwagę na oryginalne aspekty badań lubuskich, które odróżniają je od ogólnego nurtu badań HBSC i mogą też wspomóc inicjatywy ogólnokrajowe. Wyniki przedstawione w raporcie zostały pogrupowane w czterech blokach tematycznych, w których wyróżniono po trzy podrozdziały. Każdy z podrozdziałów zaczyna się uzasadnieniem podjęcia tematu (również w kontekście prewencji) oraz kończy podsumowaniem wyników. Warto jednak sformułować syntetyczne wnioski końcowe, dające podstawę do rekomendacji sugerowanych działań, innych implikacji praktycznych i kierunków dalszych badań lub analiz już zebranego materiału, ważnych dla zdrowia publicznego.
2. Unikatową cechą tego raportu jest zwrócenie uwagi na specyfikę regionu jako zachodniego województwa nadgranicznego z dużym udziałem ludności migrującej w celach zarobkowych, poziomem zamożności rodzin poniżej przeciętnej ogólnokrajowej wg Family Affluence Scale czy też częstymi dojazdami starszych uczniów do szkół poza miejscem zamieszkania. Przedstawiono też różnice między powiatami, w których zlokalizowane były szkoły, co jest uzasadnione wielkością próby i wykracza poza zwykle prezentowane w raportach zdrowia publicznego porównania zdrowia mieszkańców rejonów wiejskich i miast różnej wielkości.

Dane tabelaryczne i prezentacje graficzne różnic regionalnych powinny wzbudzić zainteresowanie władz samorządowych, jako że pokazują mocne i słabe strony szkół z poszczególnych powiatów, tworząc rodzaj mapy potrzeb lokalnych (Topór-Mądry i in., 2017). Ograniczeniem analiz jest brak możliwości przypisania wyników do konkretnych szkół, co wynikało z założenia ich całkowitej anonimowości, prawdopodobnie zwiększając jednak zasięg badania i jego reprezentatywność.

3. Jak wynika z aneksu, oszacowano poziom ponad 50 wskaźników negatywnych odnoszących się do problemów zdrowotnych i społecznych, deficytów zachowań zdrowotnych i ograniczonych zasobów wzmacniających zdrowie, jak również kontekstu społecznego generującego nierówności w zdrowiu. Alternatywne wskaźniki pozytywne można interpretować jako czynniki chroniące zdrowie. Dane prezentowane były według płci i wieku uczniów jako wskaźniki surowe oraz w przekroju powiatowym jako ogólne wskaźniki standaryzowane, co eliminuje różnice w strukturze prób powiatowych.
4. Uzyskane wyniki dają obraz trajektorii zmian między 13. a 17. rokiem życia. Część analizowanych wskaźników zmienia się z przyczyn rozwojowych, jak inicjacja seksualna czy coraz częstsze sięganie po substancje psychoaktywne. Tu działania prewencyjne mogą iść w kierunku zahamowania tempa tego procesu oraz minimalizacji szkód. Szczególne znaczenie ma podkreślanie negatywnego wpływu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na ciągle rozwijający się mózg (Avramescu i in., 2024; Lees i in., 2020). Nie ma tak wyraźnego uzasadnienia rozwojowego dla znacznego pogarszania się wraz z wiekiem samooceny zdrowia, poziomu aktywności fizycznej oraz dla coraz gorszej oceny środowiska szkolnego i rodzinnego. Raport podkreśla potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na okres przejścia ze szkół podstawowych do ponadpodstawowych, w którym młodzież napotyka nowe obciążenia (w tym dłuższy dojazd do szkoły), często doświadcza zwiększonego poziomu stresu oraz czasowego obniżenia ocen własnych osiągnięć przy równoczesnym coraz słabszym odczuwaniu wsparcia rodzicielskiego. Niektóre wskaźniki pogarszają się z kolei w najmłodszej grupie wieku, co też powinno ukierunkować działania prewencyjne na koniec szkoły podstawowej, na przykład w obszarze zapobiegania uzależnieniom od mediów społecznościowych, wzmacniania kompetencji zdrowotnych czy redukcji obaw związanych z tempem dojrzewania. Działania prewencyjne w szkołach podstawowych mogą wyprzedzać spodziewane negatywne tendencje w kolejnych latach życia. Tym ważniejsze jest planowane wprowadzenie przedmiotu edukacja zdrowotna jako obowiązkowego od roku szkolnego 2025/2026 w klasach IV-VIII szkół podstawowych oraz w szkołach ponadpodstawowych (E-Pedagogika, 2024).
5. Wyniki badań przeprowadzonych w województwie lubuskim potwierdzają znaczące różnice między chłopcami i dziewczętami w poziomie analizowanych wskaźników

zdrowotnych, przeważnie na niekorzyść płci żeńskiej. Chłopcy wykazują większe ryzyko nadwagi i otyłości, częściej są zaniepokojeni zbyt wolnym tempem dojrzewania oraz preferują mniej wiarygodne źródła wiedzy na temat dojrzewania i seksualności. Niektóre problemy nasilają się u chłopców dopiero pod koniec szkoły ponadpodstawowej, podczas gdy u dziewcząt zarysowuje się tendencja spadkowa (na przykład w częstości odczuwania powtarzających się dolegliwości psychosomatycznych). Prawie wszystkie analizowane wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego kształtują się na mniej korzystnym poziomie u dziewcząt (szczególnie 15-letnich), co odwraca uwagę od dynamiki zmian odpowiednich wskaźników w populacji męskiej. Dziewczęta we wszystkich grupach wieku ogólnie gorzej oceniają swoje zdrowie wg SRH, częściej raportują dolegliwości psychosomatyczne wg SCL, są mniej aktywne fizycznie wg MVPA, a przede wszystkim nasilają się u nich problemy zdrowia psychicznego. Wykazują one wyższe wskaźniki lęku wg GAD-7 i ryzyka depresji wg WHO-5, jak również przejawiają symptomy braku akceptacji własnego ciała oraz zaburzeń odżywiania, co też wyraża się częstszym podejmowaniem prób nieuzasadnionego odchudzania się. Jednakże zaburzenia odżywiania występują również u chłopców, co podkreśla konieczność zwrócenia na nich większej uwagi. W przeszłości byli oni często pomijani w badaniach naukowych i kryteriach diagnostycznych dotyczących zaburzeń odżywiania. W związku z tym istnieje pilna potrzeba dalszego doskonalenia działań profilaktycznych i terapeutycznych, a także aktywnego włączania chłopców w przyszłe badania naukowe w tym obszarze (Brown i Keel, 2023).

6. Warto pamiętać, że działania profilaktyczne w obszarze zagrożeń zdrowia nastolatków mogą być realizowane poprzez edukację zdrowotną, ale też zmiany środowiskowe i legislacyjne, które często są wdrażane na szczeblu centralnym bądź wymagają rozwiązań systemowych. Jako przykład mogą tu służyć zmieniające się formy pomocy społecznej udzielanej rodzinom, ale też regulacje ograniczające reklamy niezdrowych produktów, opodatkowanie produktów stanowiących zagrożenie dla zdrowia (Partyka i in., 2019) oraz wspieranie aktywności fizycznej przez rozbudowę infrastruktury sportowej i rekreacyjnej (McCormack i in., 2023).
7. Uzyskane wyniki pozwalają na identyfikację problemów wymagających rozwiązania oraz sformułowanie następujących rekomendacji w ramach poszczególnych bloków tematycznych. I tak zgodnie ze strukturą raportu:
 - Środowisko dorastania gwarantujące prawidłowy rozwój w drugiej dekadzie życia obejmuje rodzinę, szkołę, rówieśników i lokalną społeczność, ale także cyberprzestrzeń. Potrzebne są inwestycje w programy wspierające wszystkie te komponenty, w tym szczególnie rodzicielstwo oparte na więzi (Chen i in., 2019) i promowanie bardziej integracyjnego i przyjaznego klimatu w szkole (Rohatgi

- i Scherer, 2020). Nauczyciele i rodzice powinni pomagać dzieciom wypracować zdrowe nawyki korzystania z internetu i urządzeń cyfrowych, pokazując nie tylko zagrożenia, ale też korzyści, jakie niosą za sobą nowe technologie. Badania wskazują bowiem, że problematyczne korzystanie z internetu koreluje z niższym poziomem monitorowania oraz mediacji rodzicielskiej, a także z mniej satysfakcjonującymi relacjami pomiędzy rodzicami a dziećmi (Bleakley i in., 2016). Odrębne działania powinny być skierowane do bardziej zagrożonych środowisk, na przykład ze względu na ubóstwo czy gorszy dostęp do zajęć pozalekcyjnych, kiedy internet może być narzędziem wyrównywania szans. Wprowadzenie programów stypendialnych, socjalnych oraz rozwój zajęć pozalekcyjnych mogłoby pomóc uczniom z takich środowisk wyrównać szanse edukacyjne. W przypadku dzieci z rodzin migracyjnych, ze względu na częste okresy rozłąki z rodzicami wyjeżdżającymi do pracy, niezbędne jest wprowadzenie wsparcia psychologicznego zarówno w formie indywidualnej, jak i grupowej. Warto także zainwestować w edukację zastępczych opiekunów, takich jak dziadkowie, oraz w szkolenia dla nauczycieli, aby mogli oni lepiej rozpoznawać potrzeby emocjonalne uczniów z rodzin migracyjnych. Niemniej jednak równie ważne są działania skierowane do całych społeczności. Ważnym aspektem jest także dostosowanie działań do specyfiki regionalnej oraz wzmocnienie współpracy między placówkami oświatowymi a instytucjami zdrowotnymi i socjalnymi oraz otoczeniem społecznym.
- Omówione w raporcie zasoby zewnętrzne wpływające na zdrowie silnie wiążą się z powyższym kontekstem społecznym. W obszarze wsparcia społecznego raport zwraca uwagę, że młodzież, która utrzymuje pozytywne relacje z rodzicami, osiąga lepsze wyniki w zakresie zdrowia psychicznego oraz nawiązuje zdrowsze więzi z rówieśnikami. Jest to tym ważniejsze, że tendencje zmian w czasie i porównania międzynarodowe danych HBSC wskazują na kryzys relacji społecznych w Polsce (Badura i in., 2024). Pracownicy placówek oświatowych mogą wspierać zarówno rodziców, jak i młodzież, dostarczając informacji na temat typowych zmian w relacjach rodzinnych oraz promując zdrowe interakcje. Regularny dialog pomiędzy rodzicami a nastolatkami jest kluczowy dla zrozumienia ich emocji i potrzeb, co sprzyja budowaniu pozytywnych relacji rodzinnych. W raporcie poświęcono wiele uwagi znaczeniu sprawczości dla pozytywnego rozwoju i dobrostanu nastolatków, do czego nawiązują dwa rozdziały w części dotyczącej zasobów wzmacniających zdrowie. Omówiona w części drugiej autonomia/decyzyjność/partycypacja oraz kompetencje zdrowotne (jako HL) są zasobami wewnętrznymi też silnie związanymi ze środowiskiem dorastania, a odpowiednie nauczanie i etos szkoły może te zasoby kształtować i wzmacniać. Eksperci OECD wskazują, że w szybko zmieniającym się i coraz mniej przewidywalnym świecie

młodzi chłopcy i dziewczęta potrzebują poczucia sensu, aby czuć się współodpowiedzialnymi za siebie, kształcenie własne i otoczenia. Środowisko szkolne powinno dawać poczucie bezpieczeństwa, przynależności do klasy i stwarzać okazje do samodzielnego rozwiązywania problemów. Również świadomi rodzice nie powinni ograniczać naturalnego dla okresu dorastania dążenia do niezależności, nawet jeśli wynika to z dobrych intencji, takich jak zapewnienie dzieciom bezpieczeństwa obecnie i w przyszłości.

- W części dotyczącej zdrowia omówiono ogólne wskaźniki SRH i SCL, problemy związane z obiektywnie i subiektywnie ocenianą masą ciała, odchudzanie się i aktywność fizyczną jako zachowania zdrowotne oraz obszerny moduł pogłębiający ocenę zdrowia psychicznego poza symptomami SCL. Analiza dolegliwości wskazuje na dramatycznie wysoki odsetek młodzieży wykazującej mnogie dolegliwości, co powinno skłaniać do przededefiniowania zasad interpretacji wyników tej skali, aby lepiej wyodrębnić grupę najbardziej zagrożonych. Jako strategię przeciwdziałania występowaniu nieswoistych symptomów specjaliści proponują programy wzmacniające pozytywne funkcjonowanie, w tym rozwijanie samoregulacji emocjonalnej, kontroli behawioralnej i funkcjonowania prospołecznego (Hammami i in., 2022). Również ważne jest szkolenie nauczycieli w zakresie rozpoznawania problemów emocjonalnych uczniów, jak i zapewnienie dostępu do specjalistów, takich jak psycholodzy i terapeuci, zwłaszcza w regionach, gdzie problemy emocjonalne są bardziej nasilone. Szkoły, będące pierwszym punktem kontaktu dla młodzieży doświadczającej problemów psychicznych, mogą wdrażać programy prewencyjne, rozwijać umiejętności społeczne i emocjonalne oraz zapewniać dostęp do profesjonalnego wsparcia niezależnie od statusu materialnego uczniów (Gunawardena i in., 2024). Ponadto partnerstwo z lokalnymi ośrodkami zdrowia psychicznego i innymi instytucjami może wspierać młodzież z bardziej złożonymi problemami, zwłaszcza żyjącej w ubóstwie. Istotnym problemem zdrowotnym młodzieży szkolnej są zaburzenia związane z masą ciała, co nie sprowadza się jedynie do nadwagi lub otyłości. Inne zagrożenia obejmują niedowagę, rozbieżności między masą ciała rzeczywistą i pożądaną, skutkujące negatywnym obrazem własnego ciała, czy nieuzasadnione nadwagą próby odchudzania się. W tym obszarze zagadnień sprawdzają się zarówno interwencje odgórne realizowane w ramach polityki zdrowotnej przy współdziałaniu wielu sektorów, jak i oddolne ukierunkowane na indywidualną edukację na temat diety, aktywności fizycznej, ograniczenia czasu ekranowego, odpowiedniej higieny snu i wypoczynku (Moore i in., 2022). Zakłada się oddziaływanie bezpośrednie na dziecko oraz na rodzinę, która modeluje wzorce zachowań. Interwencje odgórne mogą zmieniać środowisko, w którym żyje młodzież (dom, szkoła, szersze

- środowisko), poprzez wprowadzanie odpowiednich standardów (jak nakład godzinowy i jakość lekcji wychowania fizycznego) lub sprzyjanie zdrowszym wyborom (jak ograniczenie dostępności produktów żywieniowych typu HFSS) czy zmiany środowiskowe (jak kształtowanie przestrzeni rekreacyjnej, budowa ścieżek rowerowych). Wartą przypomnienia inicjatywą jest program HEPS (Simovska i in., 2010), który opracowany został w ramach szkół promujących jako przewodnik budowania własnej polityki prozdrowotnej na poziomie szkoły.
- W obszarze zachowań związanych ze zdrowiem omówiono w raporcie stosowanie używek, zachowania seksualne i uzależnienia od mediów. Skuteczne interwencje zapobiegające używaniu substancji przez młodzież, zarówno legalnych, jak i nielegalnych, powinny obejmować wzmocnienie egzekwowania istniejących przepisów, wprowadzenie skutecznych polityk podatkowych, np. minimalnych cen i podwyższania akcyz, może ograniczyć dostępność alkoholu, tytoniu i e-papierosów dla młodzieży. Istotne jest także egzekwowanie zakazu reklam i promocji wyrobów tytoniowych i e-papierosów w mediach tradycyjnych i społecznościowych. Z kolei w związku z rosnącą rolą mediów społecznościowych w życiu młodzieży rekomenduje się wprowadzenie ram regulacyjnych, które zapewniają dostęp do treści odpowiednich do wieku oraz wsparcie rodziców i edukatorów, które jest kluczowe w kształtowaniu bezpiecznych nawyków młodzieży w erze cyfrowej. Duże znaczenie może tu mieć oferta alternatywnych stymulujących form spędzania czasu na aktywnościach artystycznych, sportowych, turystycznych, społecznych dostępnych na różnym poziomie zaawansowania lub stworzenie przestrzeni, w której młodzież będzie mogła spotykać się i działać samodzielnie bądź pod kierunkiem mentorów. Wprowadzenie zasad dotyczących korzystania ze smartfonów w szkołach oraz programów edukacji medialnej pomoże młodym ludziom świadomie korzystać z technologii. Ważne jest, by rodzice i nauczyciele przygotowywali młodzież na wyzwania cyfrowe, pokazując szanse, ale i zagrożenia. Programy edukacji cyfrowej muszą być inkluzywne, dostosowane do różnych potrzeb edukacyjnych i dostępne dla wszystkich nastolatków, w tym tych z niepełnosprawnościami i z niższych warstw społeczno-ekonomicznych. Ponadto analiza zachowań seksualnych nastolatków wskazuje, że niezwykle ważne jest uwzględnienie indywidualnych różnic w tempie dojrzewania uczniów, aby skutecznie odpowiadać na powiązane z dojrzewaniem potrzeby edukacyjne.
8. Prezentowany raport stanowi dobry punkt wyjścia do ewaluacji nowego programu edukacji zdrowotnej w szkole. Zagadnienia ujęte w podstawie programowej nowego przedmiotu zawierają treści związane ze zdrowiem fizycznym, psychicznym, społecznym i środowiskowym, zachowaniami prozdrowotnymi (aktywnością fizyczną

i odżywianiem), profilaktyką uzależnień od substancji psychoaktywnych i innych behawioralnych. Nowy przedmiot może rozwijać umiejętności zdrowotne uczniów (w znaczeniu *health literacy*) oraz wzmacniać kompetencje cyfrowe służące zdrowiu. W raporcie szerzej omówiono postrzeganie przez uczniów dotychczasowej edukacji na temat dojrzewania i seksualności człowieka, co też jest przewidziane w nowych założeniach programowych i wzbudza najwięcej kontrowersji. Edukacja seksualna powinna być dostosowana do wieku i poziomu rozwoju uczniów, zgodnie z międzynarodowymi standardami, a jej efektywność systematycznie monitorowana. Ponadto nie powinna być ograniczona jedynie do zapobiegania ryzykom; powinna obejmować tematy takie jak świadoma zgoda, szacunek, równość płci, różnorodność osób LGBTQIA oraz wspieranie rozwoju kompetencji komunikacyjnych młodzieży w zakresie relacji seksualnych. Aby zapewnić wysoką jakość edukacji seksualnej, wskazane jest nie tylko dodatkowe szkolenie nauczycieli, ale także otwartość na współpracę ze specjalistami zewnętrznymi. Kluczowe pozostaje ponadto prowadzenie otwartego dialogu z młodzieżą, co pozwala lepiej rozumieć jej potrzeby, rozwiewać wątpliwości i wspierać w nabywaniu wiedzy w tym obszarze. Programy edukacyjne powinny być elastyczne i dostosowane do poziomu dojrzałości emocjonalnej oraz umysłowej uczniów, co umożliwi im lepsze przyswajanie informacji i umiejętności dotyczących zdrowia seksualnego.

9. Przeprowadzone badania dały też możliwość porównania uczniów województwa lubuskiego z próbą ogólnopolską młodzieży w tym samym wieku, ankietowanej dwa lata wcześniej w ramach polskiej edycji badań HBSC według tej samej metodologii. Interpretując te porównania, należy pamiętać, że badania ogólnopolskie realizowane były w końcowej fazie pandemii COVID-19. Planowana na rok szkolny 2025/26 następna edycja badań HBSC będzie okazją do kolejnych porównań. W tym miejscu jednak warto zwrócić uwagę na mocne i słabe strony uczniów z województwa lubuskiego. Korzystniejsze wyniki w porównaniu z próbą ogólnopolską dotyczyły szczególnie niższych wskaźników odczuwania lęku i samotności, opóźnienia inicjacji seksualnej oraz rzadszego picia alkoholu i upijania się. Z kolei mniej korzystny niż w skali całego kraju poziom badanych zjawisk zaobserwowano w województwie lubuskim w odniesieniu do wybranych dolegliwości psychosomatycznych: bóle pleców i trudności w zasypianiu, depresyjności, ocena klimatu społecznego szkoły, ocena partycypacji uczniów w życiu szkoły, aktywność fizyczna oraz palenie tradycyjnych papierosów i e-papierosów.
10. Zaprezentowany raport nie wyczerpuje pełnego potencjału zgromadzonych danych, a kolejne planowane opracowania obejmą pominięte zagadnienia, pogłębioną analizę uwarunkowań problemów zdrowotnych i społecznych uczniów lubuskich. Wzorem raportów HBSC warto zwrócić uwagę na społecznie uwarunkowane

nierówności w zdrowiu uczniów (w korelacji ze skalą FAS), na związek osiągnięć szkolnych z analizowanymi wskaźnikami czy związek tempa dojrzewania z samopoczuciem fizycznym i psychicznym oraz zachowaniami zdrowotnymi (Vijayakumar i in., 2024). Wnioski z dalszych analiz powinny stanowić wartościowe wsparcie dla decydentów i instytucji w kształtowaniu polityki zdrowotnej i edukacyjnej na przyszłość.

11. Warto też szerzej popularyzować już istniejące praktyczne rozwiązania, szczególnie jeśli są to programy o udowodnionej skuteczności. Można założyć, że wiele szkół już realizuje wartościowe programy autorskie lub według udostępnionych wzorców, jak również dostępne są scenariusze zajęć i strony internetowe, które mogą wspomagać lokalne działania.

Bibliografia

- Avramescu, R.G., Hernandez, G. & Flores, C. (2024). Rewiring the future: Drugs abused in adolescence may predispose to mental illness in adult life by altering dopamine axon growth. *Journal of Neural Transmission*, 131(4), 461-467. <https://doi.org/10.1007/s00702-023-02722-6> [dostęp: 8.01.2025].
- Badura, P., Eriksson, C., García-Moya, I., Löfstedt, P., Melkumova, M., Sotiroska, K., Wilson, M., Brown, J., Inchley, J. (2024). A focus on adolescent social contexts in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Vol. 7. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Bleakley, A., Ellithorpe, M. & Romer, D. (2016). The role of parents in problematic Internet use among US adolescents. *Media and Communication*, 4(3), 24-34. <https://doi.org/10.17645/mac.v4i3.523> [dostęp: 8.01.2025].
- Brown, T.A., & Keel, P.K. (2023). Eating disorders in boys and men. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19(1), 177-205. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-074125> [dostęp: 8.01.2025].
- Chen, Y., Haines, J., Charlton, B.M., VanderWeele, T.J. (2019). Positive parenting improves multiple aspects of health and well-being in young adulthood. *Nature Human Behaviour*, 7, 684-691.
- E-Pedagogika (2024). Edukacja zdrowotna od 1 września 2025 r. – MEN odpowiada na pytania. <https://epedagogika.pl/aktualnosci/edukacja-zdrowotna-od-1-wrzesnia-2025-r.-men-odpowiada-na-pytania-8504.html> [dostęp: 8.01.2025].
- Gunawardena, H., Leontini, R., Nair, S., Cross, S., Hickie, I. (2024). Teachers as first responders: classroom experiences and mental health training needs of Australian schoolteachers. *BMC Public Health* 2024 Jan 23, 24(1), 268.
- Hammami, N., Gobina, I., Lukoševičiūtė, J., Kostičová, M., Lyyra, N., Gariepy, G., Šmigel-skas, K., Baban, A., Malinowska-Cieślak, M., Elgar, F.J. (2022). Socioeconomic inequalities in adolescent health complaints: A multilevel latent class analysis in 45 countries. *Current Psychology*, Apr 1, 1-12.
- Lees, B., Meredith, L.R., Kirkland, A.E., Bryant, B.E., & Squeglia, L.M. (2020). Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 192, 172906. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2020.172906> [dostęp: 8.01.2025].

- McCormack, M., Pratt, M., Conway, T.L., Cain, K.L., Frank, L.D., Saelens, B.E., Glanz, K., Larsen, B.A., Bloss, C.S., Fox, E.H., Sallis, J.F. (2023). Availability of Recreation Facilities and Parks In Relation to Adolescent Participation in Organized Sports and Activity Programs. *Journal of Healthy Eating and Active Living* 3(1), 19-35.
- Moore, T.H.M., Tomlinson, E., Spiga, F., Higgins, J.P.T., Gao, Y., Caldwell, D.M., Nobles, J., Dawson, S., Ijaz, S., Savovic, J., Hodder, R.K., Wolfenden, L., Jago, R., Phillips, S., Hillier-Brown, F., Summerbell, C.D. (2022). Interventions to prevent obesity in children aged 12 to 18 years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD015330.
- OECD (2024). OECD Future of Education and Skills 2030. <https://www.oecd.org/en/about/projects/future-of-education-and-skills-2030.html> [dostęp: 8.01.2025].
- Partyka, O., Pajewska, M., Krysińska-Pisarek, M., Domosławska-Żylińska, K., Bulira-Pawelczyk, J., Czerw, A. (2019). Sin tax as a public health tool – strengths and weaknesses of this economic solution. *Przegląd Epidemiologiczny*, 73(4), 567-575.
- Rohatgi, A., Scherer, R. (2020). Identifying profiles of students' school climate perceptions using PISA 2015 data. *Large-scale Assessments in Education*, 8, 4.
- Simovska, V., Dadaczynski, K., Grieg Viig, N., Tjomsland, H.E., Bowker, S., Woynarowska, B., de Ruiter, S., Buijs, G. (2010). Narzędzie dla szkół HEPs. Przewodnik dla szkół dotyczący tworzenia szkolnej polityki zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa. <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/Teachers%20resources/heps-tool-for-schools-polish.pdf> [dostęp: 8.01.2025].
- Topór-Mądry, R., Stepaniak, U., Doryńska, A., Misiowiec, W., Brzezińska, E., Bentley, C., Pająk, A. (2017). Model badania potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym. [W:] Topór-Mądry R. (red.) *Model oceny potrzeb zdrowotnych w społecznościach lokalnych: metody i narzędzia*. Uniwersytet Jagielloński Kraków, 35-47. https://profibaza.pzh.gov.pl/sites/default/files/pliki/Archiwum/2_8/10_Ocena-potrzeb-zdrowotnych.pdf [dostęp: 8.01.2025].
- Vijayakumar, N., Youssef, G., Bereznicki, H., Dehestani, N., Silk, T.J., Whittle, S. (2023). The Social Determinants of Emotional and Behavioral Problems in Adolescents Experiencing Early Puberty. *Journal of Adolescent Health*, 74(4), 674-681.

WYKAZ SKRÓTÓW

ASQ	– <i>Adolescent Stress Questionnaire</i>
BMI	– <i>body mass index</i>
CBOS	– Centrum Badania Opinii Społecznej
DF	– <i>degrees of freedom</i>
ENHIS	– <i>European Health Interview Survey</i>
ESPAD	– <i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
FAS	– <i>family affluence scale</i>
GAD	– <i>general anxiety disorder</i>
GUS	– Główny Urząd Statystyczny
GYTS	– <i>Global Youths Tobacco Smoking Surve</i>
HBSC	– <i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
HEPS	– <i>Healthy Eating and Physical. Activity in Schools</i>
HFSS	– <i>high in fat, salt or sugar</i>
HL	– <i>health literacy</i>
HLSAC	– <i>health literacy for school-aged children</i>
LGBTQIA	– <i>lesbian gay bisexual transgender queer intersex asexual</i>
MVPA	– <i>moderate-to-vigorijs physical activity</i>
OECD	– <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
ORCID	– <i>open researcher and contributor ID</i>
PISA	– <i>Programme for International Student Assessment</i>
SCL	– <i>symptoms checklist</i>
SE-CHLA-Q	– <i>Self-efficacy Critical Health Literacy for Adolescents Questionnaire</i>
SHE	– <i>School for Health in Europe</i>
SMU	– <i>social media use</i>
SRH	– <i>self-rated health</i>
UE	– Unia Europejska
UZ	– Uniwersytet Zielonogórski
WDŻ	– <i>wychowanie do życia w rodzinie</i>
WHO	– <i>World Health Organization</i>
YRBS	– <i>Youth Risk Behaviour Survey</i>

WYKAZ TABEL

Tabela 1. Wiek ankietowanych w poszczególnych rocznikach.....	15
Tabela 2. Badani uczniowie wg grup wieku i powiatów.....	16
Tabela 3. Zakres tematyczny kwestionariusza badań	18
Tabela 4. Rozkład procentowy wyników w nauce i innych osiągnięć szkolnych w porównaniu z innymi uczniami w klasie w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9356)	31
Tabela 5. Rozkład procentowy wyników w nauce i innych osiągnięć szkolnych w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9345)	31
Tabela 6. Rozkład procentowy wyników oceny klimatu szkoły w populacji mło- dzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9281)	33
Tabela 7. Rozkład procentowy wyników oceny klimatu szkoły w zależności od po- wiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9267)	34
Tabela 8. Rozkład procentowy wyników stresu szkolnego w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9303)	35
Tabela 9. Rozkład procentowy wyników stresu szkolnego w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9294)	36
Tabela 10. Rozkład procentowy wyników bieżącego zadowolenia ze szkoły w po- pulacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9303)	37
Tabela 11. Rozkład procentowy wyników bieżącego zadowolenia ze szkoły w za- leżności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9294)	38
Tabela 12. Rozkład procentowy wyników poziomu zamożności rodzin ankieto- wanych uczniów w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9250).....	46

Tabela 13. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o wystarczającą ilość pieniędzy na własne wydatki w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9348)	47
Tabela 14. Rozkład procentowy odpowiedzi o posiadanie wystarczającej ilości pieniędzy na własne wydatki w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważne; N = 9333).....	48
Tabela 15. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o czas dojazdu do szkoły w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9394).....	48
Tabela 16. Rozkład procentowy wyników czasu dojazdu do szkoły w zależności od powiatu (dane ważne; N = 9376).....	49
Tabela 17. Rodzice wyjeżdżający do pracy poza miejscowość zamieszkania w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważne; N = 9275)	52
Tabela 18. Rozkład procentowy wyników uczestniczenia w lekcjach wychowania seksualnego w szkole młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9373).....	60
Tabela 19. Rozkład procentowy wyników uczestniczenia w lekcjach z wychowania seksualnego w szkole w zależności od powiatu (dane ważne; N = 9358)	61
Tabela 20. Rozkład procentowy wyników oceny przydatności wiedzy uzyskanej na lekcjach wychowania seksualnego wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 5210).....	62
Tabela 21. Rozkład procentowy wyników oceny przydatności wiedzy uzyskanej na lekcjach wychowania seksualnego w zależności od powiatu (dane ważne; N = 5143).....	63
Tabela 22. Preferowane źródła wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności wg płci ankietowanych (dane ważne – %).....	64
Tabela 23. Preferowane źródła wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności wg wieku ankietowanych (dane ważne – %).....	64
Tabela 24. Młodzież, która zaznaczyła wybrane źródła wiedzy na temat zdrowia, dojrzewania, seksualności w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważne).....	65
Tabela 25. Rozkład procentowy poziomu wsparcia ze strony rodziców w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9268)	76
Tabela 26. Rozkład procentowy wsparcia ze strony rodziców w zależności od powiatu (dane ważne; N = 9256)	76
Tabela 27. Rozkład procentowy poziomu wsparcia ze strony kolegów i koleżanek w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9294)	77
Tabela 28. Rozkład procentowy wsparcia ze strony kolegów i koleżanek w zależności od powiatu (dane ważne; N = 9285).....	78
Tabela 29. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o wagę samodzielności w podejmowaniu decyzji w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9328).....	87

Tabela 30. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o autonomię w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9313)	88
Tabela 31. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o partycypację w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9322)	88
Tabela 32. Rozkład procentowy wyników dotyczących podejmowania decyzji w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9389).....	89
Tabela 33. Rozkład procentowy wyników wskaźnika autonomii w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9390).....	90
Tabela 34. Rozkład procentowy wyników partycypacji w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9391).....	91
Tabela 35. Rozkład procentowy poziomu kompetencji zdrowotnych wg HLSAC-5 w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9164)	101
Tabela 36. Rozkład procentowy poziomu kompetencji zdrowotnych wg HLSAC-5 w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9267)	101
Tabela 37. Rozkład procentowy poziomu kompetencji zdrowotnych wg SE-CHLA-Q w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9164)	103
Tabela 38. Rozkład procentowy poziomu kompetencji zdrowotnych według SE-CHLA-Q w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9267).....	103
Tabela 39. Rozkład procentowy samooceny zdrowia wg SRH w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9387)	114
Tabela 40. Rozkład procentowy samooceny zdrowia wg SRH w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9366)	115
Tabela 41. Rozkład procentowy nasilenia dolegliwości psychosomatycznych w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9387)	116
Tabela 42. Rozkład procentowy nasilenia dolegliwości psychosomatycznych w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9366).....	117
Tabela 43. Rozkład procentowy wyników lęku według GAD-7 w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9133)	127
Tabela 44. Rozkład procentowy wyników samooceny nastroju według WHO-5 w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9222)	128
Tabela 45. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o częstość poczucia samotności w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9311)	129
Tabela 46. Rozkład procentowy wyników lęku według GAD-7 w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9141)	129
Tabela 47. Rozkład procentowy wyników samooceny nastroju według WHO-5 w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9215)	130
Tabela 48. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o częstotliwość poczucia samotności w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9287).....	131

Tabela 49. Rozkład procentowy wartości BMI w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 8746)	139
Tabela 50. Rozkład procentowy wartości BMI w zależności od powiatu (dane ważone; N = 8736)	139
Tabela 51. Rozkład procentowy obrazu własnego ciała w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9295)	140
Tabela 52. Rozkład procentowy obrazu własnego ciała w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9301)	141
Tabela 53. Rozkład procentowy zachowań związanych z redukcją masy ciała w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9356)	142
Tabela 54. Rozkład procentowy zachowań związanych z redukcją masy ciała w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9342)	143
Tabela 55. Rozkład procentowy poziomu aktywności fizycznej wg MVPA w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9306)	144
Tabela 56. Rozkład procentowy poziomu aktywności fizycznej wg MVPA w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9284)	145
Tabela 57. Rozkład procentowy odpowiedzi o przebieg tempa dojrzewania na tle rówieśników wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9317)	156
Tabela 58. Rozkład procentowy deklarowanego podjęcia współżycia seksualnego wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 5400)	156
Tabela 59. Rozkład procentowy deklarowanego wieku pierwszego współżycia seksualnego wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 1319)	157
Tabela 60. Rozkład procentowy deklarowanego użycia prezerwatywy podczas współżycia seksualnego wśród młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 1319) ...	158
Tabela 61. Rozkład procentowy podjęcia współżycia seksualnego w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 5400)	158
Tabela 62. Rozkład procentowy wyników problemowego używania mediów społecznościowych wg SMU w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9074)	166
Tabela 63. Rozkład procentowy wyników problemowego używania mediów społecznościowych wg SMU wg powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 9073)	167
Tabela 64. Rozkład procentowy częstości picia alkoholu w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9322)	176
Tabela 65. Rozkład procentowy częstości picia alkoholu w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9348)	176
Tabela 66. Rozkład procentowy częstości upijania się w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9354)	178
Tabela 67. Rozkład procentowy częstości upijania się w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9336)	179

Tabela 68. Rozkład procentowy częstości palenia tradycyjnych papierosów w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9370)	180
Tabela 69. Rozkład procentowy częstości palenia tradycyjnych papierosów w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9313)	181
Tabela 70. Rozkład procentowy częstości palenia e-papierosów w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 9362).....	182
Tabela 71. Rozkład procentowy częstości palenia e-papierosów w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 9339)	182
Tabela 72. Rozkład procentowy częstości używania marihuany w całym życiu w populacji młodzieży lubuskiej (dane surowe; N = 5497).....	183
Tabela 73. Rozkład procentowy częstości używania marihuany w całym życiu w zależności od powiatu (dane ważone; N = 6199)	184

WYKAZ RYCIN

Rycina 1. Selekcja materiału zebranego systemem Webankiety.	14
Rycina 2. Struktura próby wg powiatów lokalizacji szkoły w porównaniu z populacją dzieci w powiatach	17
Rycina 3. Porównanie rozkładu wyników w nauce młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach).....	33
Rycina 4. Porównanie rozkładu wyników oceny klimatu szkoły młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)	35
Rycina 5. Porównanie rozkładu wyników stresu szkolnego młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)	37
Rycina 6. Porównanie oceny środowiska szkolnego w powiatach według rang.....	39
Rycina 7. Odsetek uczniów z województwa lubuskiego odczuwających silny stres szkolny w zależności od ich percepcji klimatu szkoły	40
Rycina 8. Rodzice wyjeżdżający do pracy poza miejscowość zamieszkania (N = 9302)	50
Rycina 9. Czas rozłąki z rodzicem wyjeżdżającym do pracy poza miejscowość zamieszkania (N = 2959)	51
Rycina 10. Udział procentowy ojców pracujących za granicą wśród wyjeżdżających w celach zarobkowych do pracy w zależności od powiatu lokalizacji szkoły (dane ważone; N = 2688).....	53
Rycina 11. Porównanie wskaźników poziomu zamożności rodzin wg skali FAS w województwie lubuskim z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach).....	54
Rycina 12. Porównanie udziału rodziców wyjeżdżających poza miejsce zamieszkania w województwie lubuskim z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach).....	54

Rycina 13. Porównanie pozytywnych wskaźników wychowania do życia w rodzinie w powiatach według uśrednionej rangi.....	66
Rycina 14. Porównanie problemów w obszarze wsparcia społecznego w zależności od powiatu lokalizacji szkoły według uśrednionej rangi.....	79
Rycina 15. Poziom odczuwanego wsparcia ze strony kolegów i koleżanek w zależności od relacji z rodzicami.....	80
Rycina 16. Porównanie oceny autonomii uczniów w powiatach według rang.....	92
Rycina 17. Porównanie wskaźników partycypacji w życiu szkoły uczniów w województwie lubuskim z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)	93
Rycina 18. Porównanie rozkładu kompetencji zdrowotnych wg HLSAC-5 młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)	102
Rycina 19. Porównanie deficytów kompetencji zdrowotnych uczniów w powiatach według uśrednionej rangi	104
Rycina 20. Porównanie problemów zdrowotnych uczniów w powiatach według uśrednionej rangi.....	118
Rycina 21. Porównanie rozkładu nasilenia dolegliwości psychosomatycznych młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)	119
Rycina 22. Częstość zgłaszania poszczególnych dolegliwości SCL w dwóch próbach (dane ważone).....	120
Rycina 23. Porównanie problemów zdrowia psychicznego w zależności od powiatu lokalizacji szkoły według uśrednionej rangi	132
Rycina 24. Porównanie wskaźników zdrowia psychicznego młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)	133
Rycina 25. Intencje redukcji masy ciała w zależności od płci i poziomu BMI	143
Rycina 26. Porównanie problemów zdrowotnych związanych z masą ciała w powiatach według rang	146
Rycina 27. Porównanie rozkładu wyników związanych ze zdrowiem uczniów lubuskich z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)	147
Rycina 28. Odbycie inicjacji seksualnej w zależności od tempa dojrzewania.....	159
Rycina 29. Porównanie deklarowanej inicjacji seksualnej wśród chłopców z województwa lubuskiego z próbą ogólnopolską HBSC 2022	160
Rycina 30. Porównanie deklarowanej inicjacji seksualnej wśród dziewcząt z województwa lubuskiego z próbą ogólnopolską HBSC 2022	160
Rycina 31. Rozkład procentowy odpowiedzi „tak” na pytania problemowego używania mediów społecznościowych wg SMU w populacji młodzieży lubuskiej ...	166
Rycina 32. Porównanie problemowego używania mediów społecznościowych w powiatach województwa lubuskiego.....	168

Rycina 33. Porównanie wskaźników problemowego używania mediów społeczno- ściowych młodzieży lubuskiej z próbą ogólnopolską HBSC 2022 (dane ważone w obu próbach)	169
Rycina 34. Zróżnicowanie powiatów pod względem częstości używania substancji psychoaktywnych przez młodzież	185
Rycina 35. Odsetki młodzieży używającej kiedykolwiek w życiu wybranych sub- stancji psychoaktywnych, porównanie wyników ogólnopolskich z badaniem lubuskim (dane ważone w obu próbach)	186

ANEKS – GŁÓWNE ANALIZOWANE WSKAŹNIKI

Wskaźnik	Źródło
Odsetek młodzieży, która uważa, że jej osiągnięcia w nauce są gorsze niż dobre	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która niekorzystnie postrzega klimat społeczny szkoły*	Skala z 4 pytań z protokołu HBSC utworzona na potrzeby raportu
Odsetek młodzieży, która wykazuje podwyższony poziom stresu związanego z nauką	Skala Adolescent Stress Questionnaire (ASQ) zaadaptowana do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży niewykazującej zadowolenia z przebywania w szkole	Pytanie KIDSCREEN-27
Odsetek młodzieży wychowującej się w rodzinach względnie biednych	Family Affluence Scale (FAS) z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży nieposiadającej pieniędzy na własne wydatki	Pytanie KIDSCREEN-27
Odsetek młodzieży posiadającej co najmniej jednego rodzica pracującego poza miejscem zamieszkania	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży doświadczającej dłuższej rozłąki z rodzicami z powodu ich pracy poza miejscem zamieszkania	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży dojeżdżającej do szkoły dłużej niż 30 minut	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży nieuczestniczącej w lekcjach wychowania seksualnego w szkole	Pytanie nowe włączone do badań lubuskich
Odsetek młodzieży uważającej, że wiedza uzyskana na zajęciach z wychowania seksualnego nie była przydatna	Pytanie nowe włączone do badań lubuskich
Odsetek młodzieży uznającej wsparcie ze strony rodziców za niskie*	Skala na bazie 3 pytań KIDSCREEN-27
Odsetek młodzieży uznającej wsparcie ze strony kolegów i koleżanek za niskie*	Skala na bazie 3 pytań KIDSCREEN-27

Odsetek młodzieży deklarującej niski poziom decyzyjności*	Mental Health Literacy (MHLS-9) włączone do badań lubuskich
Odsetek młodzieży deklarującej niski poziom autonomii*	Skala na bazie 3 pytań KIDSCREEN-27
Odsetek młodzieży deklarującej niski poziom partycypacji w życiu szkoły*	Skala z 3 pytań z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży mającej niski poziom kompetencji zdrowotnych	Skala HLSAC-5 opracowana do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży mającej niski poziom zdolności do krytycznego myślenia*	Skala Critical Health Literacy for Adolescents Questionnaire (CHLA-Q) włączona do badań lubuskich
Odsetek młodzieży uznającej swoje zdrowie za gorsze niż dobre	Pytania o self-rated health (SRH) z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej częściej niż raz w tygodniu bóle głowy	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej częściej niż raz w tygodniu bóle pleców	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej częściej niż raz w tygodniu bóle brzucha	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej częściej niż raz w tygodniu zawroty głowy	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej częściej niż raz w tygodniu przygnębienie	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej częściej niż raz w tygodniu rozdrażnienie lub zły humor	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej częściej niż raz w tygodniu zdenerwowanie	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej trudności z zasypianiem	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej dwie lub więcej z ośmiu podanych symptomów częściej niż raz w tygodniu zawroty głowy	Skala <i>Symptoms Checklist</i> (SCL) z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży odczuwającej podwyższony poziom lęku	Skala General Anxiety Disorder (GAD-7) włączona do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży wykazującej nastrój depresyjny	Skala WHO-5 włączona do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży często odczuwającej samotność	Pytanie KIDSCREEN-27
Odsetek młodzieży z nadwagą lub otyłością wg kryteriów IOTF	Na podstawie deklarowanej masy ciała i wysokości – pytania z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży z otyłością wg kryteriów IOTF	Na podstawie deklarowanej masy ciała i wysokości – pytania z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży z niedowagą wg kryteriów IOTF	Na podstawie deklarowanej masy ciała i wysokości – pytania z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży postrzegającej się jako osobę zbyt grubą	Pytanie z protokołu HBSC

Odsetek młodzieży z masą ciała w normie, która stosuje dietę lub robi coś innego, aby schudnąć	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży niespełniającej kryterium minimalnej zalecanej aktywności fizycznej	Pytanie o MVPA (<i>Moderate-to-Vigorous Physical Activity</i>) włączone do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która przeszła inicjację seksualną	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która przeszła inicjację seksualną przed 16. rokiem życia	Pytanie z protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która uważa, że tempo jej dojrzewania było szybsze niż u rówieśników tej samej płci	Pytanie z wcześniejszego protokołu HBSC (2005/06) bez możliwości porównań
Odsetek młodzieży, która uważa, że tempo jej dojrzewania było wolniejsze niż u rówieśników tej samej płci	Pytanie z wcześniejszego protokołu HBSC (2005/06) bez możliwości porównań
Odsetek młodzieży, która wykazuje symptomy uzależnienia od mediów społecznościowych	Skala Problematic Social Media Use (SMU) włączona do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która piła alkohol kiedykolwiek w życiu	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która upiła się kiedykolwiek w życiu	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która paliła tradycyjne papierosy kiedykolwiek w życiu	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która paliła e-papierosy kiedykolwiek w życiu	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która używała marihuanę kiedykolwiek w życiu	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która częściej piła alkohol (więcej niż w 2 dniach w życiu)	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która upiła się częściej niż 1 raz w życiu	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która paliła tradycyjne papierosy kiedykolwiek w życiu**	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która paliła e-papierosy kiedykolwiek w życiu**	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC
Odsetek młodzieży, która używała marihuanę kiedykolwiek w życiu**	Pytanie z badań ESPAD zaadaptowane do protokołu HBSC

*umownie przyjęte punkty odcięcia dla niekorzystnego poziomu skali

**z wyłączeniem sporadycznego eksperymentowania, odpowiedź 3-5 dni lub częściej

SUMMARY

How do schoolchildren live and what do they think about their health?

The objective of this report is to present selected findings of a survey conducted among schoolchildren in the Lubuskie Province at the end of the 2023/24 academic year. This study was executed by the Department of Medical Humanization and Sexology within the Institute of Health Sciences at the University of Zielona Góra as an internal project, financed by the Institute of Health Sciences of UZ. The study aims to assess young people's self-perception of health, estimate their level of health competence and other selected health-promoting resources, and measure the prevalence of health-promoting and risk-taking behaviors among youth residing in Lubuskie Province. This report identifies and analyzes key challenges and needs among the province's youth in areas including education, mental health, and social support, with particular attention to factors such as school-related stress, regional disparities in access to resources, the impact of parental migration for work, and the deficiency of comprehensive health and sex education. The report also emphasizes the increasing need for student autonomy and health competence, which is particularly relevant for the prevention of physical and mental health issues.

This report aims to:

- Determine the prevalence of health-related phenomena among schoolchildren in the Lubuskie Province;
- Compare health indicators by gender and age among respondents;
- Compare health indicators by the county of the schools' locations;

- Compare selected health indicators of schoolchildren in the Lubuskie Province with a national sample of students from equivalent grades surveyed in 2022 as part of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study.

The study was designed to include three school years, consistent with those covered in the Polish edition of the international HBSC survey: 7th grade of elementary school, and 1st and 3rd grades of secondary school (general high schools and technical high schools). All schools were invited to participate in the survey via the Provincial Education Superintendent. Data collection was conducted online using the *Webankieta* platform (www.webankieta.pl), and the survey design and methodology received approval from the Research Ethics Committee of the University of Zielona Góra.

The final dataset comprises responses from 9,411 students, representing approximately 30% of the school population in the surveyed grade levels within the Lubuskie Province. The sample distribution by school year was uneven, with a predominance of younger students. The sample used for further analysis included 3,871 (41.2%) 7th-grade students from elementary schools, 3,485 (37.1%) 1st-grade secondary school students, and 2,055 (21.8%) 3rd-grade secondary school students. Data were categorized by counties according to the location of the schools attended by the respondents, with participating schools remaining anonymous.

The survey questionnaire was developed to align with the main objectives of the project, including establishing a comprehensive information system on youth health and lifestyle and providing a foundation for planning school-based health education and promotion programs. The questionnaire consisted of 63 questions or sets of questions, organized into 11 thematic blocks with corresponding titles. Additionally, an extra module the KIDSCREEN-27 health-related quality of life questionnaire was partially used in this report, with the entire questionnaire to be discussed in a subsequent publication. Most questions were designed to apply to all three age groups, although fewer questions were posed to 13-year-olds, omitting topics on marijuana use and sexual behavior. An appendix lists 52 key indicators reflecting health or social issues among schoolchildren.

The report is divided into four parts, each containing three chapters. The subsequent sections address: the social context of children's and adolescents' development with a particular focus on family and school; personal resources that contribute to health; self-assessed health status and health-promoting behaviors; and risk behaviors. Each chapter provides detailed explanations of the origins of the questions or scales used and guidance on interpreting the results.

This report compares the results of the Lubuskie survey with a national sample of 5,495 students from the same grade levels surveyed in 2022 as part of the Polish edition of the HBSC study. The comparability of the 2022 HBSC survey data with the current

Lubuskie survey is supported by the use of identical procedures, including an online survey administered via *Webankieta* during school hours and similar phrasing for most questions. It is noteworthy, however, that the 2022 data collection occurred during the final phase of the COVID-19 pandemic, which may have influenced responses. In the preliminary analysis stage, a weighting system was developed to adjust for differences in the sample structure between the 2022 national dataset and the 2024 Lubuskie dataset, allowing for comparisons across 40 of the 52 key health and social indicators, as well as several positive indicators.

The same methodology was applied to compare results across counties. A unique feature of this report is the representation of differences between counties, with regional variations in 10 subject areas illustrated on maps. This approach extends beyond the usual rural-versus-urban comparisons in public health reports, potentially providing local authorities with insights into each county's strengths and weaknesses.

In accordance with the conventions of HBSC reports, data are presented for six detailed age groups, acknowledging the dynamic changes occurring during this stage of life. Although presenting aggregate indicators for the three age groups often holds less analytical value, they are included here for HBSC data comparisons as weighted measures, assuming equal representation by gender and age among respondents. Notable strengths and weaknesses for Lubuskie students were observed. Favorable results were noted for indicators such as experiencing anxiety and loneliness, early sexual initiation, and alcohol consumption patterns. Less favorable results were seen for selected psychosomatic symptoms (e.g., back pain, sleep disturbances), levels of depressive symptoms, perceptions of the school's social climate, participation in school life, physical activity, and rates of smoking (both traditional and e-cigarettes).

Each chapter concludes with a summary of key findings and insights that enhance understanding of the issues discussed. The final chapter offers practical implications, supporting application in scientific, policymaking, educational, and social action contexts. The study's findings indicate that comprehensive support measures can significantly impact the emotional and social development of students, underscoring the importance of implementing relevant educational, therapeutic, and preventive programs. Recommendations emphasize the role of family and school as primary environments supporting young people's health and development, with special attention needed for the transition period from elementary to secondary school, when stress levels often increase, and self-evaluations of achievement tend to decrease. Moreover, adapting activities to local specificities and strengthening collaboration between educational, health, and community institutions are essential steps toward building a more inclusive and supportive environment for young people.

While this report presents a comprehensive preliminary analysis, it does not fully utilize the potential of the collected data. Further analyses are anticipated to provide a more nuanced understanding of the phenomena under study and to reveal previously unexplored trends and interdependencies among the various areas examined.

O AUTORACH

prof. dr hab. Zbigniew Izdebski (ORCID: 0000-0003-0165-1860) – pedagog, seksuolog, doradca rodzinny, specjalista w zakresie zdrowia publicznego. Kierownik Katedry Humanizacji Medycyny i Seksuologii Instytutu Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. W latach 2005-2012 Dziekan Wydziału Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu UZ. Kierownik Katedry Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego. Od 2019 r. przewodniczący Rady Naukowej Dyscypliny Pedagogika na UW. Od października 2023 r. koordynator Wydziału Medycznego UW. W latach 2014-2015 pełnomocnik Rektora ds. utworzenia kierunku lekarskiego na UZ. Pełnił funkcję koordynatora i przewodniczącego zespołu ds. opracowania programów studiów na kierunku lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego oraz koordynatora zespołu ds. infrastruktury medycznej. Koordynator międzyresortowego zespołu ds. opracowania przedmiotu szkolnego edukacja zdrowotna. Ekspert WHO ds. pracy z ofiarami przemocy seksualnej. Od 2010 r. jest stałym współpracownikiem naukowym Instytutu ds. Badań nad Seksem, Płciowością i Prokreacją im. Kinsey’a na Uniwersytecie Indiana w USA. W latach 2005-2011 Sekretarz Naukowy Polskiej Akademii Medycyny. Odznaczony złotym medalem Światowej Akademii Medycyny Alberta Schweitzera za humanizację medycyny. W 2024 r. odznaczony medalem Magnusa Hirschfelda za szczególne zasługi w dziedzinie badań nad seksualnością człowieka i edukacją seksualną.

dr hab. Joanna Mazur (ORCID: 0000-0002-3937-7230) ma wykształcenie uniwersyteckie w zakresie demografii, ekonometrii i statystyki, podyplomowe z zarządzania projektami badawczymi, doktorat z epidemiologii oraz habilitację z nauk o zdrowiu uzyskaną na Uniwersytecie Jagiellońskim. Od początku pracy zawodowej była związana z Instytutem Matki i Dziecka, a od 2019 r. pracuje jako profesor uczelni w Katedrze Humanizacji Medycyny i Seksuologii Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego oraz od 2024 r. jako koordynator ds. epidemiologii i biostatystyki w projekcie badawczym

finansowanym przez ABM realizowanym na Uniwersytecie Warszawskim. Stale współpracuje z Fundacją Instytutu Matki i Dziecka w ramach projektów Erasmus+ i UNICEF oraz z redakcją „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health”. Zajmuje się budową i adaptacją skal mierzących różne aspekty zdrowia i zachowań zdrowotnych oraz wdrażaniem zaawansowanych metod statystycznych w badaniach z pogranicza medycyny i nauk społecznych. Kierowała licznymi projektami badawczymi, w tym we współpracy międzynarodowej budową polskiej wersji kwestionariuszy do badania jakości życia związanej ze zdrowiem KIDSCREEN oraz była krajowym koordynatorem badań HBSC w Polsce w latach 2004-2018 (www.hbsc.org). Jest autorką ponad 500 prac, w tym artykułów naukowych, popularnonaukowych, monografii i rozdziałów w podręcznikach akademickich.

dr Joanna Dec-Pietrowska (ORCID: 0000-0003-0915-9977) – doktor nauk humanistycznych, absolwentka pedagogiki terapeutycznej WSP w Zielonej Górze oraz Podyplomowych Studiów Wychowania Seksualnego Uniwersytetu Warszawskiego. Pracuje jako adiunktka w Katedrze Humanizacji Medycyny i Seksuologii Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. Członkini zespołu badawczego w projekcie dotyczącym zdrowia seksualnego i prokreacyjnego realizowanego na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Ekspertka, konsultantka i trenerka WHO w zakresie wsparcia i pomocy jednostek ochrony zdrowia w odniesieniu do problematyki przemocy seksualnej i *gender based violence*. Jest certyfikowaną trenerką edukatorów seksualnych, certyfikowaną doradczynią HIV/AIDS, certyfikowaną edukatorką w zakresie psychospołecznych aspektów epidemii HIV/AIDS oraz zarządzania wolontariatem. Uzyskała certyfikat doradcy rodzinnego. Naukowo, teoretycznie i praktycznie zajmuje się edukacją seksualną, outreachworkingiem, prawami seksualnymi i reprodukcyjnymi, profilaktyką HIV, gender oraz poradnictwem dla osób z grup marginalizowanych. Autorka publikacji naukowych i popularnonaukowych z zakresu zdrowia publicznego, seksuologii i pedagogiki.

dr Alicja Kozakiewicz (ORCID: 0000-0001-6490-2511) – doktor nauk medycznych i nauk o zdrowiu, psycholog, psychoterapeutka poznawczo-behawioralna w trakcie certyfikacji, adiunktka w Katedrze Humanizacji Medycyny i Seksuologii Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego, członkini zespołu badawczego w projekcie dotyczącym zdrowia seksualnego i prokreacyjnego realizowanego na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Absolwentka studiów podyplomowych na kierunku seksuologia kliniczna – opiniowanie, edukacja, terapia, realizowanych na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Ekspertka WHO ds. odpowiedzi sektora ochrony zdrowia na przemoc wobec kobiet. Autorka publikacji naukowych oraz uczestniczka szkoleń i konferencji polskich i międzynarodowych z zakresu nauk o zdrowiu, psychologii oraz seksuologii.

mgr Maciej Białorudzki (ORCID: 0000-0001-8291-5543) – dietetyk kliniczny, pracownik katedry Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Instytutu Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego oraz Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego. Dietetyk w Szpitalu Uniwersyteckim w Zielonej Górze. Członek zespołów badawczych, koordynator i współwykonawca projektów badawczych dotyczących zdrowia i seksualności finansowanych m.in. przez Agencję Badań Medycznych. Współpracuje z organizacjami związanymi ze zdrowiem: WHO, Ministerstwem Zdrowia, Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Członek rady fundacji Ius Medicinæ. Konsultant w zakresie zdrowia fizycznego w opracowywaniu aplikacji zdrowotnych. Autor i współautor monografii i publikacji naukowych, uczestnik szkoleń i konferencji polskich i międzynarodowych z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz seksuologii.

mgr Katarzyna Porwit (ORCID: 0000-0002-2924-1268) – absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego, ukończyła również studia podyplomowe z psychologii zmiany postaw i zachowań, współczesnych migracji międzynarodowych oraz metod statystycznej analizy danych. Obecnie badaczka stowarzyszona Ośrodka Badań nad Migracjami Uniwersytetu Warszawskiego. Członkini zespołów w dwóch projektach Horizon Europe poświęconych migrantom o nieuregulowanym statusie oraz wzmocnieniu dialogu na temat polityki i strategii migracyjnych. Koordynatorka ponad 10 projektów badawczych nad imigracją do Polski, głównie ukraińską, opartych na sondażach realizowanych metodami PAPI (*Respondent Driven Sampling*), CATI i CAWI. Członkini Zarządu Fundacji Ośrodek Badań nad Migracjami. Należy do polskiego zespołu sieci HBSC realizującej międzynarodowe badanie dzieci w wieku szkolnym.

Badania stylu życia oraz zachowań i postaw związanych ze zdrowiem są doskonałą metodą skutecznie uzupełniającą i opisującą wskaźniki zdrowia populacji. Metoda ta od ponad trzech dekad jest stosowana w Polsce w odniesieniu do nastolatków, zwłaszcza będących w okresie dojrzewania i dorastania.

Monitorowanie czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży to kluczowa strategia umożliwiająca planowanie działań profilaktycznych. Analiza wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych pozwala na wskazanie obszarów związanych ze zdrowiem i stylem życia, które wymagają interwencji, jak również na wyłonienie grup o największym ryzyku zaburzeń zdrowia – zarówno fizycznego, jak i psychicznego.

Celem niniejszego badania [...] była analiza samooceny zdrowia młodych ludzi, oszacowanie poziomu ich kompetencji zdrowotnych i innych wybranych zasobów prozdrowotnych oraz diagnoza rozpowszechnienia zachowań związanych ze zdrowiem i ryzykownych dla zdrowia wśród młodzieży zamieszkującej województwo lubuskie.

Z recenzji dr hab. n. med. Anny Oblacińskiej, prof. IMiD

