

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

**STAN ZDROWIA MŁODZIEŻY SZKOLNEJ
W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM**

CZĘŚĆ 3

ZASOBY WZMACNIAJĄCE ZDROWIE

**RAPORT Z BADAŃ INTERNETOWYCH
PRZEPROWADZONYCH W 2011 r.**

(Wersja 1.4)

SEJMIK WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

OPOLE, czerwiec 2012

Opracowanie:

Dr n. medycznych Joanna Mazur

Dr n. pedagogicznych Agnieszka Małkowska-Szkućnik

Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży

Instytut Matki i Dziecka

Warszawa 2012

Spis treści

1. Wprowadzenie.....	4
2. Zakres raportu.....	10
3. Wyniki.....	21
3.1. Czynniki rodzinne.....	21
3.1.1. Obecność rodziców.....	21
3.1.1.1. Zastosowane pytania.....	21
3.1.1.2. Rozkład odpowiedzi.....	22
3.1.1.3. Korelacja ze zdrowiem	24
3.1.1.4. Korelacja z zachowaniami.....	26
3.1.2. Zamożność rodziny.....	31
3.1.2.1. Zastosowane pytania.....	31
3.1.2.2. Rozkład odpowiedzi.....	32
3.1.2.3. Korelacja ze zdrowiem.....	33
3.1.2.4. Korelacja z zachowaniami.....	35
3.1.3. Zaangażowanie rodziny.....	37
3.1.3.1. Zastosowane pytania.....	37
3.1.3.2. Rozkład odpowiedzi.....	38
3.1.3.3. Korelacja ze zdrowiem.....	40
3.1.3.4. Korelacja z zachowaniami.....	42
3.1.4. Bezpieczeństwo w domu.....	52
3.1.4.1. Zastosowane pytania.....	52
3.1.4.2. Rozkład odpowiedzi.....	53
3.1.4.3. Korelacja ze zdrowiem.....	56
3.1.4.4. Korelacja z zachowaniami.....	57
3.2. Czynniki indywidualne.....	61
3.2.1. Umiejętności rozwiązywania problemów.....	61
3.2.1.1. Zastosowane pytania.....	61
3.2.1.2. Rozkład odpowiedzi.....	62
3.2.1.3. Korelacja ze zdrowiem.....	63
3.2.1.4. Korelacja z zachowaniami.....	64
3.2.2. Osiągnięcia szkolne.....	78
3.2.2.1. Zastosowane pytania.....	78
3.2.2.2. Rozkład odpowiedzi.....	79
3.2.2.3. Korelacja ze zdrowiem.....	81
3.2.2.4. Korelacja z zachowaniami.....	82
3.2.3. Praca nastolatków.....	92
3.2.3.1. Zastosowane pytania.....	92
3.2.3.2. Rozkład odpowiedzi.....	93
3.2.3.3. Korelacja ze zdrowiem.....	97
3.2.3.4. Korelacja z zachowaniami.....	98
4. Podsumowanie.....	102

1. Wprowadzenie

Niniejszy raport jest trzecią z cyklu publikacją odnoszącą się do wyników badań internetowych przeprowadzonych wśród młodzieży z województwa opolskiego w 2011 r. Jest on jednocześnie ostatnią częścią prezentującą wyniki niniejszych badań. Pierwsza część wyników została zawarta w raporcie nr 1 pt. „Stan zdrowia psychicznego i zachowania problemowe” (listopad 2011r.). Część drugą badań przedstawiono w raporcie nr 2 pt. „Zdrowie fizyczne i zachowania zdrowotne” (marzec 2012 r.).

Badania przeprowadzono wśród 3583 nastolatków w wieku 13-18 lat z 38 wylosowanych szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych różnych powiatów województwa opolskiego. Ogółem zbadano 1927 uczniów gimnazjum i 1656 uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Stratyfikacji dokonano ze względu na lokalizację szkoły – Opole, miasto będące siedzibą powiatu, inne miasto oraz wieś. Badanie przeprowadzono równocześnie z analogicznym badaniem prowadzonym w pięciu innych regionach kraju. Dało to możliwość porównania wyników uzyskanych przez uczniów z województwa opolskiego z nastolatkami z pozostałych regionów w Polsce. Prezentując dane zawarte w raporcie dokonano zatem porównania danych uzyskanych w województwie opolskim z próbą ogólnopolską z pozostałych 5 województw. Posługiwano się danymi ważonymi.

W badaniu zastosowano kwestionariusz CHIP-AE (*Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition*) należący do rodziny kwestionariuszy CHIP. Został on opracowany w latach 90. XX wieku w USA w John Hopkins University. Kwestionariusz składa się z sześciu głównych wymiarów: zadowolenie, dolegliwości, czynniki ochronne, czynniki ryzyka, osiągnięcia, choroby. Wymiary indeksowane są w dwudziestu skalach częściowych. Młodzież przeważnie odpowiada z perspektywy ostatnich 4 tygodni, a kategorie odpowiedzi są ujednolicone w blokach tematycznych. Badania stawią etap adaptacji kwestionariusza CHIP-AE w Polsce i są koordynowane przez zespół badaczy z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

Podobnie jak w poprzednich raportach, także i tym razem chcemy podkreślić, że badania zostały zrealizowane przez Internet, co dało możliwość zebrania danych od dużej liczby uczniów przy minimalnym nakładzie finansowym. Mamy nadzieję, że wyniki zrealizowanych badań przyczynią się do zwiększenia wiedzy o młodzieży

z województwa opolskiego, wpłyną na poprawę skuteczności oddziaływań profilaktycznych, a przede wszystkim uwidocznia obszary, które wymagają interwencji.

Pragniemy serdecznie podziękować wszystkim osobom zaangażowanym w realizację badań na terenie województwa opolskiego, a w szczególności nauczycielom, którzy przeprowadzali je w szkołach.

Koncepcja zasobów wzmacniających zdrowie

Treści zawarte w prezentowanym raporcie dotyczące zasobów wzmacniających zdrowie odnoszą się do koncepcji *resilience*. W ostatnich latach, wśród naukowców badających rozwój dzieci i młodzieży i warunkujące go czynniki, wzrosło zainteresowanie zjawiskiem dobrego funkcjonowania dziecka mimo przeciwności losu, kłopotów i stresujących wydarzeń. Próbą wyjaśnienia właściwego funkcjonowania jednostki mimo niekorzystnych warunków życia jest właśnie koncepcja *resilience*¹.

W języku polskim nie ma jednego terminu właściwie tłumaczącego termin *resilience*. Najczęściej jest on tłumaczony jako: elastyczność, sprężystość, prężność, odporność, zdolność regeneracji sił². I. Heszen i H. Sęk definiują *resilience* jako „zespół umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem o dużym nasileniu, polegającym na giętkim (elastycznym), twórczym radzeniu sobie z przeciwnościami; główną rolę odgrywa tu zdolność do oderwania się (*bogunce-back*) od negatywnych doświadczeń i zdolności do wzbudzania pozytywnych emocji”³.

W pracach dotyczących definiowania *resilience* spotkać można porównania tego terminu do umiejętności szybkiego odzyskiwania równowagi lub elastycznego powrotu do stanu wyjściowego. W jednej z takich publikacji posłużono się wierszem W. Młynarskiego aby lepiej zobrazować sedno definicyjnych ram *resilience*⁴. Użycie tego wiersza wydaje się być bardzo w tym kontekście zasadne. Wykorzystując pomysł H. Sęka

¹Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

²Borucka, A., Ostaszewski, K. (2008). Koncepcja *resilience*. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, XII, 2 część 1, 588-597.

³Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

⁴Sęk, H. (2008). Udział pozytywnych emocji w osiąganiu zdrowia. W: I. Heszen i J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (s.74-88). Warszawa: ACADEMICA Wydawnictwo SWPS.

postanowiono, dla lepszego zobrazowania omawianego zjawiska, zacytować fragment wiersza. Poeta pisze o drzewie – leszczynie: „Jak ją za mocno przygiąć w lewo – To w prawo się odgina; A jak za mocno przygiąć ją w prawo – To w lewo bije z wprawą; (...) Upór co mi z oczu błyska – Leszczyny dziedzictwo! Jak mnie do ziemi los przyciska, Ona mi szeptem: Nic to! A jak prostuję się, wtedy ona powtarza mi: Tak trzymaj!”⁵. *Resilience* można więc uznać, za jeden z rodzajów odporności pozwalającej poradzić sobie z przeszkodami i trudnościami życiowymi. Ponieważ najczęściej owo poradzenie sobie wiąże się ściśle ze zdrowiem psychicznym lub psychospołecznym, można więc podjąć próbę definiowania *resilience* w kategorii odporności psychicznej, pamiętając jednocześnie o umowności i dużych rozbieżnościach, w tym zakresie, w literaturze przedmiotu.

Poza dyskusją nad definicją *resilience*, w literaturze dyskutowane jest także to, co możemy zaliczyć do *resilience*, czy jest to proces, czy raczej cechy osobowości danego człowieka, czy raz nabyta odporność pozostaje bez zmian, czy możemy kształtować ją w trakcie życia wraz ze zmieniającym się wokół nas środowiskiem? Przez niektórych autorów *resilience* rozpatrywany jest w kontekście specyficznych cech osobowości, dzięki którym możliwe jest traktowanie stresującego wydarzenia jako wyzwania a nie kłopotu. Osoby, u których często występują pozytywne emocje wzbudzają, swoim pozytywnym podejściem do sytuacji jej dobre zakończenie. Tym samym wzbogacają swoje zasoby radzenia sobie z trudnościami czyli zwrótnie kształtują swój *resilience* ⁶.

Cytując wyniki badań M.A. Waller, I. Heszen i H. Sęk piszą, że *resilience* powinien być rozpatrywany w kontekście środowiskowym a nie jedynie jako zbiór właściwości danej osoby. Wspominają także, że konieczne jest uwzględnienie czynnika związanego z możliwością kształtowania i zmiany *resilience*. Coraz częściej badania nad *resilience* koncentrują się na zrozumieniu mechanizmów i czynników, które wpływają na jego rozwój⁷.

Jedną z możliwości rozwoju *resilience* zaproponowało Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w projekcie pt. „Droga do *resilience*”. Stworzono 10 sposobów dzięki którym możliwe będzie kształtowanie odporności, zaliczając do nich

⁵Młynarski, W. (2007). *Moje ulubione drzewo, czyli Młynarski obowiązkowo*. Kraków: Wydawnictwo Znak.

⁶Sęk, H. (2008). *Udział pozytywnych emocji... op.cit.*

⁷Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia... op.cit.*

m.in.: kształtowanie bliskich pozytywnych relacji z innymi ludźmi; szukanie dróg samorozwoju; rozwijanie umiejętności spostrzegania kryzysu jako szansy i wyzwania a nie ostateczności; kształtowanie umiejętności patrzenia na życie z różnych płaszczyzn; dbanie o siebie, swoje uczucia i potrzeby ze szczególnym uwzględnieniem optymizmu⁸.

Godnym uwagi przykładem badań nad *resilience* jest międzynarodowy projekt – *the Advisory Committee of the International Resilience Project* prowadzony przez Fundację Bernarda van Leera. Badacze starali się zdefiniować, które czynniki związane są z kształtowaniem się *resilience* u dzieci i młodzieży. Wyróżniono trzy podstawowe źródła czynników odporności i nazwano umownie: *Ja mam* (zewnętrzne źródła wsparcia społecznego sprzyjające rozwojowi odporności), *Ja jestem* (własne, osobowe cechy dziecka – uczucia, postawy, przekonania), *Ja mogę* (społeczne i interpersonalne umiejętności dziecka)⁹. Charakterystykę trzech źródeł odporności u dziecka o wysokim *resilience* umieszczono w tabeli 1. Ten jasny podział wyznacza dla rodziców lub opiekunów dzieci (oraz dla samych młodych ludzi) zadania, których realizacja wpłynie na ukształtowanie się odporności psychicznej. Zadania dostosowano do możliwości rozwojowych i potrzeb dzieci w różnym wieku.

Autorzy pogładowej pracy dotyczącej teoretycznych podstaw *resilience* A. Borucka i K. Ostaszewski piszą, odwołując się do wielu badaczy zajmujących się tą tematyką, że nie można traktować *resilience* „jako nadzwyczajnej odporności, która chroni przed wszystkim i bez względu na wszystko” (Borucka, Ostaszewski, 2008, op. cit., s. 593). Istotne jest rozpatrywanie *resilience* nie jako cechy stałej lecz zawsze jako proces wpleciony w rozwój człowieka.

⁸Sęk, H. (2008). Udział pozytywnych emocji... op.cit.

⁹Grotberg, E. (2000). *Zwiększanie odporności psychicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Tabela 1. Czynniki kształtujące odporność psychiczną

Nastolatek charakteryzujący się odpornością psychiczną powie...		
Ja mam...	Ja jestem...	Ja mogę..
<ul style="list-style-type: none"> • pełne zaufania relacje z innymi, • wyraźną strukturę i reguły postępowania w domu, • wzory ról społecznych, • zachętę do bycia autonomicznym, • dostęp do służby zdrowia, edukacji, pomocy społecznej i służb gwarantujących bezpieczeństwo publiczne. 	<ul style="list-style-type: none"> • kochany, a mój temperament przyciąga przyjazną uwagę innych osób, • kochający, empatyczny i altruistyczny, • dumny z siebie, • niezależny i odpowiedzialny, • pełen nadziei, wiary i zaufania. 	<ul style="list-style-type: none"> • komunikować się, • rozwiązywać problemy, • radzić sobie ze swoimi uczuciami i impulsywnością, • oceniać własny i innych temperament, • ustalać oparte na zaufaniu relacje z innymi.

Użyty w badaniu kwestionariusz CHIP-AE traktuje odporność psychiczną (*resilience*) jako jeden z najważniejszych wymiarów jakości życia związanej ze zdrowiem. Autorzy kwestionariusza zaliczyli do tego wymiaru jakości życia m. in. relacje rodzinne (np. wsparcie społeczne w rodzinie), rozwiązywanie problemów społecznych (np. umiejętność aktywnego podejścia do rozwiązywania hipotetycznych problemów w relacjach z innymi ludźmi), aktywność fizyczną (np. zaangażowanie w różnorodne formy aktywności fizycznej), bezpieczeństwo i zdrowie w środowisku domowym (np. aspekty środowiska domowego, które redukują lub zmniejszają ryzyko doznania krzywdy). W niniejszym raporcie proponowany jest model analizy, koncentrujący się na pokazaniu zależności między zasobami dla zdrowia a wskaźnikami zdrowia i zachowań ryzykownych.

W Polsce od kilku lat prowadzone są badania nad odpornością psychiczną definiowaną jako *resilience*, które próbują wyjaśnić, dlaczego część młodzieży, mimo narażenia na czynniki ryzyka, rozwija się prawidłowo i zachowuje dobre zdrowie psychiczne¹⁰. Badania empiryczne oparte na tej koncepcji prowadzone były w ostatnich

¹⁰ Borucka, A., Ostaszewski, K. (2008). Koncepcja *resilience*, op.cit.

latach też przez inny zespół wykonawców¹¹. Wspomniane badania w sposób znaczący przyczyniają się do poszerzenia wiedzy o funkcjonowaniu psychospołecznym młodzieży, dając osobom pracującym z dorastającymi możliwość weryfikacji metod oddziaływania.

W prezentowanym raporcie opisano następujące zasoby wzmacniające zdrowie: czynniki rodzinne dotyczące obecności rodziców, zamożności rodziny, zaangażowania rodziny oraz bezpieczeństwo w domu, a także czynniki indywidualne takie jak umiejętności rozwiązywania problemów, osiągnięcia szkolne oraz pracę nastolatków.

W każdym podrozdziale opisano zastosowane w danej skali pytania oraz przedstawiono ich rozkład. Następnie dokonano oceny ich wpływu na zdrowie i zachowania zdrowotne nastolatków. Wśród aspektów związanych ze zdrowiem analizowano: niską samoocenę zdrowia, dużą absencję chorobową, nasilenie dolegliwości psychicznych, urazy wymagające pomocy medycznej oraz wysoką aktywność fizyczną. Wśród zachowań zdrowotnych znalazły się następujące obszary: częste picie alkoholu, używanie narkotyków w ostatnim roku, nasilone zachowania ryzykanckie, nasilone zachowania o charakterze wykroczeń, negatywny wpływ rówieśników.

¹¹Mazur, J., Tabak, I., Kołoto, H. (2008a). Czynniki ryzyka i ochronne wśród uwarunkowań subiektywnych dolegliwości młodzieży 15-letniej. *Przegląd Epidemiologiczny*, 62, 633-641.

2. Zakres raportu

OGÓLNA KONCEPCJA RAPORTU

W opracowaniu wyróżniono dwie główne części poświęcone czynnikom środowiskowym oraz czynnikom indywidualnym, które łącznie traktowane są jako chroniące młodzież przed pogorszeniem stanu zdrowia oraz przed podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia. Wśród czynników środowiskowych omówiono przede wszystkim wpływ rodziny, badając wpływ jej struktury (obecność obojga rodziców), relacje rodzinne oraz bezpieczeństwo w środowisku domowym. W części poświęconej czynnikom indywidualnym skoncentrowano się na wpływie osiągnięć szkolnych oraz zdolności rozwiązywania problemów w sytuacjach konfliktowych.

Podobnie, jak w pierwszej i drugiej części raportu, przedstawiono rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania oraz średnie indeksy dla skal sumarycznych. Podstawowe zestawienia zawierają porównanie wyników badań internetowych prowadzonych w województwie opolskim z wynikami badań z pięciu innych województw prowadzonych w szkołach tradycyjną metodą papierową. Podobnie jak poprzednio, porównywano próby wystandaryzowane na jednakową strukturę według płci i wieku.

W prezentowanym raporcie położono szczególny nacisk na badanie zależności. Zdefiniowano dziesięć zmiennych wynikowych opisujących zdrowie i jego uwarunkowania, jak również do zachowania zdrowotne. Odnosiły się one do zjawisk opisanych szczegółowo w poprzednich dwóch raportach.

DEFINICJA ZMIENNYCH WYNIKOWYCH

Zdrowie

1. Samoocena zdrowia. Młodzież pytano, czy uważa swoje zdrowie za: *doskonałe, bardzo dobre, dobre, niezbyt dobre, złe*. Połączono pierwsze trzy oraz ostatnie dwie kategorie odpowiedzi. Wskaźnik samooceny zdrowia odnosi się więc do odsetka oceniających swoje zdrowie jako gorsze niż dobre. W województwie opolskim dotyczyło to 6,7% ankietowanych. Pytanie to dokładnie opisano w rozdziale 3.1.1 drugiego wcześniej opracowanego raportu.

2. Ograniczenia podejmowanej aktywności. Zbudowano skalę absencji chorobowej, składającą się z trzech pytań opisanych w rozdziale 3.1.5. drugiego raportu. Były to pytania o liczbę dni w ostatnim miesiącu, kiedy ankietowany:

- opuścił więcej niż pół dnia zajęć szkolnych lub pracy;
- leżał w łóżku więcej niż pół dnia, ale nie opuścił zajęć szkolnych lub pracy;
- zrezygnował z innych rzeczy, które normalnie robi, ale nie opuścił zajęć szkolnych, ani nie leżał w łóżku.

Ogólny indeks przyjmuje zakres od 0 do 12 punktów, gdzie wysoka ocena oznacza częste opuszczanie zajęć. Umownie przyjęto, że osoby, które uzyskały 4 lub więcej punktów, charakteryzuje podwyższona absencja chorobowa. Grupa ta stanowiła 10,1% ankietowanych w województwie opolskim nastolatków.

3. Samopoczucie psychiczne. Wzięto pod uwagę częstość występowania ośmiu dolegliwości o podłożu psychicznym. Były to:

- problemy ze snem lub zasypianiem;
- przygnębienie lub smutek;
- trudności ze zrelaksowaniem się;
- zdenerwowanie lub bycie spiętym;
- zmienne nastroje;
- podirytowanie lub zrzędlivość;
- częsty płacz;
- odczuwanie lęku.

Pytania te zostały dokładnie opisane w rozdziale 4.1.3 pierwszego raportu. Zbudowano ogólny indeks dolegliwości, który przyjmował zakres od 0 do 32 punktów, gdzie wysoka ocena jest stanem negatywnym. Umownie przyjęto, że wynik powyżej 10 punktów oznacza duże nasilenie dolegliwości psychicznych. W grupie tej znalazło się 20,8% nastolatków ankietowanych w województwie opolskim.

4. Urazy. Młodzież odpowiadała, czy w ostatnich 12 miesiącach uległa urazom. Brano pod uwagę urazy wymagające oraz nie wymagające konsultacji lekarza lub pielęgniarki. Podano sześć rodzajów urazów:

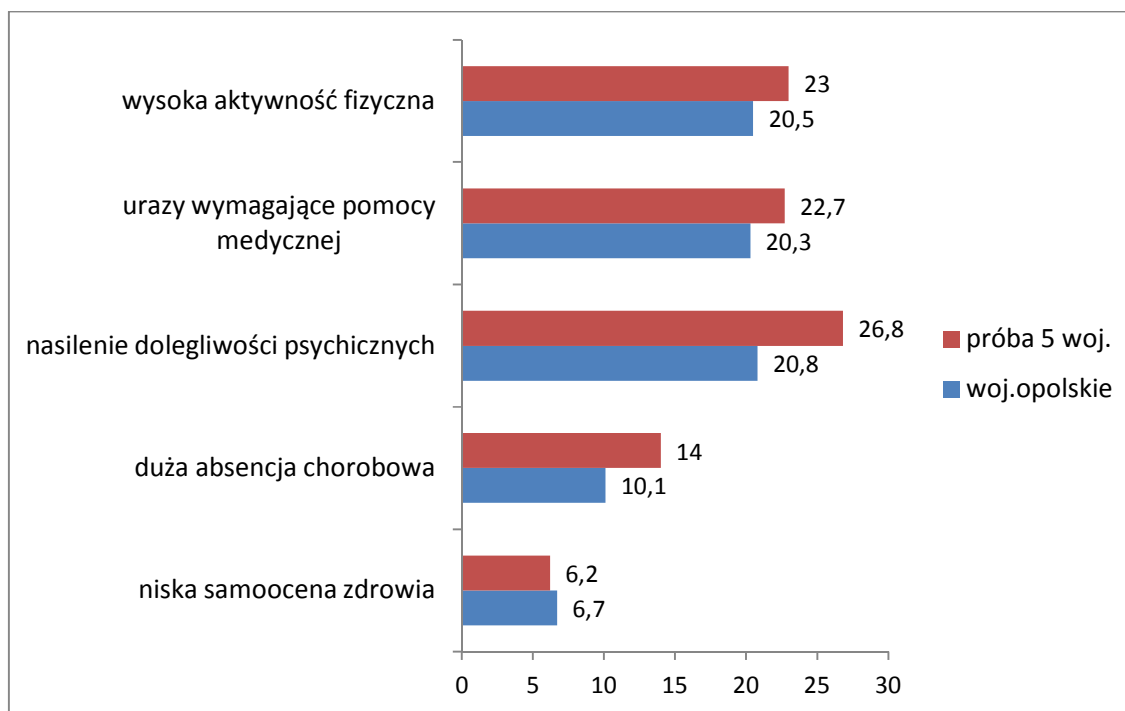
- poważne skaleczenie lub otarcie;

- poważne naciągnięcie lub zerwanie ścięgna;
- złamanie kości, wybite stawu lub złamanie nosa;
- poważny uraz głowy lub wstrząśnienie mózgu;
- pogryzienie przez owada, zwierzę, osobę;
- poważne oparzenie.

Częstość występowania poszczególnych urazów, jak również proponowane wskaźniki opisano w rozdziale 3.1.4 drugiej części raportu. Dla potrzeb tego opracowania wybrano wskaźnik odnoszący się do odsetka osób, które uległy co najmniej jednemu z podanych rodzajów urazów i korzystały z tego powodu z pomocy medycznej. W województwie opolskim dotyczyło to 20,3% ankietowanych nastolatków.

5. Aktywność fizyczna. Za ważną zmienną dotyczącą zdrowia, która może mieć uwarunkowania rodzinne i indywidualne przyjęto też poziom aktywności fizycznej. Ten blok pytań kwestionariusza CHIP-AE omówiono dokładnie w rozdziale 3.3.2 drugiej części raportu. Ogólny indeks aktywności fizycznej zbudowano na podstawie pięciu pytań opisujących czas przeznaczany na zajęcia ruchowe związane z dużym wysiłkiem, uczestniczenie w zorganizowanych zajęciach sportowych, jak również poziom sprawności (wytrzymałość przy chodzeniu, bieganiu, prostych ćwiczeniach gimnastycznych). Ogólny indeks przyjmował zakres od 0 do 20 punktów. W tym przypadku zdefiniowano wskaźnik pozytywny odnoszący się do odsetka młodzieży o wyższej aktywności. Za punkt odcięcia przyjęto umownie 13 punktów. Wynik 14 lub więcej punktów uzyskało 20,5% nastolatków ankietowanych w województwie opolskim.

Na rycinie 1 przedstawiono porównanie powyższych pięciu wskaźników z próbą ogólnopolską. Stwierdzono, że uczniowie z woj. opolskiego mają rzadziej wysoki poziom aktywności fizycznej. Rzadziej występują u nich urazy wymagające pomocy medycznej oraz nasilone dolegliwości psychiczne. Rzadziej niż rówieśnicy z pozostałych województw widać u nich dużą absencję chorobową. Mają nieznacznie częściej w porównaniu z rówieśnikami z pozostałych województw niską samoocenę zdrowia.



Rycina 1. Wybrane wskaźniki dotyczące zdrowia i zachowań prozdrowotnych – porównanie młodzieży z woj. opolskiego z próbą 5 innych województw.

Zachowania ryzykowne

1. Nadużywanie alkoholu. Wzięto pod uwagę trzy pytania na temat picia alkoholu.

Dotyczyły one:

- picia piwa, wina lub słodkich napojów alkoholowych;
- picia mocnych alkoholi lub drinków;
- wypicia 5 lub więcej drinków za jednym razem (w ciągu jednej nocy lub na jednej imprezie).

Młodzież zaznaczała, kiedy ostatnio robiła takie rzeczy. Wzięto pod uwagę odsetek tych, którzy podejmowali wymienione zachowania związane z pićm alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca lub ostatniego tygodnia. Pytania na temat picia napojów alkoholowych szczegółowo opisane zostały w 4.2.2 pierwszej części raportu z badań internetowych prowadzonych w województwie opolskim. Przyjęto założenie, że osoby, które niedawno miały kontakt z alkoholem należą do grupy regularnie pijących. Skala

picia przyjmowała zakres 0-12 punktów. Do grupy ryzyka zakwalifikowano 23,7% nastolatków ankietowanych w województwie opolskim (punkt odcięcia powyżej 7 punktów).

2. Używanie narkotyków. Wykorzystując wyniki poprzednich analiz (rozdział 4.2.3) zidentyfikowano grupę młodzieży często sięgającej po legalne i nielegalne substancje o działaniu psychoaktywnym. Dotyczyło to:

- marihuany;
- wziewnych środków odurzających;
- dowolnego rodzaju kokainy, amfetaminy lub cracku;
- innych środków, takich jak: LSD, PCP, grzybki, speed, środki uspokajające, heroina;
- dopalaczy.

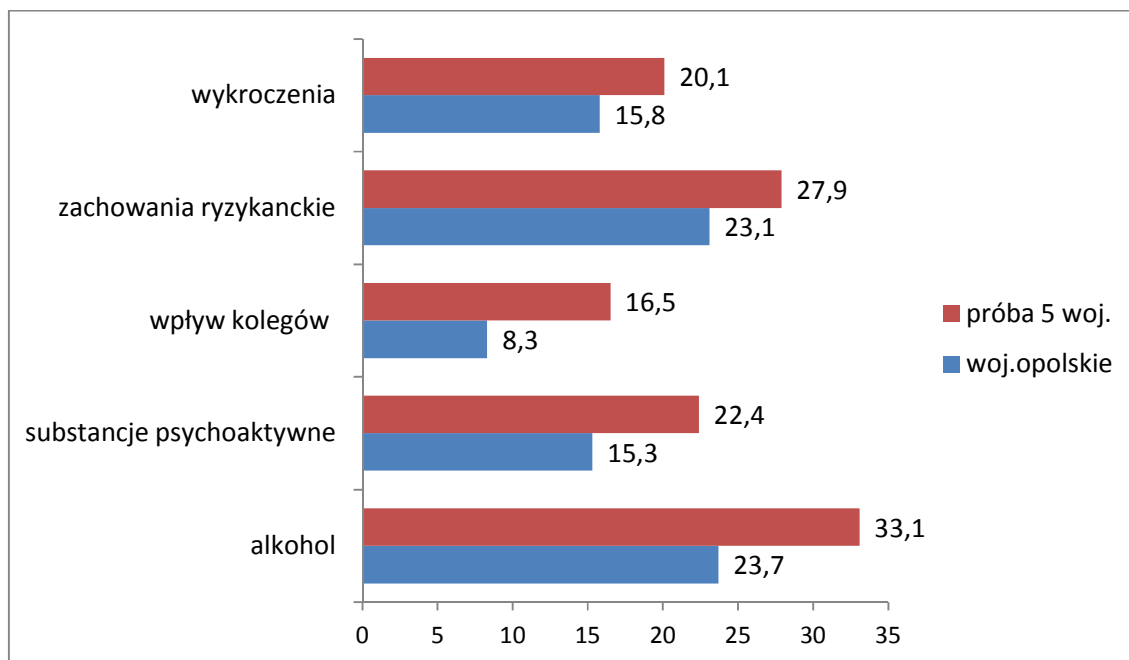
Do grupy ryzyka zakwalifikowano 15,3% nastolatków ankietowanych w województwie opolskim. Były to osoby, które w ostatnim roku używały co najmniej jednej z wymienionych substancji.

3. Używanie substancji psychoaktywnych przez kolegów. Wzięto pod uwagę wskaźnik zagrożenia negatywnym wpływem rówieśników. Pytano ilu spośród kolegów lub koleżanek: pali papierosy, pije alkohol, pali marihuanę, używa sopła czy, zażywa inne środki psychoaktywne. Pytania te opisane zostały w rozdziale 4.4.5 pierwszej części raportu. Do grupy ryzyka zakwalifikowano 8,2% nastolatków ankietowanych w województwie opolskim.

4. Zachowania ryzykanckie. Pytano o zachowania związane z poszukiwaniem wrażeń. Młodzież odpowiadała na sześć pytań dotyczących podejmowania takich działań jak: ściganie się na rowerze, deskorolce, samochodem dla zabawy; łamanie zasad ustalonych przez rodziców, wymykanie się nocą po kryjomu z domu. Ten blok pytań kwestionariusza CHIP-AE został dokładnie opisany w 4.4.1 pierwszej części raportu. Zbudowano skalę przyjmującą zakres 0-12 punktów. Przyjęto umownie punkt odcięcia 3 punkty. Podwyższony poziom zachowań ryzykanckich (4 i więcej punktów) zanotowano u 23,1% nastolatków ankietowanych w województwie opolskim.

5. Zachowania o charakterze wykroczeń. Wzięto pod uwagę siedem pytań opisanych w części pierwszej raportu z badań opolskich w rozdziale 4.4.2. Dotyczyły one między innymi ucieczek z domu, stosowania przemocy wobec innych, kradzieży, niszczenia cudzej własności. Zbudowano skalę przyjmującą zakres 0-28 punktów. Przyjęto umownie punkt odcięcia 4 punkty. Wysoki poziom tego typu zachowań (5 i więcej punktów) zanotowano u 15,8% nastolatków ankietowanych w województwie opolskim.

Na rycinie 2 dla podsumowania przedstawiono porównanie powyższych pięciu wskaźników w próbie ogólnopolską. W każdym przypadku zachowania ryzykowne występują rzadziej wśród nastolatków z woj. opolskiego w porównaniu z rówieśnikami z pozostałych badanych województw.



Rycina 2. Wybrane wskaźniki dotyczące zachowań ryzykownych – porównanie młodzieży z woj. opolskiego z próbą 5 innych województw.

ZALEŻNOŚCI MIĘDZY ZMIENNYMI WYNIKOWYMI

Ważnym elementem uzupełniającym analizy przedstawione w pierwszej i drugiej części jest pokazanie zależności między poszczególnymi zachowaniami ryzykownymi oraz między zachowaniami ryzykownymi a samopoczuciem nastolatków. Tego typu zestawienia pojawiły się w drugiej części, natomiast nie ma ich w pierwszej części.

Poniżej skoncentrowano się na wpływie nadużywania alkoholu. Wyniki analiz zawarte są w tabelach 2-5, zamieszczonych poniżej (na końcu tego podrozdziału). Uwzględniono w nich płeć ankietowanych. **Zestawienia te wskazują na nasilenie problemów zdrowotnych i zachowań problemowych u młodzieży często pijącej alkohol w porównaniu z rówieśnikami nigdy nie pijącymi.** Różnica między skrajnymi grupami może być nawet dziesięciokrotna (np. częste zachowania o charakterze wykroczeń notuje się u 3,5% nastolatków nie pijących i u 30,8% pijących często).

W tabeli 2 i 3 przedstawiono wyniki dotyczące wskaźników samooceny zdrowia w zależności od częstości picia alkoholu. Widać wyraźnie, że nasilenie niskiej samooceny zdrowia, duża absencja chorobowa, nasilenie dolegliwości psychicznych i występowanie urazów wymagających pomocy medycznej są bardziej widoczne wśród nastolatków pijących alkohol często, w porównaniu z tymi, którzy nie piją go wcale. Zależności te są wyraźniejsze wśród chłopców niż dziewcząt. Także w przypadku wysokiej aktywności fizycznej zaobserwowano wpływ częstości picia alkoholu. Wysoki poziom aktywności fizycznej zanotowano częściej wśród pijących często (24,7%) w porównaniu z nie pijącymi wcale (18%). Także w tym przypadku zależność jest bardziej wyraźna wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Zagadnienie związku aktywności fizycznej z piciem alkoholu była poruszana szerzej w drugiej części raportu.

W tabelach 4 i 5 zaprezentowano wyniki dotyczące częstości podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia w zależności od częstości picia alkoholu. Stwierdzono, że częściej używali narkotyków w ostatnim roku, mieli nasilony poziom zachowań ryzykanckich oraz zachowań o charakterze wykroczeń a także częściej ulegali negatywnym wpływom rówieśników uczniowie, którzy pili alkohol często w porównaniu z tymi, którzy nie pili go wcale. Także tutaj, zależności te są wyraźniejsze wśród chłopców, niż dziewcząt.

Tabela 2. Zdrowie nastolatków według częstości picia alkoholu- grupa ogółem.

Wskaźnik oceny zdrowia	Częstość picia alkoholu		
	wcale (0 punktów)	sporadycznie (1-6 punktów)	często (7-12 punktów)
niska samoocena zdrowia	4,6	7,3	8,9
duża absencja chorobowa	6,3	10,1	16,4
nasilenie dolegliwości psychicznych	11,5	23,3	31,9
urazy wymagające pomocy medycznej	12,7	20,2	25,7
wysoka aktywność fizyczna	18,0	20,8	24,7

Tabela 3. Zdrowie nastolatków według częstości picia alkoholu – wg płci.

Wskaźnik oceny zdrowia	Częstość picia alkoholu		
	wcale (0 punktów)	sporadycznie (1-6 punktów)	często (7-12 punktów)
CHŁOPCY			
niska samoocena zdrowia	2,9	5,5	7,0
duża absencja chorobowa	5,3	7,7	16,1
nasilenie dolegliwości psychicznych	6,1	13,1	22,9
urazy wymagające pomocy medycznej	11,4	19,2	27,7
wysoka aktywność fizyczna	26,3	30,9	37,1
DZIEWCZĘTA			
niska samoocena zdrowia	6,3	8,9	10,8
duża absencja chorobowa	7,2	12,5	16,7
nasilenie dolegliwości psychicznych	16,7	32,9	41,6
urazy wymagające pomocy medycznej	13,8	20,6	23,8
wysoka aktywność fizyczna	9,7	11,2	12,3

Tabela 4. Młodzież podejmująca inne zachowania ryzykowne (%) wg częstości picia alkoholu – grupa ogółem.

Wskaźnik zachowań ryzykownych	Częstość picia alkoholu		
	wcale (0 punktów)	sporadycznie (1-6 punktów)	często (7-12 punktów)
używanie narkotyków w ostatnim roku	3,4	15,5	35,2
nasilone zachowania ryzykanckie	12,3	18,0	37,4
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń	3,5	18,4	30,8
negatywny wpływ rówieśników	3,2	13,2	25,7

Tabela 5. Młodzież podejmująca inne zachowania ryzykowne (%) wg częstości picia alkoholu – wg płci.

Wskaźnik zachowań ryzykownych	Częstość picia alkoholu		
	wcale (0 punktów)	sporadycznie (1-6 punktów)	często (7-12 punktów)
CHŁOPCY			
używanie narkotyków w ostatnim roku	2,3	16,0	39,6
nasilone zachowania ryzykanckie	16,2	24,0	45,8
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń	4,8	24,9	43,6
negatywny wpływ rówieśników	2,1	16,2	31,4
DZIEWCZĘTA			
używanie narkotyków w ostatnim roku	4,6	15,0	30,8
nasilone zachowania ryzykanckie	8,8	12,9	29,0
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń	2,2	12,3	17,4
negatywny wpływ rówieśników	4,5	9,7	20,0

3. Wyniki

Rozdział składa się z dwóch bloków tematycznych dotyczących czynników rodzinnych oraz czynników indywidualnych, które stanowią zasoby wzmacniające zdrowie. Do czynników rodzinnych zaliczono: obecność rodziców, zamożność rodziny, zaangażowanie rodziny oraz poczucie bezpieczeństwa w domu. Wśród czynników indywidualnych uwzględniono: umiejętności rozwiązywania problemów, osiągnięcia szkolne, pracę nastolatków.

3.1. Czynniki rodzinne

3.1.1. Obecność rodziców

3.1.1.1. Zastosowane pytania

Zachowania zdrowotne młodzieży mogą zależeć od doświadczeń rodzinnych oraz postaw kształtowanych od wczesnego dzieciństwa. We wczesnym dzieciństwie to właśnie rodzina stanowi podstawowe środowisko, w którym kształtują się wartości i normy społeczne. W krajach wysokorozwiniętych obserwuje się w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat znaczące zmiany w strukturze rodziny oraz zasadach jej funkcjonowania. Zmiany te między innymi obejmują przejście od dużych rodzin wielopokoleniowych od mniejszych dwupokoleniowych, obniżenie dzietności oraz zmniejszenie dystansu między dziećmi i rodzicami. Na kształt i funkcjonowanie rodziny wpływa aktywizacja zawodowa kobiet oraz wzrastająca liczba rozwodów. Coraz większy odsetek dzieci jest wychowywanych przez jednego z rodziców, przeważnie przez matkę. Bez jednego lub obojga z rodziców wychowują się już nie (pół)sieroty naturalne, ale przede wszystkim dzieci urodzone ze związków pozamałżeńskich oraz te, których rodzice się rozwiedli.

Odrębny problem stanowi obecnie trwała lub okresowa emigracja zarobkowa. Szczególnie często podejmują pracę poza granicami kraju osoby mieszkające na zachodzie kraju. Tzw. euro sieroctwo może przekładać się na samopoczucie i zachowania zdrowotne młodzieży.

W rozdziale tym omówione zostaną wyniki badań prowadzonych w województwie opolskim przy pomocy kwestionariusza CHIP-AE w części poświęconej obecności rodziców. Podstawowe informacje na temat ankietowanych rodzin zostały już zamieszczone w części pierwszej raportu. Teraz skoncentrujemy się na dwóch czynnikach mających potencjalny wpływ na zdrowie i styl życia nastolatków: mieszkaniu lub nie z obojgiem rodziców oraz okresowej rozłące z rodzicami spowodowanej ich wyjazdami zagranicę w celach zarobkowych.

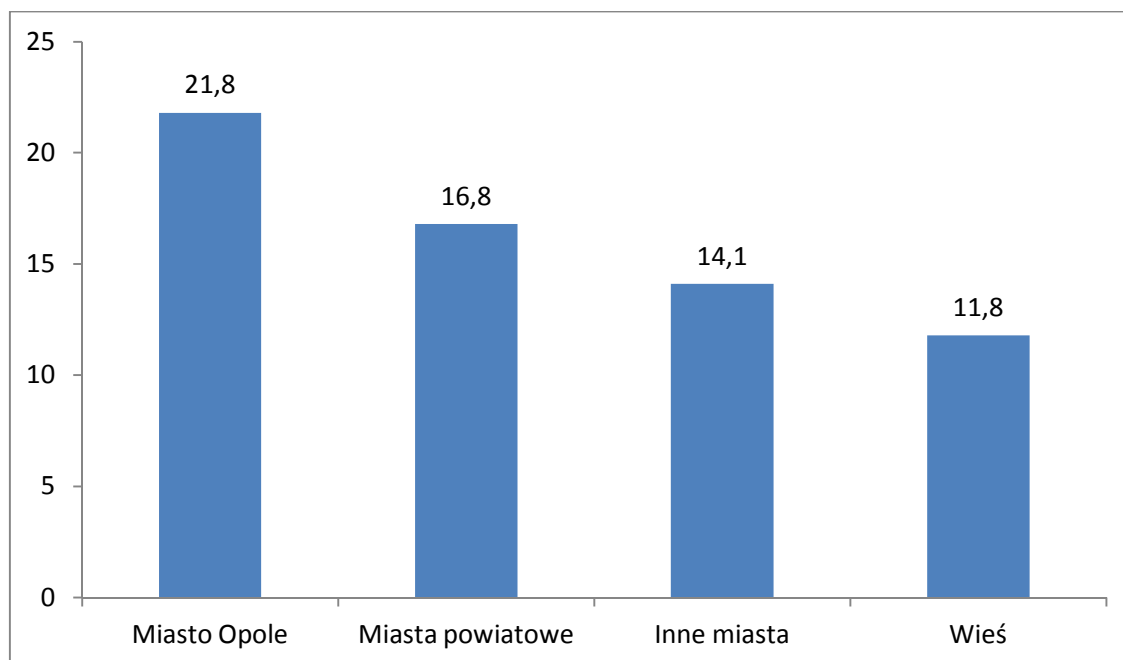
Strukturę rodziny można było określić na podstawie pytania „*Kim są wszystkie osoby mieszkające z Tobą w domu*”. Należało zakreślić odpowiednie osoby, mając do wyboru: *matkę, ojca, babcię, dziadka, macochę, ojczyrna, braci, siostry, innych krewnych, inne osoby niespokrewnione*. Zdecydowano nie analizować pełnej struktury osobowej gospodarstwa, w którym mieszka dziecko. Wyłoniono jedynie grupę nastolatków mieszkających, lub nie z obojgiem rodziców.

Pytania na temat pracy rodziców zagranicą zastosowano tylko w badaniu realizowanym w województwie opolskim, jako dodatkowe nie stanowiące części oryginalnej amerykańskiej wersji CHIP-AE. Pytano: 1) czy ktoś z rodziców pracował ostatnio zagranicą; 2) jeśli tak, ile czasu tam pracował; 3) kto się dzieckiem opiekował pod nieobecność rodziców.

3.1.1.2. Rozkład odpowiedzi

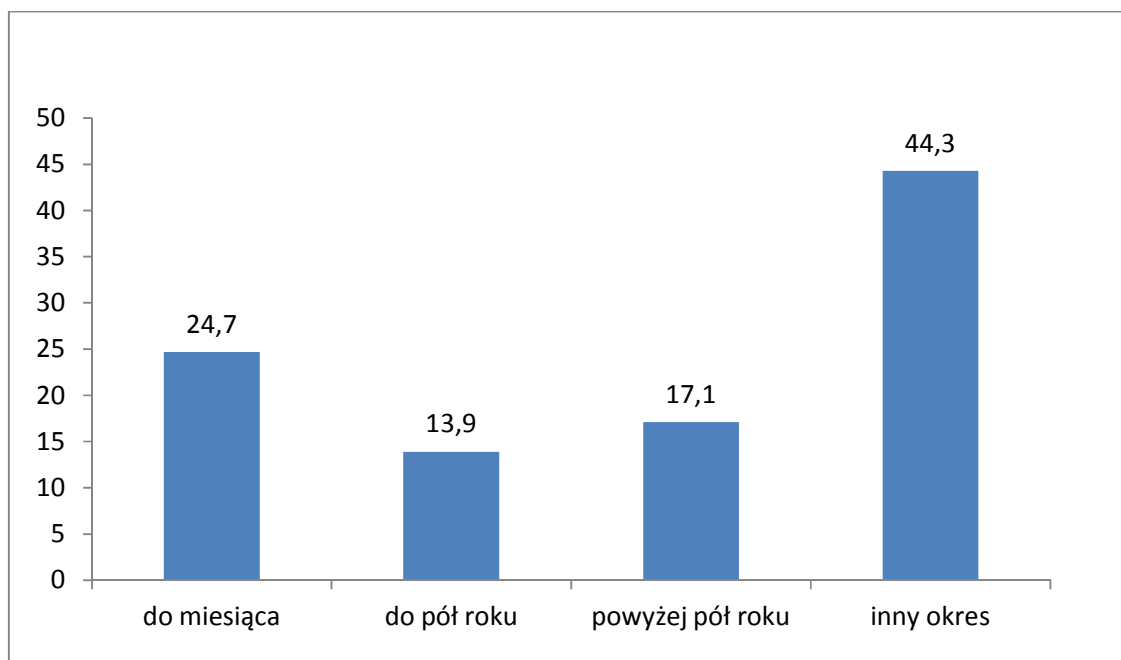
W województwie opolskim z obojgiem rodziców mieszkało 83,5% ankietowanych nastolatków, co jest trochę niższym odsetkiem niż w pięciu innych województwach (84,6%).

Odsetek osób **nie mieszkających** z obojgiem rodziców jest wyraźnie większy w dużych miastach niż w mniejszych miejscowościach i na wsi (rycina 3). Różnica między Opolem a rejonami wiejskimi jest prawie dwukrotna.



Rycina 3. Odsetek nastolatków nie mieszkających z obojgiem rodziców według miejsca zamieszkania

Stwierdzono również, że znaczący odsetek młodzieży nie przebywa na stałe z rodzicami, ponieważ wyjechali oni do pracy w innym kraju. 5,4% ankietowanych odpowiedziało, że wyjechała tylko matka, 19,4% że tylko ojciec, a 2,2% że oboje. Prawdopodobnie są też wyjazdy okresowe, ponieważ młodzież nie potrafiła jednoznacznie określić czasu rozłąki (ryc. 4).



Rycina 4. Długość trwania pracy rodziców zagranicą

Zdecydowanie częściej poszukują pracy zagranicą mieszkańcy wsi i małych miast. Odsetek nastolatków, których rodzice ostatnio wyjeżdżali do pracy wynosił odpowiednio: w Opolu – 20,9%; w miastach powiatowych – 23,3%, w innych miastach – 28,8% i na wsi – 36,1%.

Jak już podano w pierwszej części raportu, pod nieobecność rodziców dziećmi najczęściej zajmują się dziadkowie, starsze rodzeństwo lub inni krewni. Jednak 11,4% ankietowanych, których rodzice wyjeżdżali zagranicę, podało że sami się sobą opiekują.

3.1.1.3. Korelacja ze zdrowiem

Porównano odsetki młodzieży zgłaszającej problemy ze zdrowiem w grupie mieszkających i nie mieszkających z obojgiem rodziców (tab. 6).

Nastolatki nie mieszkające z obojgiem rodziców dużo gorzej oceniają swoje zdrowie, częściej też zgłaszają dolegliwości o podłożu psychicznym oraz częściej opuszczają szkołę lub inne zajęcia pozalekcyjne. W odniesieniu do dwóch ostatnich wskaźników też zanotowano różnice na korzyść młodzieży mieszkającej z obojgiem rodziców, choć były to różnice na granicy istotności statystycznej.

Chłopcy i dziewczęta w różnym stopniu reagują problemami zdrowotnymi na brak obojga rodziców (tab. 7). Zarówno chłopcy jak i dziewczęta z rodzin niepełnych gorzej oceniają swoje zdrowie. Ale już wysoka absencja szkolna i nasilenie dolegliwości psychicznych zależy od struktury rodziny tylko u dziewcząt. Z kolei większe zagrożenie urazowością występuje w rodzinach niepełnych tylko u chłopców.

Tabela 6. Wskaźniki oceny zdrowia nastolatków według typu rodziny.

Wskaźnik oceny zdrowia	Mieszkanie z obojgiem rodziców	
	tak	nie
niska samoocena zdrowia*	5,6	10,3
duża absencja chorobowa*	9,5	14,1
nasilenie dolegliwości psychicznych*	20,7	26,7
urazy wymagające pomocy medycznej	19,3	24,5
wysoka aktywność fizyczna	20,6	17,2

*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika

Tabela 7 . Wskaźniki zdrowia nastolatków a typ rodziny według płci ankietowanych.

Wskaźnik oceny zdrowia	Mieszkanie z obojgiem rodziców			
	Chłopcy		Dziewczęta	
	tak	nie	tak	Nie
niska samoocena zdrowia	4,1	8,1	6,9	11,7
duża absencja chorobowa	8,1	9,2	10,8	17,3
nasilenie dolegliwości psychicznych	12,6	13,3	27,7	35,4
urazy wymagające pomocy medycznej	19,0	26,8	19,5	23,3
wysoka aktywność fizyczna	31,2	28,0	11,7	10,2

Nie stwierdzono, aby wyjazdy rodziców do pracy zagranicę wiązały się z pogorszeniem wskaźników zdrowotnych dzieci. Jedynie można było zauważyć ich wpływ na nasilenie dolegliwości psychicznych co było lepiej widoczne u dziewcząt. Częste dolegliwości o podłożu psychicznym występowały u 19,7% nastolatków, których rodzice nie wyjeżdżali i u 24,2% okresowo opuszczanych przez co najmniej jednego z rodziców.

3.1.1.4. Korelacja z zachowaniami

Mniejsze, niż w odniesieniu do zdrowia subiektywnego, różnice pomiędzy nastolatkami mieszkającymi i nie mieszkającymi z obojgiem rodziców zanotowano w odniesieniu do zachowań zdrowotnych. Wyraźną różnicę popartą wnioskowaniem statystycznym zanotowano jedynie w odniesieniu do używania narkotyków. Młodzież nie wychowująca się w obecności obojga rodziców też dużo częściej może być pod negatywnym wpływem rówieśników. Odsetek postrzegających rówieśników jako osoby często pijące alkohol, palące tytoń i marihuanę oraz jako osoby używające innych substancji psychoaktywnych jest o ponad 6% większy w przypadku braku „na co dzień” jednego z rodziców.

Tabela 8. Zachowania zdrowotne nastolatków a typ rodziny.

Zachowania ryzykowne	Mieszkanie z obojgiem rodziców	
	tak	Nie
częste picie alkoholu	23,4	24,9
używanie narkotyków w ostatnim roku*	14,2	18,2
nasilone zachowania ryzykanckie	21,9	24,6
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń	14,9	16,9
negatywny wpływ rówieśników*	9,1	15,4

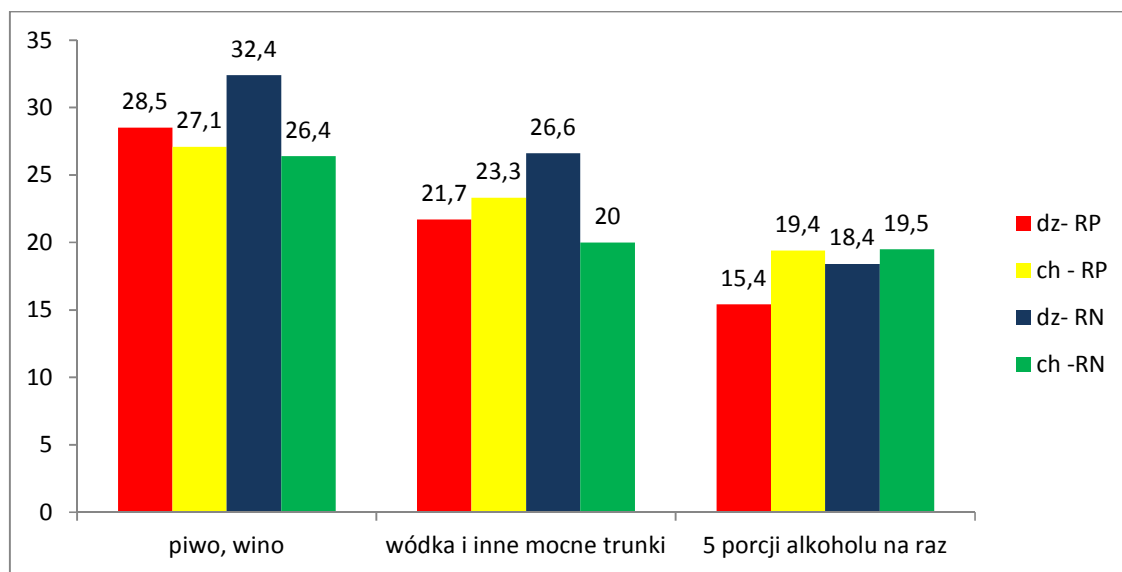
*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika

Brak obojga rodziców w różnym stopniu wpływa na zachowania zdrowotne chłopców i dziewcząt. Używanie marihuany zwiększa się w rodzinach niepełnych, ale tylko u dziewcząt. W przypadku używania narkotyków ogółem zmiana ta dotyczy obu płci.

Tabela 9. Zachowania zdrowotne nastolatków a typ rodziny.

Zachowania ryzykowne	Mieszkanie z obojgiem rodziców			
	Chłopcy		Dziewczęta	
	Tak	Nie	Tak	Nie
częste picie alkoholu	24,5	22,8	22,5	26,2
używanie narkotyków w ostatnim roku	15,5	19,5	13,1	17,3
nasilone zachowania ryzykanckie	29,1	31,1	15,7	21,2
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń	21,5	25,2	9,3	11,5
negatywny wpływ rówieśników	9,4	15,4	8,8	15,4

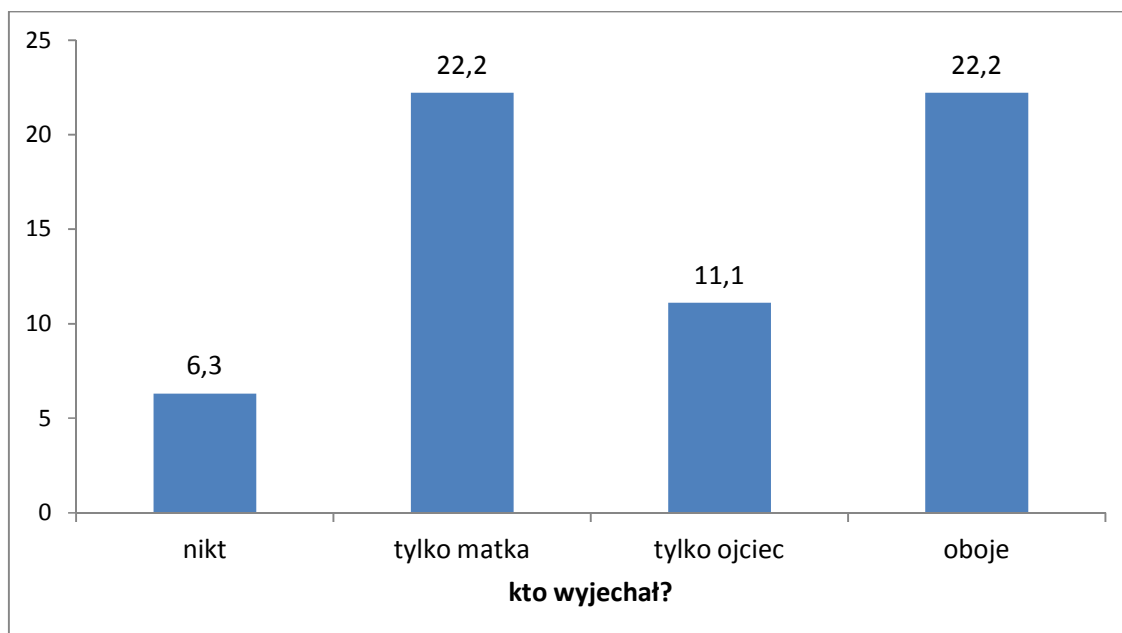
U dziewcząt też silniej niż u chłopców zarysowuje się tendencja do częstszego nadużywania alkoholu w przypadku braku obojga rodziców. Lepiej można jednak uchwycić tę zależność, analizując indywidualne pytania, a nie skalę sumaryczną (ryc. 5).



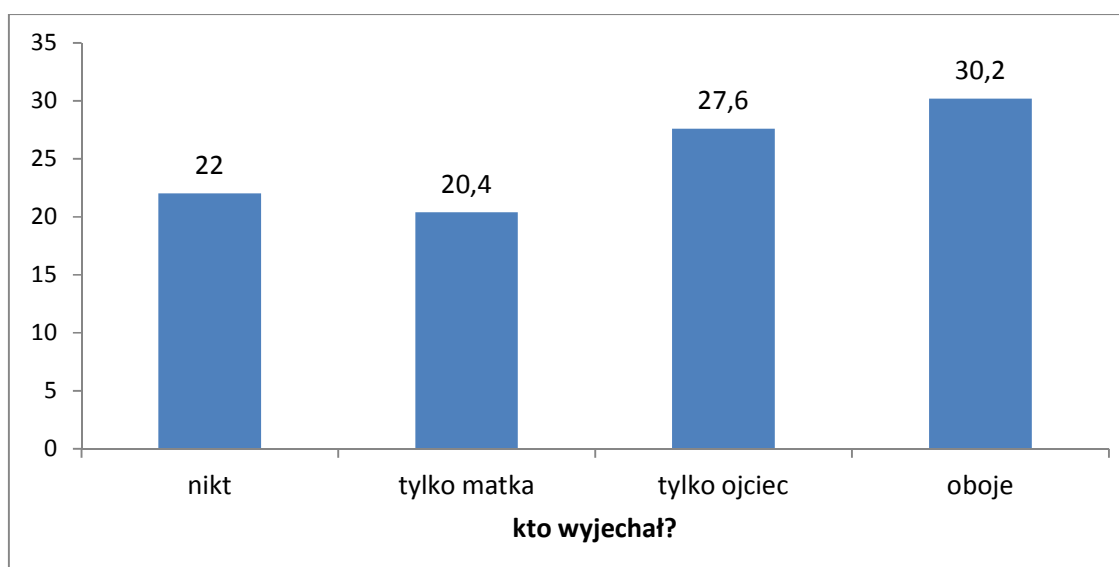
Rycina 5. Picie alkoholu w ostatnim miesiącu w zależności od płci i struktury rodziny (dz-RP: dziewczęta z rodzin pełnych; dz-RN: dziewczęta z rodzin niepełnych; ch-RP: chłopcy z rodzin pełnych; ch-RN: chłopcy z rodzin niepełnych)

Na rycinie 5 przedstawiono odsetki młodzieży pijącej różne rodzaje napojów alkoholowych w zależności od płci i struktury rodziny. Dziewczęta wychowujące się bez jednego z rodziców szczególnie często sięgają po lekkie napoje alkoholowe, takie jak: piwo, wino lub słodkie napoje alkoholowe. U chłopców struktura rodziny w zasadzie nie ma wpływu na częstość picia.

Nie wykazano, aby wyjazdy rodziców do pracy zagranicą wpłynęły na nasilenie zachowań szkodliwych dla zdrowia. Pewne zależności pojawiają się dopiero po uwzględnieniu płci ankietowanych. Obecność obojga rodziców może chronić chłopców przed negatywnym wpływem kolegów, a bardziej szkodliwy jest brak matki (ryc.6).



Rycina 6. Często postrzeganie zachowań ryzykownych u kolegów przez CHŁOPCÓW w zależności od wyjazdów rodziców do pracy zagranicę.



Rycina 7. Często picie alkoholu przez DZIEWCZĘTA w zależności od wyjazdów rodziców do pracy zagranicę.

U dziewcząt z kolei obserwuje się częste picie alkoholu w przypadku opuszczenia przez rodziców pracujących poza granicami kraju, a bardziej dotkliwy jest brak ojca (ryc.7).

Podsumowanie

Znaczny odsetek uczniów gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych jest na stałe lub okresowo pozbawiony kontaktu z jednym lub obojgiem biologicznych rodziców. Odsetek młodzieży niemieszkającej z obojgiem rodziców wyraźnie zwiększa się w większych miejscowościach. Z kolei emigracja zarobkowa jest problemem mniejszych miejscowości. Brak ojca, matki lub obojga rodziców bardzo negatywnie wpływa na samopoczucie psychiczne młodzieży. W mniejszym stopniu powoduje on nasilenie zachowań antyzdrowotnych. Dziewczęta mocniej odczuwają negatywne skutki zdrowotne wychowywania się w rodzinach niepełnych oraz skutki wyjazdów rodziców zagranicę.

3.1.2. Zamożność rodziny

3.1.2.1. Zastosowane pytania

Analiza nierówności społecznych w zdrowiu powinna standardowo być uwzględniana w raportach na temat stanu zdrowia różnych grup ludności, w tym dorastającej młodzieży. Przesłanką tego typu analiz jest wykazanie różnic, którym można zapobiegać, które są przejawem niesprawiedliwości społecznej. Mówimy o niesprawiedliwości społecznej, kiedy negatywne wskaźniki kumulują się w rodzinach ubogich oraz w rejonach o większym stopniu deprivacji.

W wielu opracowaniach co prawda zaznacza się, że w okresie adolescencji mogą okresowo zniknąć różnice między grupami społecznymi, ponieważ młodzież jest pod silniejszym wpływem środowiska rówieśniczego. Być może dlatego twórcy kwestionariusza CHIP-AE nie rozbudowali tej części ankiety, która dotyczy uwarunkowań ekonomicznych.

Liczne badania polskie, takie jak badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) negują teorię wyrównywania społecznych różnic w zdrowiu u nastolatków. Opublikowano w Polsce wiele prac na temat społecznych determinantów zdrowia i stylu życia nastolatków. Wykazano w nich, że nie tylko niski status rodziny ale też problemy społeczne w miejscu zamieszkania wpływają na pogorszenie zdrowia nastolatków oraz nasilenie zachowań i postaw antyzdrowotnych.

W oryginalnej wersji kwestionariusza CHIP-AE zróżnicowanie zamożności rodzin badano wyróżniając tylko rodziny korzystające bądź nie korzystające z dwóch form pomocy społecznej. Pytano o otrzymywanie zasiłku z pomocy społecznej oraz o otrzymywanie darmowych lub tańszych posiłków w szkole (przez ankietowanego lub jego/jej rodzinstwo). Znacznie więcej informacji na temat społecznych uwarunkowań zdrowia nastolatków można uzyskać z badania CHIP-AE realizowanego równolegle w innych województwach.

3.1.2.2. Rozkład odpowiedzi

Odsetek rodzin korzystających z dwóch form pomocy społecznej jest w województwie opolskim zbliżony do poziomu obserwowanego w innych województwach. Zasiłek brało 29,3% ankietowanych rodzin (29,5% w opolskim i 29,1% w innych województwach), a darmowe lub tańsze posiłki szkolne 10,8% ankietowanych rodzin (10,5% w opolskim i 11,2% w innych województwach). W konstrukcji tych dwóch pytań przewidziano trzy kategorie odpowiedzi: tak, nie, nie wiem. O ile odsetek odpowiedzi TAK jest w województwie opolskim zbliżony do średniej ogólnopolskiej, o tyle rozkład pozostałych dwóch kategorii odpowiedzi się różni. Młodzież opolska istotnie częściej wybierała odpowiedź „nie wiem”.

Wielkość miejscowości różnicuje zamożność rodziny mierzoną korzystaniem z pomocy społecznej. Odsetek rodzin biorących zasiłek wynosi 19,3% w mieście Opolu, a jest zdecydowanie największy w małych miastach nie będących siedzibą powiatu (34,2%). Podobna prawidłowość można zauważyć przy dopłatach do posiłków szkolnych (15,0% w Opolu wobec 35,9% w miastach nie będących siedzibą powiatu). Równocześnie z obu form pomocy społecznej korzystał niewielki odsetek ankietowanych rodzin – 2,3% w województwie opolskim i 3,7% w innych województwach.

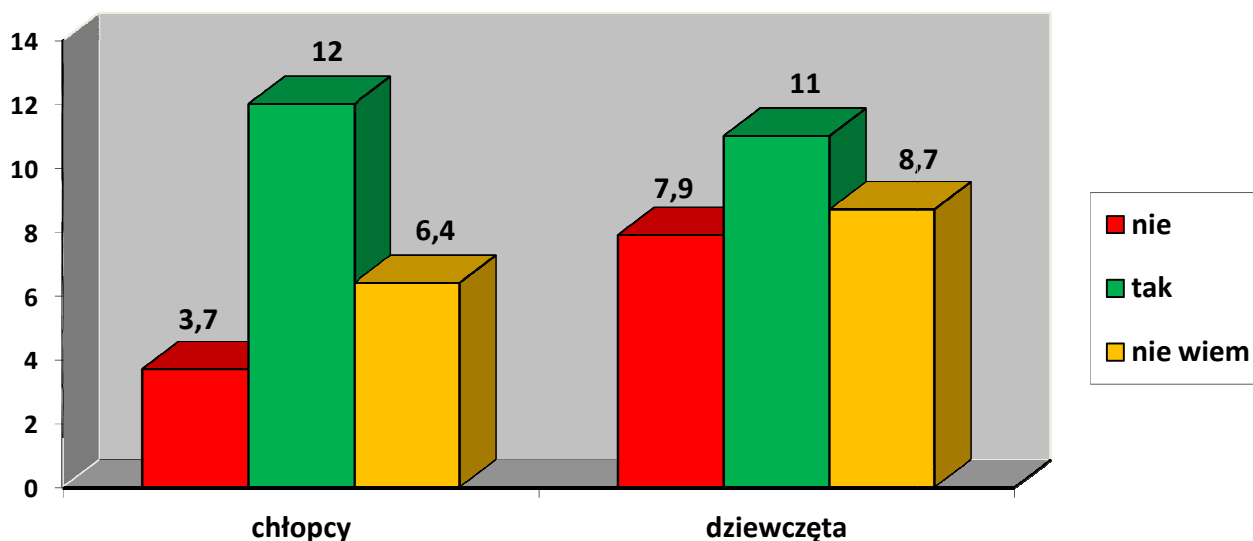
Odsetek rodzin korzystających z zasiłków z pomocy społecznej jest dużo mniejszy w rodzinach, w których matka i/lub ojciec mają wyższe wykształcenie. Różnica między wykształceniem podstawowym i wyższym matek w odsetku otrzymujących zasiłek wynosi 33%, zaś między wykształceniem podstawowym i wyższym ojców – 29%. Liniowy wzrost tego odsetka szczególnie dobrze widać w zestawieniach dotyczących wykształcenia matek. Istnieje grupa młodzieży, która konsekwentnie odpowiada „nie wiem” zarówno na pytanie o wykształcenie rodziców, jak i o korzystanie z pomocy społecznej w formie zasiłku.

Tabela 10. Odsetek rodzin otrzymujących zasiłek z pomocy społecznej według poziomu wykształcenia rodziców.

Wykształcenie rodziców	Matka			Ojciec		
	Czy rodzina bierze zasiłek z pomocy społecznej?					
	nie	tak	nie wiem	nie	tak	nie wiem
podstawowe	54,9	23,1	22,0	61,0	23,7	15,3
zawodowe	67,1	13,4	19,5	68,3	12,3	19,4
średnie	72,8	8,5	18,7	77,9	5,6	16,5
zaczęł/zaczęła studia	72,9	14,6	12,5	81,4	9,3	9,3
licencjat	82,9	6,2	11,0	75,8	9,7	14,5
wyższe	87,9	2,6	9,5	90,1	2,8	7,2
nie wiem	53,8	6,7	39,5	54,1	8,9	37,0
Ogółem	70,6	8,9	20,5	70,6	8,9	20,5

3.1.2.3. Korelacja ze zdrowiem

Fakt otrzymywania zasiłku z pomocy społecznej silniej różnicuje wskaźniki zdrowotne ankietowanych nastolatków niż korzystanie z dopłat do posiłków szkolnych. Najsilniejszy jest związek z samooceną zdrowia, co dotyczy w większym stopniu chłopców (ryc. 8). Ogółem, odsetek młodzieży mającej gorszą samoocenę zdrowia wynosi 11,4% w grupie rodzin otrzymujących zasiłek i dwa razy mniej bo 5,8%, w grupie nie otrzymujących zasiłku.



Rycina 8. Samoocena zdrowia chłopców i dziewcząt w zależności od korzystania przez rodzinę z pomocy społecznej.

Zwrócić należy uwagę na fakt, że młodzież, która nie była pewna, czy rodzina bierze zasiłek też często sygnalizowała gorszą samoocenę zdrowia.

Pozostałe cztery analizowane wskaźniki zdrowotne mają tendencję do pogarszania się w rodzinach korzystających z pomocy społecznej, jednak w całej badanej grupie nie potwierdzono związku wnioskowaniem statystycznych. Wyraźniejsze różnice pojawiają się w odniesieniu do chłopców i dziewcząt. W szczególności:

- 17,5% dziewcząt z rodzin biorących zasiłek z pomocy społecznej często opuszcza zajęcia szkolne (przeciętny poziom absencji dla tej płci jest 11,4%);
- 19,1% chłopców z rodzin biorących zasiłek z pomocy społecznej sygnalizuje częste dolegliwości psychiczne (przeciętny poziom dolegliwości psychicznych dla tej płci jest 12,9%);
- Odsetek chłopców wykazujących dużą aktywność fizyczną trzykrotnie różni się między grupą rodzin korzystających i niekorzystających z dopłat do posiłków szkolnych (13,4% wobec 31,9%)

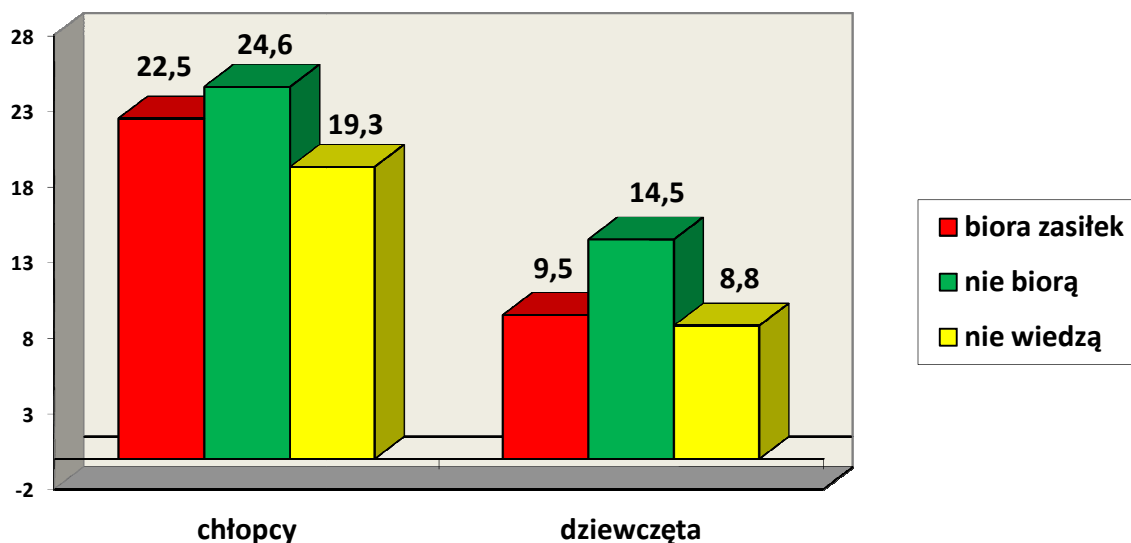
3.1.2.4. Korelacja z zachowaniami

Badano również związek między korzystaniem z dwóch form pomocy społecznej a pięcioma zdefiniowanymi wcześniej wskaźnikami zagrożenia zachowaniami antyzdrowotnymi. Wyniki analiz prowadziły do następujących wniosków:

- Częściej nadużywa alkohol młodzież z rodzin zamożniejszych, a więc nie korzystających z pomocy społecznej (24,8% ankietowanych wobec 15,9% wśród nie biorących zasiłku) ;
- Młodzież z rodzin biorących zasiłek może być częściej pod negatywnym wpływem rówieśników (14,3% wobec 8,0% wśród nie biorących zasiłku);
- Zdecydowanie częściej w rodzinach biorących zasiłek z pomocy społecznej pojawiają się zachowania ryzykanckie (31,1% wobec 22,7% wśród nie biorących zasiłku).

Dodatkowo, jeśli uwzględnimy płeć ankietowanych należy dodać, że:

- negatywny wpływ rówieśników na młodzież z rodzin uboższych głównie widoczny jest u chłopców;
- zachowania ryzykanckie w większym stopniu mają społeczne uwarunkowania u dziewcząt;
- u dziewcząt dodatkowo niższy status ekonomiczny zwiększa skłonność do zachowań o charakterze wykroczeń – ryc.9.



Rycina 9. Pobieranie zasiłku z pomocy społecznej a skłonność młodzieży do wykroczeń

PODSUMOWANIE

Analiza społeczno-ekonomicznych uwarunkowań samopoczucia i zachowań zdrowotnych dorastającej młodzieży wymaga pogłębionych badań. W prowadzonych na terenie województwa opolskiego badaniach internetowych uczniów gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych pytano tylko o dwie formy korzystania z pomocy społecznej. Fakt otrzymywania dopłaty lub całkowitego refundowania posiłków szkolnych w niewielkim stopniu wiąże się ze zdrowiem i stylem życia młodzieży. Silniejszym czynnikiem różnicującym jest otrzymywanie przez rodzinę zasiłku z pomocy społecznej. Młodzież z rodzin korzystających z zasiłku zdecydowanie gorzej ocenia swoje zdrowie i ma większą skłonność do zachowań ryzykanckich. Uzyskano odwrotną zależność w odniesieniu do nadużywania alkoholu – to w rodzinach zamożnych częściej młodzież pije alkohol.

3.1.3. Zaangażowanie rodziny

3.1.3.1. Zastosowane pytania

Dla dzieci i dorastającej młodzieży rodzina jest podstawowym środowiskiem wychowawczym, które powinno zaspokajać potrzeby emocjonalne. Rodzina powinna dawać dzieciom poczucie bezpieczeństwa oraz przekonanie że są kochane. Znaczna część zaburzeń rozwoju lub zachowania dzieci może wynikać ze złego funkcjonowania rodziny.

W rozdziale tym omówione zostaną wyniki analiz dotyczących relacji w rodzinie oraz wsparcia ze strony bliskich osób. W oryginalnej amerykańskiej wersji kwestionariusza CHIP-AE ten blok pytań nazwany został „zaangażowaniem rodziny”, dlatego w tytule rozdziału znalazło się odwołanie to tego określenia. Chodzi tu o zaangażowanie rodziców w wychowywanie dzieci, poświęcanie czasu na rozmowy i wspólne aktywności.

Uwzględniono siedem pytań kwestionariusza CHIP-AE.

Po pierwsze, dziewczęta i chłopcy odpowiadali na pytanie, przez ile dni w ostatnich 4 tygodniach rodzice lub inne dorosłe osoby w rodzinie:

- Spędzali z nią/nim czas robiąc coś dla przyjemności lub zabawy np. kino, wycieczki, gry;
- Rozmawiali z nią/nim lub słuchali jej/jego pomysłów;
- Jedli z nią/nim posiłki?

Po drugie, ankietowani mieli za zadanie określić, przez ile dni w ostatnich 4 tygodniach:

- Cieszyli się, że są członkami swojej rodziny;
- Dobrze im się układało z rodzicami.

Kategorie odpowiedzi na powyższe pięć pytań zawierały następujące możliwości: *wcale, od 1 do 3 dni, od 4 do 6 dni, od 7 do 14 dni, od 15 do 28 dni.*

Wykorzystując te pięć pytań zbudowano skalę *zaangażowania rodziny*, która przyjmuje zakres od 0 do 20 punktów¹². Wysoka punktacja oznacza lepiej funkcjonującą rodzinę.

¹² Ostatnie dwa pytania na temat wsparcia społecznego kodowani 0 (Nie) i 4 (Tak).

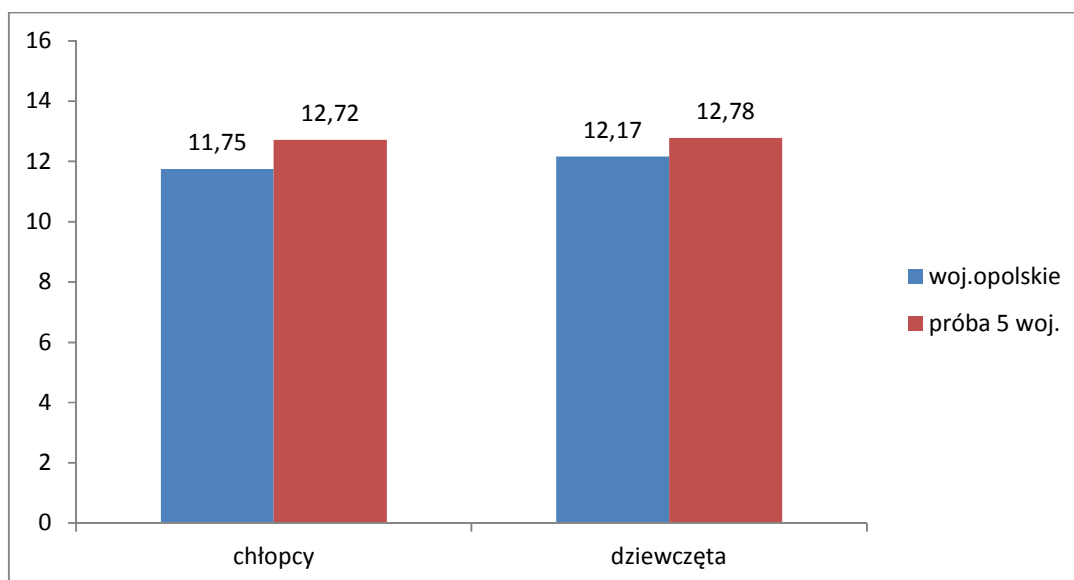
W kwestionariuszu CHIP-AE znalazły się też powiązane tematycznie dwa pytania na temat postrzegania wsparcia ze strony innych osób, na które młodzież odpowiadała TAK lub NIE:

- Jest osoba dorosła, do której możesz się zwrócić po pomoc jeśli masz prawdziwy problem;
- Są osoby dorosłe naprawdę zainteresowane tym, co robisz i zachęcają Cię do robienia wszystkiego, jak najlepiej potrafisz.

3.1.3.2. Rozkład odpowiedzi

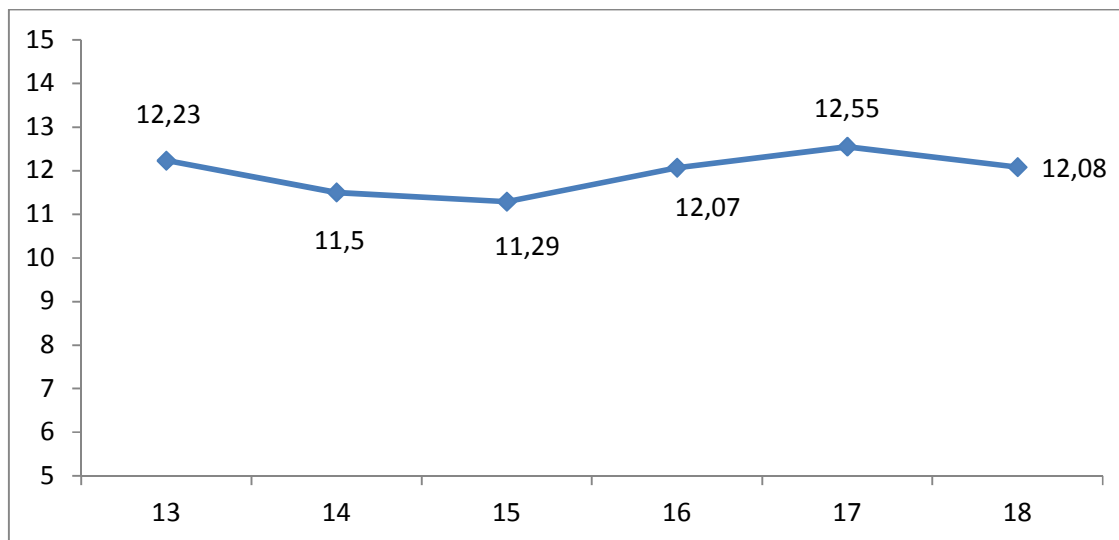
W tabelach 13-20 znajduje się dokładny rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania składowe zdefiniowanej wcześniej skali oraz zestawienie dotyczące indeksu sumarycznego. Porównano wynik uzyskane w województwie opolskim z próbą z pięciu innych województw.

Średni indeks relacji rodzinnych był niższy w województwie opolskim niż w połączonej próbie z pozostałych badanych województw (11,96 vs. 12,75). Istotna różnica na niekorzyść rodzin z województwa opolskiego była bardziej widoczna u chłopców (ryc. 10)



Rycina 10. Średni indeks zaangażowania rodziny

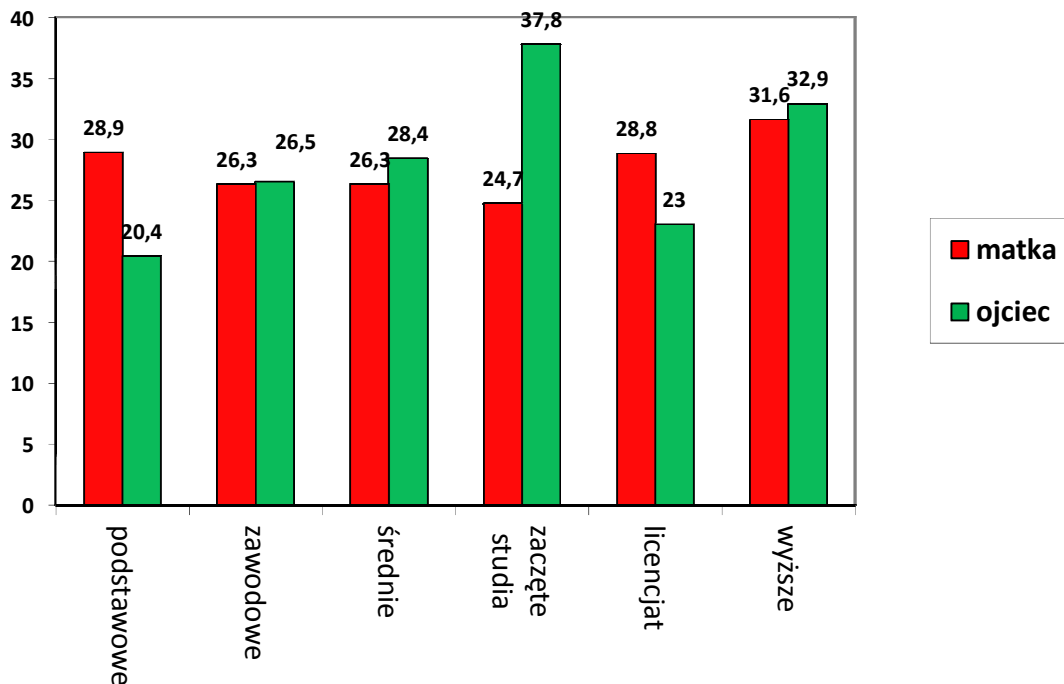
Dziewczęta oceniają relacje rodzinne lepiej niż chłopcy. Zależność względem wieku ma charakter nieliniowy. Ocena relacji rodzinnych pogarsza się w rocznikach gimnazjalnych, po czym znów polepsza się w opinii młodzieży z pierwszych klas szkół ponadgimnazjalnych. Najgorzej oceniają rodzinę 15-latki.



Rycina 11. Średni indeks relacji rodzinnych według wieku

Matki z wykształceniem podstawowym są bardzo niejednorodną grupą. Można w tej grupie zaobserwować zarówno wysoki odsetek rodzin słabiej funkcjonujących (38,6% czyli o 10% od przeciętnej populacyjnej), jak i wysoki odsetek rodzin bardzo dobrze funkcjonujących. W przypadku ojców czynnikiem wzmacniającym rodzinę jest nie tylko wyższe wykształcenie, ale też fakt podjęcia studiów.

Dobre funkcjonowanie rodziny może mieć uwarunkowania społeczno-ekonomiczne. Na rycinie 12 przedstawiono odsetek rodzin charakteryzujących się większym zaangażowaniem w wychowanie dzieci w zależności od wykształcenia ojca i matki. Zdecydowanie najlepiej funkcjonują rodziny z wyższym wykształceniem.



Rycina 12. Odsetek dobrze funkcjonujących rodzin (trzecia kategoria) w zależności od wykształcenia matki i ojca

Stwierdzono też, że w rodzinach otrzymujących zasiłek z pomocy społecznej zaangażowanie rodziców w wychowanie dzieci jest mniejsze. Do trzeciej, najlepszej grupy rodzin dobrze funkcjonujących zakwalifikowano 15,5% spośród pobierających zasiłek i dwukrotnie więcej bo 29,8% spośród niepobierających zasiłku.

3.1.3.3. Korelacja ze zdrowiem

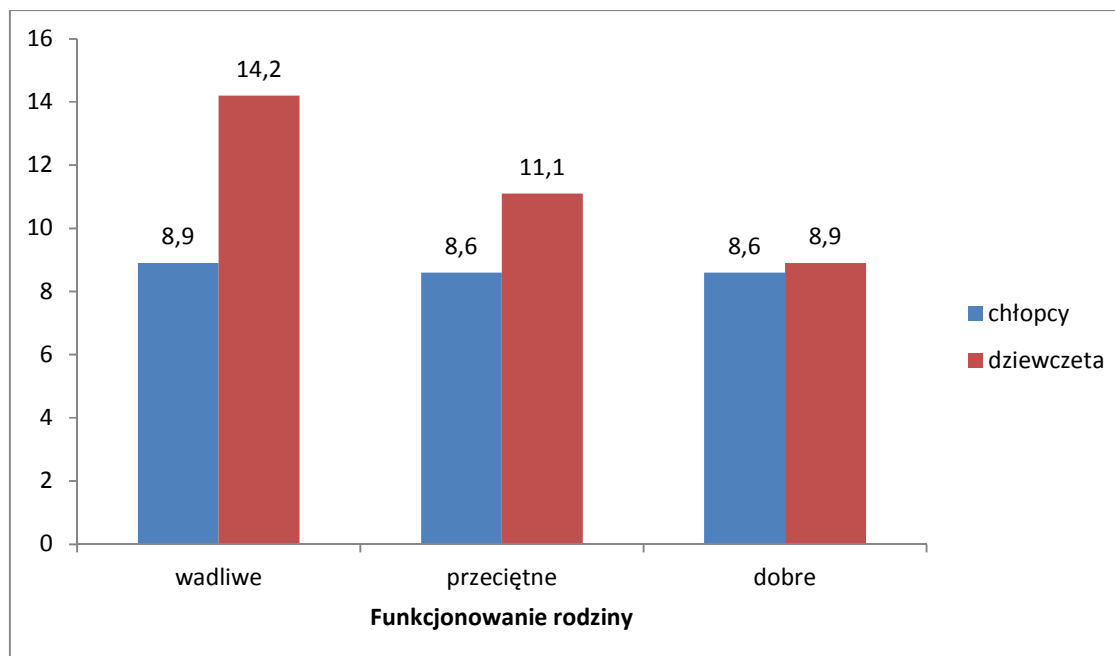
Młodzież, która negatywnie oceniała swoje środowisko rodzinne przeważnie miała większe problemy ze zdrowiem (tab.11). Szczególnie jest to widoczne na przykładzie nasilenia dolegliwości psychicznych i ogólnej samooceny zdrowia. Prawidłowo funkcjonująca rodzina sprzyja też podejmowaniu zachowań prozdrowotnych, takich jak aktywność fizyczna.

Tabela 11. Zdrowie nastolatków a relacje rodzinne.

Wskaźnik oceny zdrowia	Zaangażowanie rodziny		
	małe	średnie	duże
niska samoocena zdrowia*	10,6	4,9	4,7
duża absencja chorobowa	11,5	9,9	8,8
nasilenie dolegliwości psychicznych*	28,1	21,6	12,7
urazy wymagające pomocy medycznej	21,1	20,0	20,8
wysoka aktywność fizyczna*	16,7	18,9	27,6

*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika

Związek pomiędzy funkcjonowaniem rodziny a absencją szkolną jest lepiej widoczny u dziewcząt niż u chłopców (ryc.13).



Rycina 13. Młodzież, która często opuszcza codzienne zajęcia (%) w zależności od płci i funkcjonowania rodziny.

3.1.3.4. Korelacja z zachowaniami

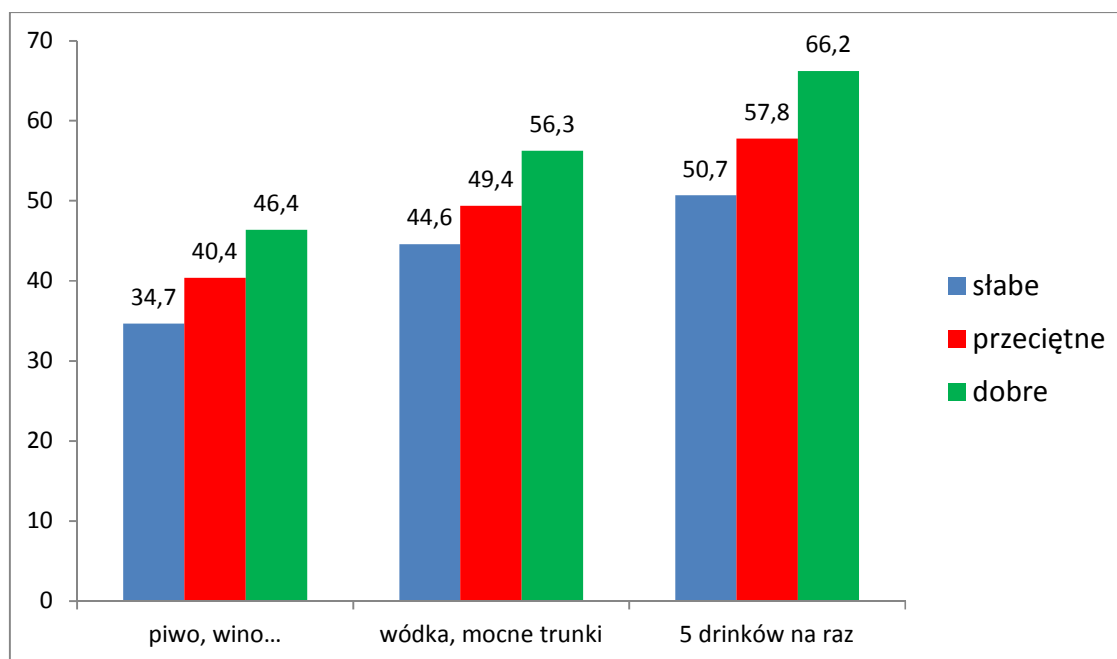
Wyraźnie zarysowała się też zależność między funkcjonowaniem rodziny a zagrożeniem zachowaniami niekorzystnymi dla zdrowia. Największe różnice zanotowano w odniesieniu do używania narkotyków oraz zachowań o charakterze wykroczeń. Wraz ze wzrostem zaangażowanie rodziny w problemy dziecka spada też ryzyko przebywania w towarzystwie kolegów nadużywających substancji psychoaktywnych. Dodatkowo, można zauważyć u dziewcząt związek między funkcjonowaniem rodziny a zachowaniami ryzykanckimi, czyli zachowaniami świadczącymi o skłonności do poszukiwania wrażeń. Jeżeli zaangażowanie rodziców w sprawy dziecka jest małe lub przeciętne, prawie jedna piąta nastolatków często podejmuje zachowania ryzykancie. Przy bardzo dobrej jakości relacji rodzinnych odsetek ten zmniejsza się u dziewcząt do 11,0%.

Tabela 12. Młodzież podejmująca zachowania ryzykowne (%) wg relacji rodzinnych.

Wskaźnik zachowań ryzykownych	Zaangażowanie rodziny		
	małe	średnie	duże
częste picie alkoholu	24,7	24,8	21,8
używanie narkotyków w ostatnim roku*	22,2	14,6	9,2
nasilone zachowania ryzykanckie	26,2	23,6	20,1
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń*	23,9	13,9	9,7
negatywny wpływ rówieśników*	15,2	4,5	4,2

*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika

Związek między sytuacją rodzinną a piciem alkoholu wyraźniej zaznacza się przy analizowaniu trzech pojedynczych pytań, niż na przykładzie sumarycznego indeksu kontaktów z alkoholem. Na rycinie 14 przedstawiono odsetki nastolatków nie pijących alkoholu w trzech grupach rodzin. Różnica między skrajnymi grupami sięga 12-15 punktów procentowych.



Rycina 14. Młodzież **nie pijąca** alkoholu (%) w zależności od funkcjonowania rodziny (słabe, przeciętne, dobre)

Podsumowanie

Nastolatki z województwa opolskiego ogólnie oceniają zaangażowanie rodziny w ich problemy gorzej niż rówieśnicy z innych województw. W porównaniu z danymi ogólnopolskimi można zauważyć w województwie opolskim większą polaryzację postaw. Wyraża się to w odniesieniu do wielu pytań większym odsetkiem rodzin gorzej funkcjonujących, ale równocześnie znaczącym odsetkiem rodzin bardzo dobrze funkcjonujących. Zdecydowanie mniej uczniów gimnazjów lub szkół ponadgimnazjalnych uważało, że dobrze im się układa z rodzicami oraz mniej cieszyło się z bycia członkiem swojej rodziny.

Nie dla wszystkich, ale dla wielu analizowanych wskaźników, wykazano ich silny związek z relacjami rodzinnymi. W grupie wskaźników zdrowotnych szczególnie silna jest korelacja ze zdrowiem psychicznym. W grupie wskaźników dotyczących zachowań szczególnie silna jest korelacja z używaniem narkotyków.

Prawidłowo funkcjonująca rodzina może też chronić przed negatywnym wpływem rówieśników. W przypadku dobrych relacji rodzinnych młodzież zdecydowanie rzadziej ma kontakt w rówieśnikami często pijącymi alkohol lub używającymi innych substancji psychoaktywnych.

Relacje rodzinne mają silniejszy wpływ na samopoczucie i zachowania zdrowotne dziewcząt niż na chłopców.

Programy wzmacniania rodziny powinny być nieodłącznym elementem programów promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń problemowych u dorastającej młodzieży.

Tabela 13. Dni w ciągu ostatniego miesiąca, w czasie których rodzice spędzali z nastolatkiem czas robiąc coś dla przyjemności, zabawy np. kino, wycieczki, gry.

	wcale	od 1 do 3 dni	od 4 do 6 dni	od 7 do 15 dni	od 15 do 28 dni
Próba ogólnopolska	28,8	31,5	17,2	11,9	10,6
Województwo opolskie					
Ogółem	26,5	33,8	15,7	6,2	17,8
Chłopcy	27,2	33,7	15,3	5,8	17,9
Dziewczęta	25,9	33,8	16,0	6,6	17,7
Gimnazjum					
Ogółem	24,6	35,7	16,3	4,2	19,2
Chłopcy	25,3	36,6	15,7	3,9	18,5
Dziewczęta	23,9	34,8	16,8	4,5	20,0
I klasa	21,4	36,8	16,7	3,7	21,4
II klasa	25,7	35,8	16,6	3,9	18,0
III klasa	28,5	33,7	15,2	5,4	17,3
Opole	28,1	38,0	10,3	1,0	22,6
Miasta powiatowe	23,6	38,4	18,0	1,6	18,4
Inne miasta	26,0	30,8	16,8	4,7	21,7
Wieś	23,0	35,4	16,5	8,8	16,2
Szkoły ponadgimnazjalne					
Ogółem	29,1	31,2	14,9	8,9	15,8
Chłopcy	29,8	29,8	14,8	8,5	17,1
Dziewczęta	28,5	32,5	15,0	9,4	14,7
I klasa	28,5	31,2	15,3	7,4	17,5
II klasa	29,5	31,1	14,6	10,1	14,6
Licea	26,1	31,8	14,7	11,9	15,4
Chłopcy	26,6	29,6	13,2	12,6	18,0
Dziewczęta	25,8	33,3	15,7	11,5	13,7
Inne szkoły	32,7	30,5	15,2	5,3	16,4
Chłopcy	32,6	30,0	16,3	4,9	16,3
Dziewczęta	33,0	31,2	13,6	5,7	16,5
Opole	28,9	32,4	16,8	8,7	13,2
Miasta powiatowe	21,9	29,1	14,2	18,3	16,5
Inne miasta	35,1	30,4	9,9	1,0	23,6
Wieś	34,7	32,2	15,3	2,8	15,0

Tabela 14. Dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których rodzice rozmawiali z nastolatkiem lub słuchali jego opinii i pomysłów.

	wcale	od 1 do 3 dni	od 4 do 6 dni	od 7 do 15 dni	od 15 do 28 dni
Próba ogólnopolska	13,9	20,0	16,9	18,1	31,1
Województwo opolskie					
Ogółem	15,7	27,4	16,4	7,3	33,3
Chłopcy	18,6	27,8	17,7	6,4	29,5
Dziewczęta	12,8	27,0	15,1	8,2	37,1
Gimnazjum					
Ogółem	18,2	29,4	16,5	5,2	30,6
Chłopcy	21,6	29,2	17,3	4,6	27,3
Dziewczęta	14,8	29,7	15,6	5,8	34,1
I klasa	18,9	28,0	17,2	5,7	30,3
II klasa	18,6	30,8	15,8	3,5	31,2
III klasa	16,6	30,1	16,4	6,4	30,5
Opole	18,0	29,7	17,7	2,2	32,4
Miasta powiatowe	18,3	32,9	15,9	2,1	30,7
Inne miasta	19,3	26,4	18,3	6,3	29,8
Wieś	17,3	27,7	15,1	10,6	29,2
Szkoły ponadgimnazjalne					
Ogółem	12,3	24,6	16,2	10,1	36,8
Chłopcy	14,5	25,9	18,2	8,9	32,5
Dziewczęta	10,3	23,4	14,3	11,2	40,8
I klasa	13,3	25,2	15,9	10,2	35,4
II klasa	11,4	24,2	16,4	9,9	38,1
Licea	10,2	21,6	14,6	10,6	43,0
Chłopcy	13,0	21,1	17,2	8,4	40,4
Dziewczęta	8,4	21,9	12,9	12,1	44,8
Inne szkoły	14,7	28,4	18,0	9,3	29,5
Chłopcy	15,5	30,1	19,2	9,3	25,9
Dziewczęta	13,6	26,2	16,5	9,3	34,4
Opole	11,7	24,3	16,0	10,9	37,1
Miasta powiatowe	8,0	21,1	15,5	15,5	39,9
Inne miasta	17,6	25,5	14,4	4,8	37,8
Wieś	15,3	28,8	18,4	5,0	32,5

Tabela 15. Dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których rodzice jedli z nastolatkiem posiłki.

	wcale	od 1 do 3 dni	od 4 do 6 dni	od 7 do 15 dni	od 15 do 28 dni
Próba ogólnopolska	5,6	10,4	7,4	16,3	60,3
Województwo opolskie					
Ogółem	8,5	14,6	10,8	6,1	60,0
Chłopcy	11,1	13,9	10,2	5,7	59,2
Dziewczęta	5,8	15,3	11,5	6,5	60,8
Gimnazjum					
Ogółem	9,5	16,2	10,5	4,0	59,8
Chłopcy	13,1	15,2	9,5	4,1	58,1
Dziewczęta	5,7	17,3	11,4	4,0	61,6
I klasa	10,0	16,1	10,6	3,9	59,3
II klasa	9,6	15,0	10,6	3,2	61,6
III klasa	8,2	18,2	10,0	5,3	58,3
Opole	11,4	15,2	12,1	2,7	58,6
Miasta powiatowe	10,5	17,5	10,8	2,1	59,1
Inne miasta	9,8	17,8	9,2	4,5	58,6
Wieś	7,1	13,7	8,9	8,1	62,2
Szkoły ponadgimnazjalne					
Ogółem	7,2	12,4	11,4	8,7	60,3
Chłopcy	8,3	12,1	11,1	7,7	60,9
Dziewczęta	6,1	12,8	11,7	9,6	59,7
I klasa	7,8	12,0	12,3	6,7	61,2
II klasa	6,6	12,8	10,8	10,3	59,6
Licea	5,5	10,1	12,4	9,4	62,6
Chłopcy	6,9	9,6	12,3	8,1	63,0
Dziewczęta	4,5	10,5	12,5	10,2	62,3
Inne szkoły	9,2	15,3	10,2	7,9	57,4
Chłopcy	9,4	14,1	10,2	7,3	58,9
Dziewczęta	9,0	16,9	10,1	8,6	55,4
Opole	6,8	12,1	11,1	12,3	57,7
Miasta powiatowe	3,9	9,3	10,3	12,1	64,3
Inne miasta	11,2	13,3	12,2	1,6	61,7
Wieś	9,4	16,0	12,9	2,5	59,2

Tabela 16. Dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których nastolatek cieszył się, że jest członkiem swojej rodziny.

	wcale	od 1 do 3 dni	od 4 do 6 dni	od 7 do 15 dni	od 15 do 28 dni
Próba ogólnopolska	10,6	10,3	9,5	17,2	52,4
Województwo opolskie					
Ogółem	13,6	18,0	12,9	7,1	48,4
Chłopcy	14,7	16,9	11,8	7,0	49,6
Dziewczęta	12,4	19,2	14,0	7,3	47,2
Gimnazjum					
Ogółem	14,0	19,2	13,7	5,0	48,1
Chłopcy	15,4	18,7	12,0	4,4	49,4
Dziewczęta	12,5	19,7	15,5	5,5	46,8
I klasa	14,3	17,4	11,8	4,5	52,0
II klasa	14,0	21,5	14,0	3,9	46,7
III klasa	13,4	19,2	16,7	7,0	43,8
Opole	16,6	18,9	15,5	1,4	47,7
Miasta powiatowe	15,1	20,2	16,2	3,4	45,0
Inne miasta	13,8	18,9	13,6	4,3	49,4
Wieś	11,4	18,3	10,2	9,6	50,5
Szkoły ponadgimnazjalne					
Ogółem	13,0	16,4	11,8	10,0	48,8
Chłopcy	13,8	14,2	11,4	10,6	50,0
Dziewczęta	12,2	18,4	12,2	9,5	47,6
I klasa	14,4	15,7	11,3	9,3	49,4
II klasa	12,0	16,9	12,2	10,5	48,3
Licea	11,3	15,3	11,0	10,9	51,5
Chłopcy	12,2	10,6	10,3	11,9	55,0
Dziewczęta	10,8	18,5	11,4	10,2	49,2
Inne szkoły	15,0	17,9	13,0	8,8	45,3
Chłopcy	15,2	17,3	12,6	9,2	45,7
Dziewczęta	14,7	18,6	13,6	8,2	44,8
Opole	12,6	16,8	9,9	11,2	49,5
Miasta powiatowe	9,3	13,7	11,3	13,9	51,8
Inne miasta	15,8	16,3	14,2	3,2	50,5
Wieś	16,5	19,3	14,6	7,0	42,7

Tabela 17. Dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których nastolatki dobrze się układało z rodzicami.

	wcale	od 1 do 3 dni	od 4 do 6 dni	od 7 do 15 dni	od 15 do 28 dni
Próba ogólnopolska	6,4	11,3	10,5	26,7	45,1
Województwo opolskie					
Ogółem	11,0	15,8	16,9	9,6	46,7
Chłopcy	13,5	12,6	16,5	8,5	48,9
Dziewczęta	8,6	18,9	17,3	10,7	44,6
Gimnazjum					
Ogółem	12,4	17,3	18,1	5,7	46,6
Chłopcy	14,6	14,2	17,2	4,4	49,6
Dziewczęta	10,1	20,4	19,1	6,9	43,4
I klasa	13,1	15,2	15,1	5,5	51,2
II klasa	12,8	18,9	19,7	4,2	44,5
III klasa	10,7	18,5	21,1	7,6	42,1
Opole	13,7	14,8	22,8	5,7	43,0
Miasta powiatowe	12,8	19,0	23,2	3,3	41,7
Inne miasta	13,0	16,5	14,2	8,7	47,6
Wieś	10,7	17,0	13,4	8,3	50,6
Szkoły ponadgimnazjalne					
Ogółem	9,3	13,7	15,2	15,0	46,8
Chłopcy	12,1	10,3	15,5	14,2	47,9
Dziewczęta	6,7	17,0	14,8	15,6	45,9
I klasa	10,4	14,1	15,2	14,0	46,2
II klasa	8,5	13,5	15,1	15,6	47,3
Licea	7,3	12,6	13,7	16,5	50,0
Chłopcy	10,0	7,3	14,2	17,2	51,4
Dziewczęta	5,4	16,2	13,3	16,0	49,1
Inne szkoły	11,9	15,1	17,0	12,9	43,1
Chłopcy	14,0	13,0	16,7	11,4	45,0
Dziewczęta	9,0	17,9	17,6	15,1	40,5
Opole	7,8	15,7	11,4	19,1	46,0
Miasta powiatowe	5,9	9,3	12,9	22,0	49,9
Inne miasta	14,2	14,7	20,5	2,1	48,4
Wieś	13,4	15,0	21,4	6,1	44,1

Tabela 18. Młodzież, która ma lub nie ma osobę dorosłą do której może się zwrócić o pomoc.

	Nie	Tak
Próba ogólnopolska ogółem	21,1	78,9
Próba ogólnopolska – gimnazjum	21,6	78,4
Województwo opolskie		
Ogółem – gimnazjum	29,0	71,0
Chłopcy	33,7	66,3
Dziewczęta	24,2	75,8
I klasa	25,7	74,3
II klasa	31,1	68,9
III klasa	31,1	68,9

Tabela 19. Młodzież, która odpowiadała na pytanie – Czy są osoby dorosłe naprawdę zainteresowane tym, co robisz i zachęcają Cię do robienia wszystkiego, jak najlepiej potrafisz?

	Nie	Tak
Próba ogólnopolska ogółem	20,1	79,9
Próba ogólnopolska - gimnazjum	20,7	79,3
Województwo opolskie		
Ogółem - gimnazjum	27,3	72,7
Chłopcy	26,6	73,4
Dziewczęta	27,8	72,2
I klasa	24,3	75,7
II klasa	31,5	68,5
III klasa	27,4	72,6

Tabela 20. Relacje rodzinne według skali sumarycznej.

	Zaangażowanie rodziny		
	małe	przeciętne	duże
Próba ogólnopolska	19,9	54,4	25,8
Województwo opolskie			
Ogółem	29,1	44,2	26,7
Chłopcy	30,6	43,9	25,5
Dziewczęta	27,7	44,4	27,9
Gimnazjum			
Ogółem	30,8	43,6	25,6
Chłopcy	32,1	44,4	23,5
Dziewczęta	29,5	42,7	27,7
I klasa	29,0	44,2	26,8
II klasa	32,8	42,4	24,8
III klasa	31,3	44,4	24,4
Opole	33,9	40,9	25,3
Miasta powiatowe	32,4	44,9	22,8
Inne miasta	30,5	43,4	26,1
Wieś	27,8	43,5	28,7
Szkoły ponadgimnazjalne			
Ogółem	26,8	44,9	28,2
Chłopcy	28,4	43,2	28,3
Dziewczęta	25,4	46,5	28,2
I klasa	26,8	45,4	27,8
II klasa	26,9	44,5	28,6
Licea	22,1	46,0	31,9
Chłopcy	21,7	45,3	33,0
Dziewczęta	22,3	46,5	31,2
Inne szkoły	32,8	43,6	23,6
Chłopcy	34,4	41,5	24,1
Dziewczęta	30,6	46,4	23,0
Opole	25,9	46,6	27,5
Miasta powiatowe	18,8	46,9	34,4
Inne miasta	35,5	35,5	29,0
Wieś	33,5	44,8	21,6

3.1.4. Bezpieczeństwo w domu

Poczucie bezpieczeństwa to jedno z podstawowych potrzeb psychicznych człowieka. Konieczność jej zaspokojenia jest ważna zarówno we wczesnym okresie rozwoju, jak i w okresie dorastania. W tym czasie nastolatki zmagają się z trudnościami wynikającymi z procesów dojrzewania fizycznego i psychospołecznego. Często jest to związane z zachwianiem się równowagi i przeżywaniem trudności odnoszących się do odpowiedzi na pytania: kim jestem, kim chcę być itd. Jednocześnie należy pamiętać, że jest to czas narastającej konieczności niezależności od rodziców lub innych osób dorosłych oraz silnej potrzeby autonomii. Łącząc te dwa aspekty należy podkreślić, że zapewnienie nastolatkowi poczucia bezpieczeństwa (szczególnie w środowisku domowym) jest szczególnie ważnym elementem, który stawi warunek konieczny dla stabilnego rozwoju. Niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa wiąże się z ryzykiem zaburzeń w funkcjonowaniu i potrzebą zaspokojenie też potrzeby w inny, często ryzykowny sposób.

W kwestionariuszu CHIP-AE umieszczono skalę bezpieczeństwa w domu odnoszącą się do aspektów psychologicznych oraz bezpośrednio związanych ze środowiskiem domowym.

3.1.4.1. Zastosowane pytania

W skali dotyczącej bezpieczeństwa w domu uwzględniono 8 pytań:

- a) *W ciągu ostatnich 4 tygodni, przez ile godzin dziennie przeciętnie oglądałeś telewizję lub filmy na wideo w dni nauki szkolnej; kategorie odpowiedzi: w ogóle nie oglądałem; krócej niż 1 godzinę; od 1 do 2 godzin; od 3 do 4 godzin; 4 lub więcej godzin.*
- b) *Czy masz określoną godzinę, o której musisz być w domu wieczorem w dni nauki szkolnej?; kategorie odpowiedzi: zwykle nie mogę wychodzić wieczorami w dni nauki szkolnej, muszę być w domu przed 20.00, muszę być w domu przed 21.00, muszę być w domu przed 22.00, nie mam określonej godziny.*
- c) *Czy w twoim domu:*
 - *jest sprawny wykrywacz dymu lub alarm przeciwpożarowy,*
 - *ktokolwiek pali papierosy (nie wliczaj siebie jeżeli palisz),*

- *jest sprawna gaśnica,*

Kategorie odpowiedzi: *nie, tak, nie wiem.*

d) *Czy czujesz, że:*

- *Jesteś bezpieczny w szkole*

- *Jesteś bezpieczny w swojej okolicy zamieszkania*

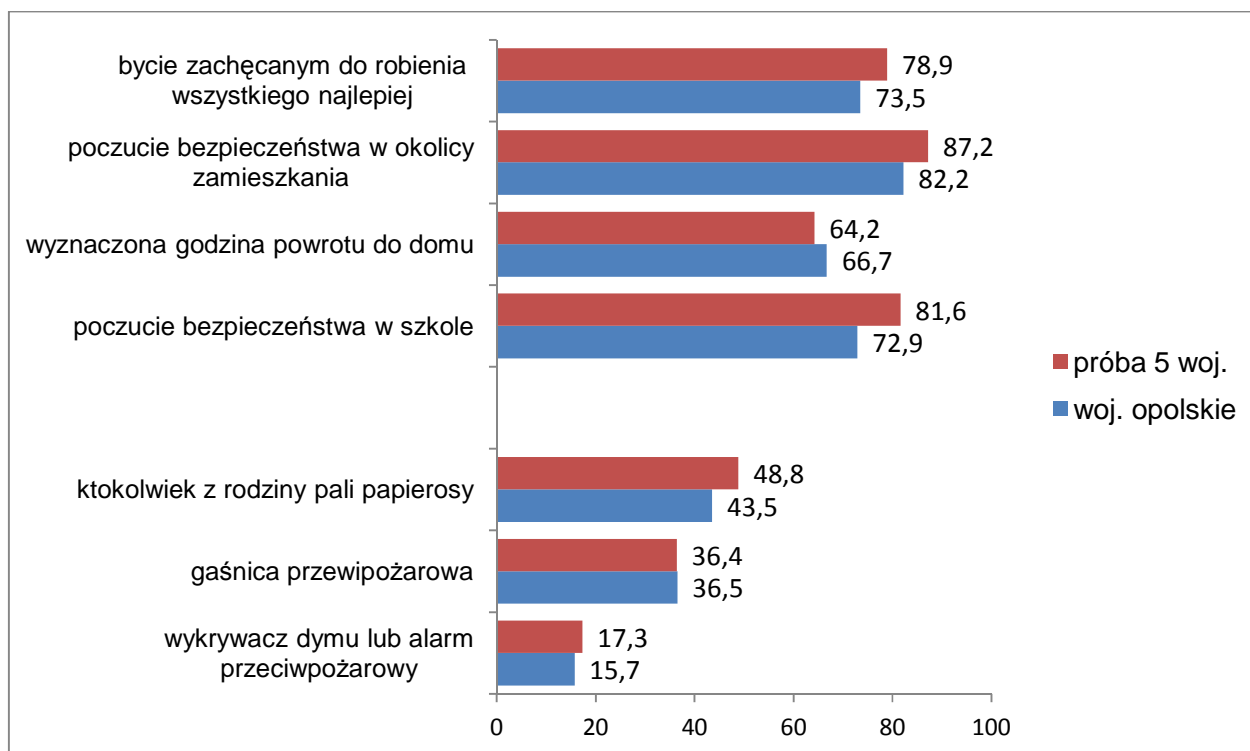
- *Ogólnie jesteś zachęcany do robienia wszystkiego, najlepiej jak potrafisz*

Kategorie odpowiedzi: *nie, tak.*

Przy użyciu opisanych powyżej pytań stworzono skalę bezpieczeństwa w domu. Wysoko punktacja na tej skali oznacza duże poczucie bezpieczeństwa w domu.

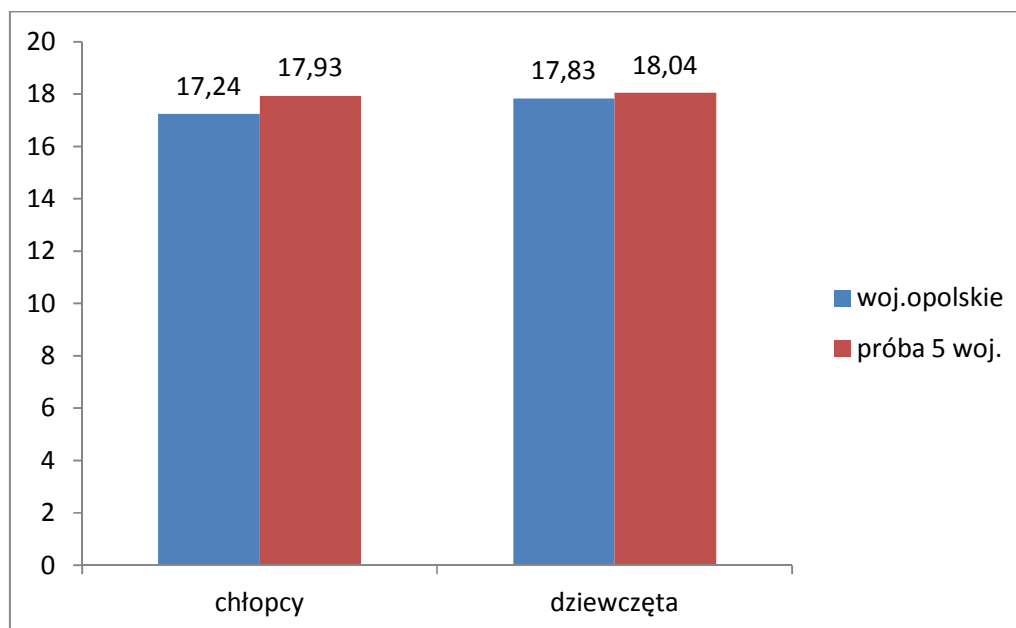
3.1.4.2. Rozkład odpowiedzi

Na rycinie 15 przedstawiono wyniki analiz odpowiedzi na poszczególne pytania skali bezpieczeństwa w domu. Porównano dane dotyczące woj. opolskiego i pozostałych badanych województw. Pierwsze cztery pytania odnoszą się do aspektów psychospołecznych poczucia bezpieczeństwa. Wykazano, że nastolatki z woj. opolskiego w porównaniu z rówieśnikami z pozostałych województw, są rzadziej zachęcane do robienia wszystkiego najlepiej jak potrafią, rzadziej mają poczucie bezpieczeństwa w okolicy zamieszkania oraz poczucie bezpieczeństwa w szkole. Nieznacznie częściej mają oni wyznaczaną przez rodziców godziną, o której muszą wrócić do domu w dni szkolne. Porównano także aspekty środowiskowe poczucia bezpieczeństwa i stwierdzono, że uczniowie z woj. opolskiego rzadziej deklarowali, że ktoś w ich domu pali papierosy, nieznacznie rzadziej niż rówieśnicy z pozostałych województw podawali, że mają w domu wykrywacz dymu lub alarm przeciwpożarowy. Nie stwierdzono różnic w odniesieniu do posiadania gaśnicy w domu.



Rycina 15. Odsetki dotyczące odpowiedzi na poszczególne pytania ze skali bezpieczeństwa w domu według badanej populacji

Średni indeks bezpieczeństwa w domu nieznacznie niższy w województwie opolskim niż w połączonej próbie z pozostałych badanych województw (odpowiednio 17,75 vs. 17,94). Zarówno w woj. opolskim jak i w pozostałych badanych województwach średnia wartość była większa wśród dziewcząt w porównaniu z chłopcami (ryc. 16).



Rycina 16. Średni indeks bezpieczeństwa w domu według płci i badanej populacji

Skalę bezpieczeństwa w domu podzielono umownie na trzy poziomy: niskiego, średniego i wysokiego poziomu bezpieczeństwa. Wśród badanej populacji z woj. opolskiego 27.1% miało niski; 46,1% średni a 26,8% wysoki poziom bezpieczeństwa w domu. W pozostałych badanych województwach uzyskano następujące dane (odpowiednio do powyższych): 23,3%, 52,4%, 24,3%.

W tabeli nr 23 znajduje się rozkład odpowiedzi na wybrane pytania, które wchodzi w skład opisywanej skali. Porównano wyniki uzyskane w województwie opolskim z próbą z pięciu innych województw. Sądzymy, że obszar dotyczący wyznaczania młodzieży granic jest w odniesieniu do poczucia bezpieczeństwa młodego człowieka szczególnie istotny. Analizując dane dotyczące uczniów a woj. opolskiego zauważono, że chłopcy częściej niż dziewczęta nie mają wyznaczonej godziny, o której muszą wrócić do domu w dni szkolne. Większą swobodę ze strony rodziców otrzymują uczniowie ze szkół ponadgimnazjalnych, w porównaniu z gimnazjalistami. Zauważono, że co 5 gimnazjalista nie ma wyznaczonej w dni szkoły godziny o której musi wrócić do domu. W szkole ponadgimnazjalnej dotyczy to już prawie co drugiego ucznia.

3.1.4.3. Korelacja ze zdrowiem

W podrozdziale przedstawiono wyniki dotyczące powiązania między bezpieczeństwem w domu a pięcioma wskaźnikami oceny zdrowia przez nastolatki z województwa opolskiego. W tabeli 21 przedstawiono wyniki odnoszące się do tych zależności. W odniesieniu do trzech pierwszych wskaźników oceny zdrowia wykazano wyraźną zależność z bezpieczeństwem w domu. Młodzież, która miała małe poczucie bezpieczeństwa w domu, częściej niż nastolatki z dużym poczuciem bezpieczeństwa miała niską samoocenę zdrowia, dużą absencję chorobową oraz nasilone dolegliwości psychiczne. W ostatnim przypadku zależność jest istotna statystycznie. Zależność między poczuciem bezpieczeństwa a aktywnością fizyczną okazała się odwrotna od opisanych powyżej. Stwierdzono bowiem, że częściej wysoką aktywność fizyczną mają nastolatki które deklarowały duże poczucie bezpieczeństwa w domu, niż te z niskim jego poziomem. Nie wykazano liniowej zależności w odniesieniu do urazów wymagających pomocy medycznej.

Tabela 21. Zdrowie nastolatków a bezpieczeństwo w domu.

Wskaźnik oceny zdrowia	Bezpieczeństwo w domu		
	małe	średnie	duże
niska samoocena zdrowia	8,1	4,0	3,8
duża absencja chorobowa	11,6	8,9	5,8
nasilenie dolegliwości psychicznych*	27,6	16,7	12,4
urazy wymagające pomocy medycznej	17,7	17,0	18,4
wysoka aktywność fizyczna*	18,8	19,2	33,1

*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika

3.1.4.4. Korelacja z zachowaniami

Kolejnym etapem analizy była ocena zależności między poczuciem bezpieczeństwa w domu a zachowaniami ryzykownymi młodzieży z woj. opolskiego. Wyniki tych analiz przedstawiono w tabeli poniżej. W każdym przypadku widać, że brak poczucia bezpieczeństwa zwiększa ryzyko podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych. Najbardziej widoczne są różnice w odniesieniu do trzech zachowań: częstego picia alkoholu (26,8% przy małym poczuciu bezpieczeństwa vs. 15,5% - duże poczucie bezpieczeństwa); nasilonych zachowań o charakterze wykroczeń (26,1% - małe poczucie bezpieczeństwa vs. 11% - duże poczucie bezpieczeństwa) oraz negatywnego wpływu rówieśników (19,5% - małe poczucie bezpieczeństwa vs. 6,3% - duże poczucie bezpieczeństwa).

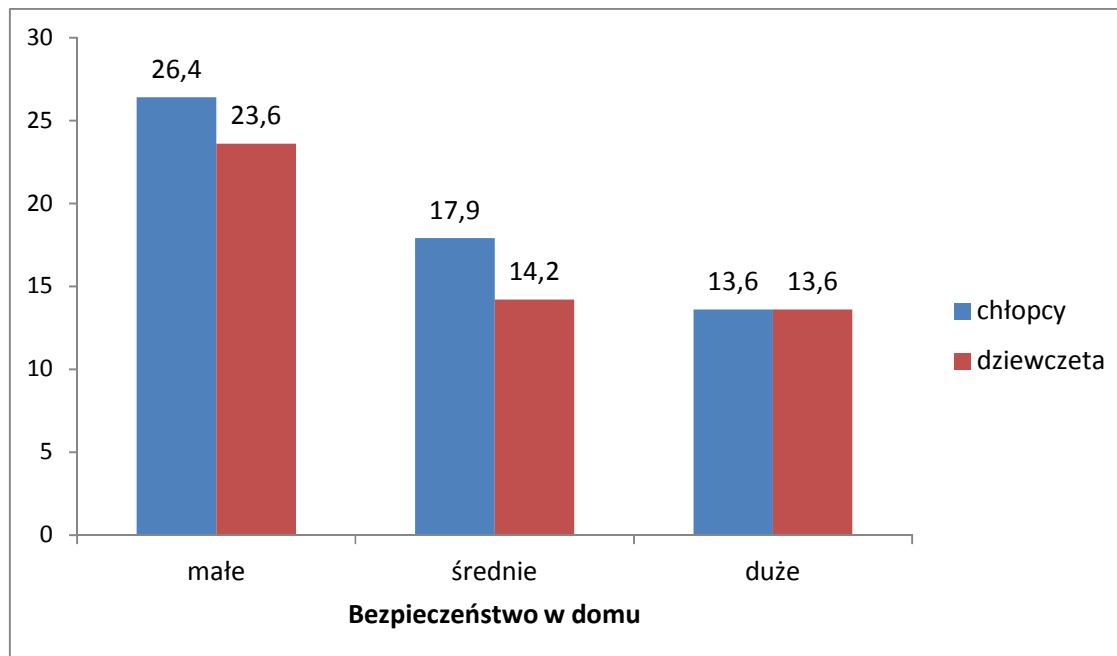
Tabela 22. Młodzież podejmująca inne zachowania ryzykowne (%) wg bezpieczeństwa w domu.

Wskaźnik zachowań ryzykownych	Bezpieczeństwo w domu		
	małe	średnie	duże
częste picie alkoholu*	26,8	18,3	15,5
używanie narkotyków w ostatnim roku	14,4	15,1	8,9
nasilone zachowania ryzykanckie*	33,3	27,5	20,3
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń*	26,1	15,1	11,0
negatywny wpływ rówieśników*	19,5	4,1	6,3

*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika

Oceniono zależność między poczuciem bezpieczeństwa w domu a częstym upijaniem się w zależności od płci badanych. Wyniki przedstawiono na rycinie 17. Zależność liniowa jest widoczna tylko wśród chłopców, gdzie wraz z podniesieniem poziomu poczucia bezpieczeństwa w domu zmniejsza się picie alkoholu. Wśród dziewcząt podniesienie poziomu poczucia bezpieczeństwa z małego na średnia obniża

poziom częstego picia alkoholu, dalsze podniesienie poziomu bezpieczeństwa nie wiąże się już u nich ze znacznym obniżeniem picia alkoholu.



Rycina 17. Młodzież, która często pije alkohol (%) w zależności od płci i poczucia bezpieczeństwa w domu.

Podsumowanie

W tym podrozdziale przedstawiono zagadnienie dotyczące poczucia bezpieczeństwa w domu wśród młodzieży. Badano dwa obszary bezpieczeństwa: psychospołeczny oraz związany ze środowiskiem fizycznym domu i jego okolicy. Młodzież lepiej ocenia aspekty bezpieczeństwa dotyczące funkcjonowania psychospołecznego takie jak poczucie bezpieczeństwa w szkole lub bycie zachęcany do robienia wszystkiego najlepiej jak potrafią, niż te związane ze środowiskiem fizycznym (posiadanie gaśnicy lub wykrywacza dymu w domu). Młodzież z woj. opolskiego nieznacznie gorzej oceniła większość aspektów dotyczących poczucia bezpieczeństwa. Także średni indeks skali poczucia bezpieczeństwa był nieznacznie niższy w województwie opolskim niż w pozostałych badanych województwach.

Szczegółowo oceniono jeden obszar poczucia bezpieczeństwa w domu dotyczący wyznaczanie przez rodziców godziny, o której młodzież musi wrócić do domu w dni nauki szkolnej. Nieznacznie częściej mają wyznaczoną godzinę powrotu do domu nastolatki z województwa opolskiego. Analiza według płci wykazała, że dziewczęta są częściej niż chłopcy kontrolowane przez rodziców i to im rodzice częściej wyznaczają godzinę, o której muszą wrócić do domu. Wraz z wiekiem obniża się odsetek uczniów, którym rodzice kontrolują czas spędzany wieczorem poza domem. Wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych odsetki te są znacznie niższe niż wśród uczniów z gimnazjów.

Wykazano także związek poczucia bezpieczeństwa w domu ze zdrowiem oraz zachowaniami zdrowotnymi młodzieży. Uczniowie, którzy mieli małe poczucie bezpieczeństwa w domu częściej niż ich rówieśnicy z dużym poczuciem bezpieczeństwa częściej mają: niską samoocenę zdrowia, nasilone dolegliwości psychiczne oraz dużą absencję chorobową. Wykazano także związek poczucia bezpieczeństwa z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia, stwierdzając że jego brak nasila takie zachowania. Zauważono zatem, że częściej piją alkohol, używają narkotyki, mają nasilone zachowania ryzykanckie i zachowania o charakterze wykroczeń oraz ulegają negatywnym wpływom rówieśników nastolatki z małym poczuciem bezpieczeństwa w porównaniu z nastolatkami z dużym poczuciem bezpieczeństwa. Sądzimy, że w obszarze wychowania i oddziaływań profilaktycznych jest to bardzo ważny obszar. Dbanie o zapewnienie poczucia bezpieczeństwa w domu i w jego okolicy powinno stanowić część strategii profilaktycznych.

Tabela 23. Odsetki odpowiedzi na pytanie dotyczące posiadaniu wyznaczonej przez rodziców godziny powrotu do domu w dni nauki.

	Zwykle nie mogę wychodzić wieczorami w dni nauki szkolnej	Muszę być w domu przed 20.00	Muszę być w domu przed 21.00	Muszę być w domu przed 22.00	Nie mam określonej godziny powrotu do domu
Próba ogólnopolska	15,5	13,8	14,3	20,6	35,8
Województwo opolskie					
Ogółem	13,6	16,8	15,6	20,7	33,3
Chłopcy	12,0	13,3	13,3	21,4	40,0
Dziewczęta	15,2	20,4	17,8	20,0	26,6
Gimnazjum					
Ogółem	17,0	24,4	18,4	16,3	23,9
Chłopcy	15,2	19,7	17,2	18,8	29,1
Dziewczęta	18,9	29,2	19,8	13,5	18,6
I klasa	20,3	30,7	17,5	11,8	19,7
II klasa	18,1	23,2	21,0	14,5	23,2
III klasa	10,8	15,9	16,8	25,3	31,2
Opole	19,3	22,8	20,1	16,6	21,2
Miasta powiatowe	17,8	27,7	19,2	13,3	22,0
Inne miasta	18,0	22,8	15,5	20,0	23,7
Wieś	14,2	22,6	19,4	16,4	27,4
Szkoły ponadgimnazjalne					
Ogółem	9,0	6,7	11,8	26,8	45,7
Chłopcy	7,4	4,3	7,8	25,2	55,3
Dziewczęta	10,5	8,9	15,6	28,2	36,8
I klasa	11,1	8,1	14,3	31,1	35,4
II klasa	7,4	5,6	9,9	23,5	53,6
Licea	8,4	7,2	13,5	27,4	43,5
Chłopcy	6,6	4,5	8,7	25,1	55,1
Dziewczęta	9,7	9,1	16,9	29,0	35,3
Inne szkoły	9,7	5,9	9,6	25,9	48,9
Chłopcy	8,1	4,2	7,0	25,3	55,4
Dziewczęta	12,0	8,3	13,0	26,8	39,9
Opole	8,8	6,3	13,6	24,7	46,6
Miasta powiatowe	5,4	7,2	11,5	31,4	44,5
Inne miasta	10,5	7,9	15,3	26,8	39,5
Wieś	12,4	6,1	6,7	24,8	50,0

3.2. Czynniki indywidualne

3.2.1. Umiejętności rozwiązywania problemów

W rozdziale zostanie omówiona tematyka dotyczące umiejętności rozwiązywania problemów społecznych. Jest to umiejętność, którą zalicza się do tzw. kompetencji społecznych. W badaniach nad rozwojem społecznym zauważono, że nie tylko wpływ środowiska (w tym wpływ rówieśników) determinuje rozwój ale ważne są także cechy osobowości nastolatka. Według M. Agryle kompetencje społeczne to „względnie trwałe właściwości osobowości człowieka, kształtowane w trakcie jego społecznego rozwoju, które są mu niezbędne do wywierania pożądanego wpływu na innych ludzi w sytuacjach społecznych”¹³. Wśród badaczy nie ma zgodności jakie umiejętności można zaliczyć do kompetencji społecznych. Niewątpliwie najczęściej wymienianymi są: asertywność, empatię i spostrzeganie wsparcia społecznego. Zaliczenie umiejętności rozwiązywania problemów społecznych do kompetencji społecznych wydaje się bardzo zasadne. Jest to umiejętność, która umożliwia młodemu człowiekowi w sposób adekwatny zareagować na nową sytuację, zwiększając tym samym jego kompetencje bycia w grupie rówieśniczej.

3.2.1.1. Zastosowane pytania

W kwestionariuszu CHIP-AE uwzględniono sześć pytań dotyczących umiejętności rozwiązywania problemów. Pytania poprzedzono wprowadzeniem: „*Miałeś poważny konflikt z bliskim przyjacielem i myślisz, że on lub ona Cię nie rozumie i nie będzie chciał słuchać tego, co do niego lub do niej będziesz mówił*”. Następnie poproszono uczniów aby dla każdego stwierdzenia zdecydowali, jak prawdopodobnie by się zachowali:

- *porozmawiałbym z kimś aby otrzymać radę,*
- *spróbowałbym dostrzec dobre strony tej sytuacji,*
- *spróbowałbym od razu rozwiązać ten problem,*
- *powiedziałbym przyjacielowi o swoich odczuciach,*
- *spróbowałbym się uspokoić,*

¹³Za: Kowalik S.: Rozwój społeczny. W: Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych. Harwas-Napierała B., Trempała J (red). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 71-105.

- *szukałbym pocieszenia u rodziny lub innego dorosłego.*

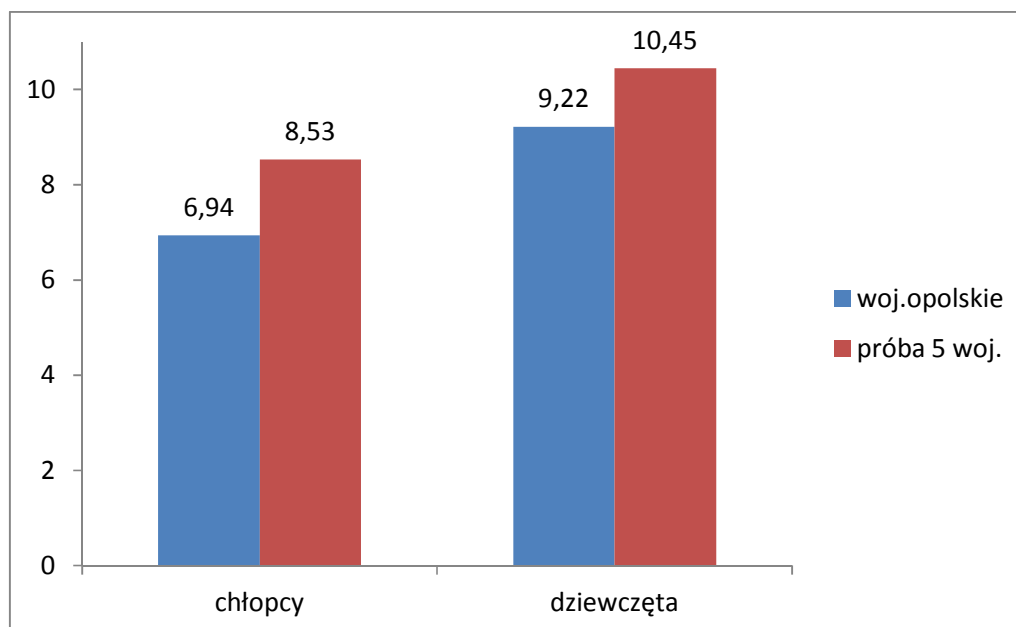
Kategorie odpowiedzi zawierały następujące możliwości: *bardzo mało prawdopodobne, Mało prawdopodobne, prawdopodobne, bardzo prawdopodobne*. Wysoki wynik na skali świadczy do dużej umiejętności rozwiązywania problemów.

W kolejnym kroku zbudowana skalę sumaryczną umiejętności rozwiązywania problemów społecznych.

3.2.1.2. Rozkład odpowiedzi

W tabelach na końcu tego rozdziału (tab. 26-35) znajduje się dokładny rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania składowe opisywanej skali. Porównano wyniki uzyskane w woj. opolskim z próbą z pięciu innych województw.

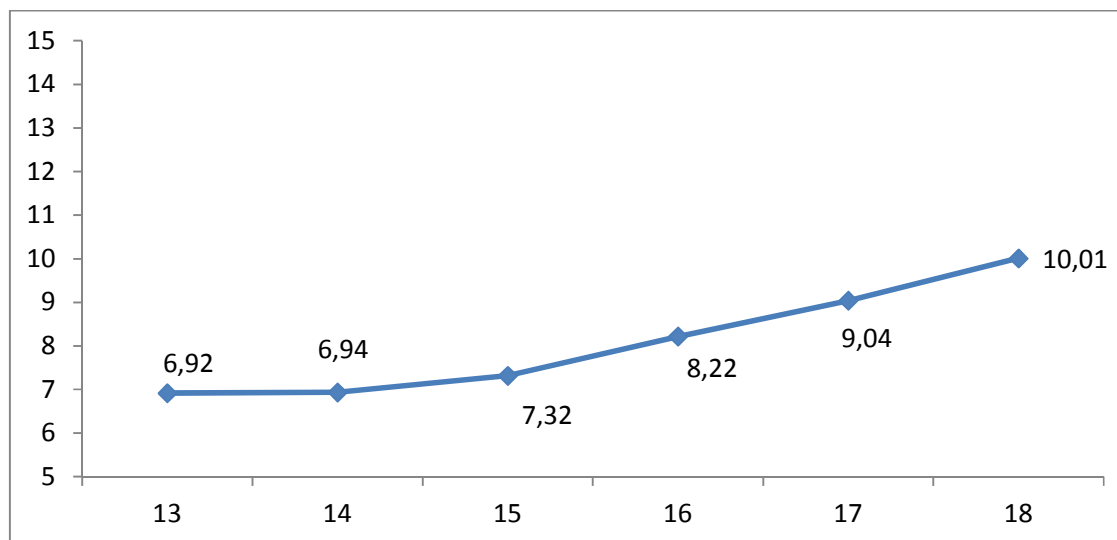
Średni indeks umiejętności rozwiązywania problemów społecznych był niższy w woj. opolskim niż w pozostałych województwach, które brały udział w badaniach. Uzyskano następujące wyniki: dla woj. opolskiego średnia wyniosła 7,93; vs 9,59 dla pozostałych badanych województw. Różnice na niekorzyść woj. opolskiego widać także w analizach według płci osób badanych. Jednocześnie należy podkreślić, że umiejętność rozwiązywania problemów jest wyższa u dziewcząt niż u chłopców (dotyczy to dwóch badanych populacji (ryc. 18).



Rycina 18. Średni indeks rozwiązywania problemów społecznych

Na rycinie poniżej przedstawiono rozkład skali rozwiązywania problemów

w zależności od wieku osób badanych. Stwierdzono, że umiejętność rozwiązywania problemów społecznych wzrasta wraz z wiekiem badanych. Analizy według płci wykazały podobną prawidłowość wśród chłopców i dziewcząt (ryc. 19).



Rycina 19. Średni indeks rozwiązywania problemów społecznych według wieku

3.2.1.3. Korelacja ze zdrowiem

Podobnie jak w poprzednich podrozdziałach także i tu badano związek między opisywanym obszarem a zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi nastolatków. W tabeli 24 przedstawiono wyniki dotyczące zależności między poziomem umiejętności rozwiązywania problemów a wskaźnikami oceny zdrowia. W większości przypadków zależność nie jest liniowa. Na uwagę zasługuje fakt, że częściej mają niską samoocenę zdrowia uczniowie z brakiem umiejętności rozwiązywania problemów społecznych niż ich rówieśnicy, którzy taką umiejętność mają na wysokim poziomie.

Tabela 24. Zdrowie nastolatków a umiejętność rozwiązywania problemów.

Wskaźnik oceny zdrowia	Umiejętność rozwiązywania problemów		
	małe	średnie	duże
niska samoocena zdrowia	7,5	6,4	4,8
duża absencja chorobowa*	9,1	9,1	13,2
nasilenie dolegliwości psychicznych	19,8	22,3	22,6
urazy wymagające pomocy medycznej*	15,4	21,6	21,3
wysoka aktywność fizyczna	20,8	18,2	20,9

*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika

3.2.1.4. Korelacja z zachowaniami

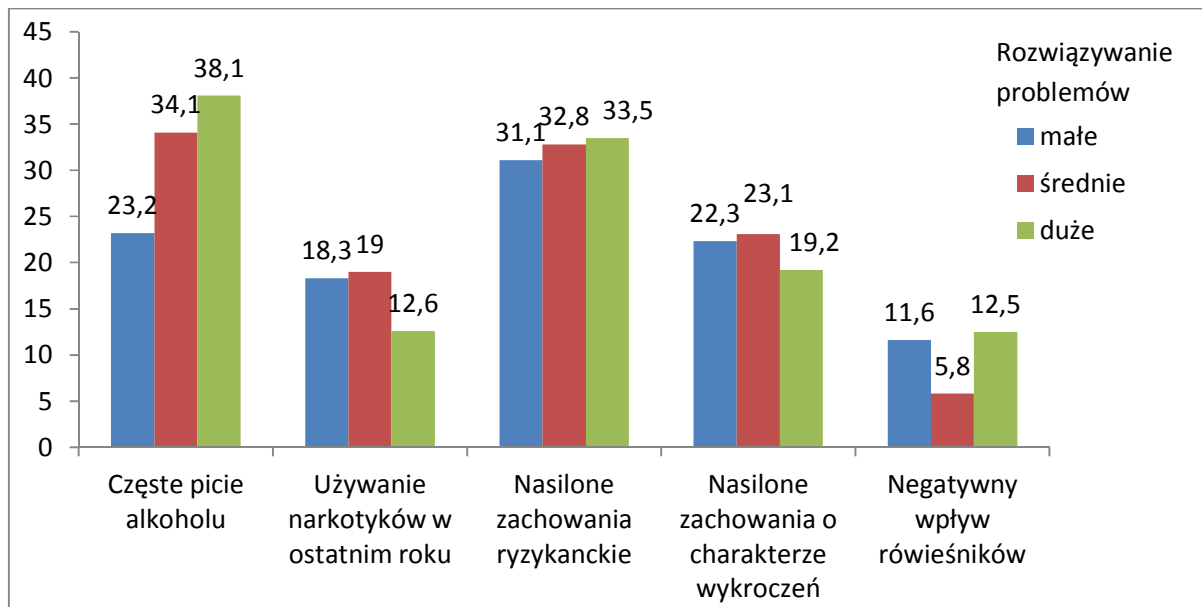
Kolejnym etapem była ocena zależności między umiejętnością rozwiązywania problemów społecznych a zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia młodzieży. Wyniki przedstawiono w tabeli poniżej. W przypadku czterech zachowań ryzykownych: używania narkotyków w ostatnim roku, nasilonych zachowań ryzykanckich i zachowań o charakterze wykroczeń oraz negatywnego wpływu rówieśników stwierdzono, że małe umiejętności rozwiązywania problemów mają związek z nasileniem się tych zachowań. W przypadku częstego picia alkoholu zauważono zależność odwrotną. Duża umiejętność rozwiązywania problemów społecznych wiąże się ze zwiększoną częstotliwością picia alkoholu przez młodzież (tab. 25).

Tabela 25. Młodzież podejmująca inne zachowania ryzykowne (%) wg umiejętności rozwiązywania problemów.

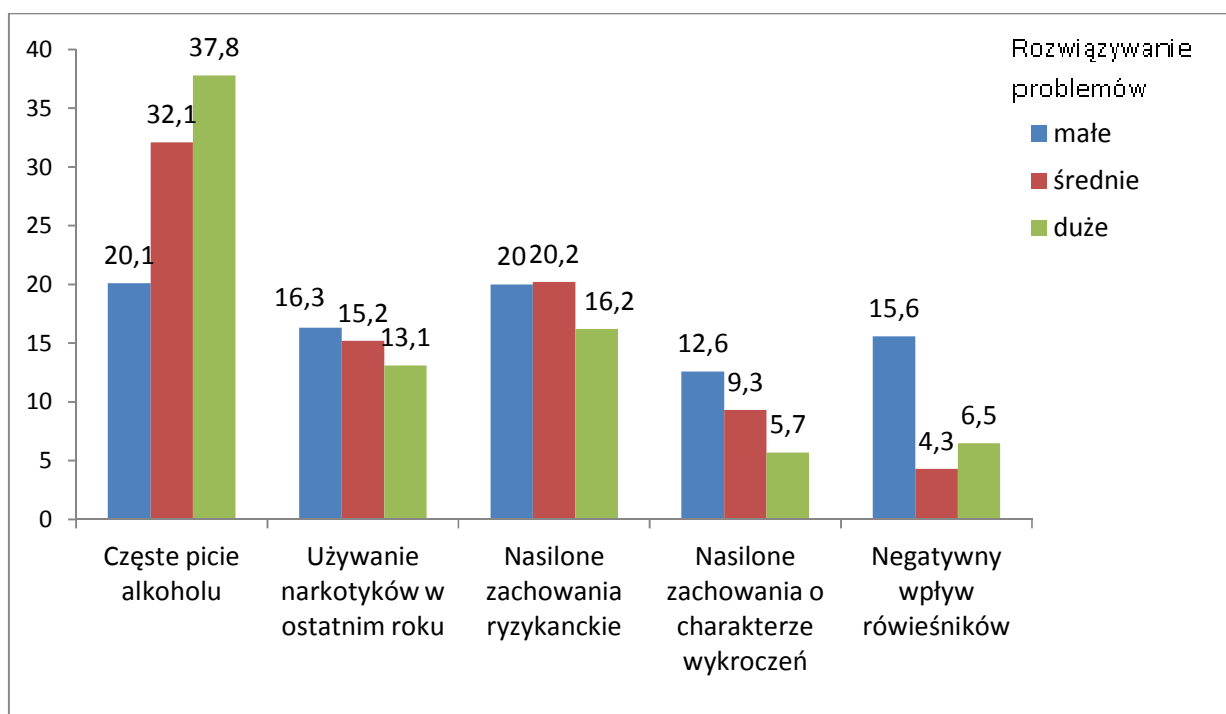
Wskaźnik zachowań ryzykownych	Umiejętność rozwiązywania problemów		
	małe	średnie	duże
częste picie alkoholu*	21,5	32,2	37,4
używanie narkotyków w ostatnim roku*	16,9	17,0	12,7
nasilone zachowania ryzykanckie	27,2	25,1	21,9
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń	18,9	15,6	10,6
negatywny wpływ rówieśników	14,3	7,2	11,4

*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika

Opisywane zależności badano także według wieku osób badanych. Wyniki tych analiz przedstawiono na rycinach 20-21. Stwierdzono, że w grupie chłopców wyższy poziom umiejętności rozwiązywania problemów społecznych wiąże się przede wszystkim z częstszym piciem alkoholu oraz nieznacznie zwiększa nasilenie zachowań ryzykanckich. Dla używania narkotyków oraz zachowań o charakterze wykroczeń stwierdzono, że duża umiejętność rozwiązywania problemów wiąże się ze spadkiem występowania tych zachowań. W odniesieniu do negatywnego wpływu rówieśników zależność nie jest liniowa (ryc. 20). Wśród dziewcząt, podobnie jak w grupie chłopców widoczny jest związek między nasileniem się picia alkoholu wraz ze wzrostem umiejętności rozwiązywania problemów społecznych. W przypadku pozostałych czterech zachowań ryzykownych im lepiej dziewczęta potrafią rozwiązywać problemy społeczne tym rzadziej występują u nich określone zachowania ryzykowne (ryc. 21).



Rycina 20. Chłopcy podejmujący zachowania ryzykowne dla zdrowia według umiejętności rozwiązywania problemów



Rycina 21. Dziewczęta podejmujące zachowania ryzykowne dla zdrowia według umiejętności rozwiązywania problemów

Podsumowanie

W tym podrozdziale przedstawiono zagadnienie dotyczące umiejętności rozwiązywania problemów społecznych przez młodzież. Młodzież z województwa opolskiego uzyskała niższą średnią indeksu rozwiązywania problemów społecznych, w porównaniu z rówieśnikami z pozostałych badanych województw. Wyniki badań wykazały, że umiejętność rozwiązywania problemów jest bardziej widoczna wśród dziewcząt niż chłopców, zależność obserwowana w woj. opolskim i pozostałych województwach. Umiejętność rozwiązywania problemów społecznych wzrasta wraz z wiekiem osób badanych. Dokonano korelacji umiejętności rozwiązywania problemów z ze wskaźnikami dotyczącymi zdrowia i zachowań ryzykownych. Warto podkreślić związek tych umiejętności z piciem alkoholu, gdzie poprawa umiejętności rozwiązywania problemów społecznych ma związek ze zwiększoną częstością upijania się, zależność ta jest widoczna wśród chłopców i dziewcząt.

Tabela 26. Młodzież, która porozmawiałaby z kimś aby otrzymać radę.

	bardzo mało prawdopodobne	mało prawdopodobne	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
Próba ogólnopolska	21,5	20,6	38,0	19,9
Województwo opolskie				
Ogółem	31,4	18,9	39,8	9,9
Chłopcy	38,9	20,1	34,9	6,1
Dziewczeta	23,6	17,5	44,9	14,0
Gimnazja				
Ogółem	34,6	19,0	39,9	6,5
Chłopcy	41,0	19,4	35,2	4,4
Dziewczeta	27,4	18,6	45,0	9,0
I klasa	35,9	18,5	39,2	6,4
II klasa	34,4	19,7	40,7	5,2
III klasa	32,8	19,0	39,8	8,4
Opole	35,6	21,0	42,0	1,4
Miasta powiatowe	37,5	19,5	39,8	3,2
Inne miasta	39,4	17,9	36,9	5,8
Wieś	27,0	18,8	41,0	13,2
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	27,5	18,7	39,7	14,1
Chłopcy	36,0	21,2	34,4	8,4
Dziewczeta	19,2	16,2	44,7	19,9
I klasa	25,4	20,3	38,5	15,8
II klasa	29,0	17,6	40,5	12,9
Licea	25,4	17,7	40,8	16,1
Chłopcy	36,9	19,6	34,4	9,1
Dziewczeta	17,2	16,4	45,4	21,0
Inne szkoły	30,1	19,9	38,2	11,8
Chłopcy	35,3	22,7	34,5	7,5
Dziewczeta	22,6	16,0	43,6	17,8
Opole	24,0	17,7	40,7	17,6
Miasta powiatowe	23,6	18,9	37,0	20,5
Inne miasta	36,4	21,2	40,6	1,8
Wieś	34,4	18,8	40,8	6,0

Tabela 27. Młodzież, która spróbowałaby dostrzec dobre strony tej sytuacji.

	bardzo mało prawdopodobne	mało prawdopodobne	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
Próba ogólnopolska	20,0	29,8	38,1	12,1
Województwo opolskie				
Ogółem	26,9	27,9	38,4	6,8
Chłopcy	30,2	27,9	35,3	6,6
Dziewczęta	23,6	27,9	41,6	6,9
Gimnazja				
Ogółem	32,2	25,8	37,6	4,4
Chłopcy	36,0	26,0	33,9	4,1
Dziewczęta	28,2	25,6	41,5	4,7
I klasa	36,4	25,8	33,4	4,4
II klasa	30,6	26,1	40,3	3,0
III klasa	27,3	25,5	40,9	6,3
Opole	35,7	21,7	39,1	3,5
Miasta powiatowe	33,0	27,9	36,7	2,4
Inne miasta	34,0	24,0	35,8	6,2
Wieś	28,2	26,7	38,0	7,1
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	20,0	30,6	39,6	9,8
Chłopcy	22,4	30,5	37,1	10,0
Dziewczęta	17,9	30,6	41,9	9,6
I klasa	19,1	33,5	37,7	9,7
II klasa	20,6	28,5	41,0	9,9
Licea	18,6	31,1	39,1	11,2
Chłopcy	22,3	29,0	36,0	12,7
Dziewczęta	16,2	32,5	41,2	10,1
Inne szkoły	21,7	29,9	40,3	8,1
Chłopcy	22,4	32,0	37,9	7,7
Dziewczęta	20,6	27,1	43,5	8,8
Opole	18,3	30,9	41,0	9,8
Miasta powiatowe	14,8	31,9	36,4	16,9
Inne miasta	29,3	28,7	40,8	1,2
Wieś	24,8	29,6	40,2	5,4

Tabela 28. Młodzież, która próbowałaby ocenić, kto jest winny tej sytuacji i obwiniłaby za to tę osobę (lub siebie).

	bardzo mało prawdopodobne	mało prawdopodobne	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
Próba ogólnopolska	18,3	22,0	42,3	17,4
Województwo opolskie				
Ogółem	26,4	23,2	41,8	8,6
Chłopcy	30,1	23,1	38,3	8,5
Dziewczeta	22,8	23,2	45,2	8,8
Gimnazja				
Ogółem	31,9	22,5	39,4	6,2
Chłopcy	34,7	22,3	37,6	5,4
Dziewczeta	29,1	22,6	41,3	7,0
I klasa	36,8	21,4	34,4	7,4
II klasa	31,4	23,4	41,1	4,1
III klasa	24,9	23,0	45,3	6,8
Opole	32,5	21,7	43,1	2,7
Miasta powiatowe	35,3	19,8	42,3	2,6
Inne miasta	32,9	23,3	36,0	7,8
Wieś	27,0	25,1	36,7	11,2
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	19,3	24,0	44,8	11,9
Chłopcy	23,7	24,2	39,2	12,9
Dziewczeta	15,2	23,9	49,9	11,0
I klasa	20,6	25,1	42,0	12,3
II klasa	18,2	23,3	46,9	11,6
Licea	15,6	24,5	46,4	13,5
Chłopcy	19,7	23,7	39,3	17,3
Dziewczeta	12,9	25,1	51,1	10,9
Inne szkoły	23,8	23,4	43,0	9,8
Chłopcy	27,4	24,6	39,1	8,9
Dziewczeta	18,8	21,9	48,1	11,2
Opole	13,6	24,7	48,8	12,9
Miasta powiatowe	16,9	22,9	42,8	17,4
Inne miasta	28,4	25,8	41,9	3,9
Wieś	29,2	23,1	40,9	6,8

Tabela 29. Młodzież, która spróbowałaby od razu rozwiązać ten problem.

	bardzo mało prawdopodobne	mało prawdopodobne	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
Próba ogólnopolska	9,2	13,5	35,7	41,6
Województwo opolskie				
Ogółem	18,7	17,4	45,4	18,5
Chłopcy	24,4	19,1	41,4	15,1
Dziewczęta	12,8	15,7	49,4	22,1
Gimnazja				
Ogółem	24,1	18,0	44,3	13,6
Chłopcy	29,3	19,1	39,5	12,1
Dziewczęta	18,4	16,7	49,7	15,2
I klasa	27,8	16,8	40,6	14,8
II klasa	23,8	19,0	45,0	12,2
III klasa	18,9	18,5	48,9	13,7
Opole	31,4	19,2	48,2	1,2
Miasta powiatowe	25,8	18,1	50,1	6,0
Inne miasta	26,8	16,4	41,4	15,4
Wieś	17,9	18,9	39,5	23,7
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	12,0	16,7	46,7	24,6
Chłopcy	17,8	19,0	44,0	19,2
Dziewczęta	6,5	14,6	49,2	29,7
I klasa	13,6	15,4	48,2	22,8
II klasa	10,8	17,6	45,6	26,0
Licea	7,8	15,1	47,8	29,3
Chłopcy	13,0	16,5	44,9	25,6
Dziewczęta	4,3	14,2	49,8	31,7
Inne szkoły	17,3	18,8	45,1	18,8
Chłopcy	22,1	21,5	42,9	13,5
Dziewczęta	10,5	15,2	48,1	26,2
Opole	9,1	14,1	48,9	27,9
Miasta powiatowe	6,6	16,0	40,7	36,7
Inne miasta	23,3	18,8	52,6	5,3
Wieś	20,6	22,7	48,1	8,6

Tabela 30. Młodzież, która powiedziałaaby przyjacielowi o swoich odczuciach.

	bardzo mało prawdopodobne	mało prawdopodobne	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
Próba ogólnopolska	16,5	16,9	32,5	34,1
Województwo opolskie				
Ogółem	25,1	20,9	39,0	15,0
Chłopcy	33,6	25,6	32,7	8,1
Dziewczęta	15,6	15,9	45,9	22,6
Gimnazja				
Ogółem	30,2	22,0	38,0	9,8
Chłopcy	38,0	25,5	30,9	5,6
Dziewczęta	20,8	17,8	46,6	14,8
I klasa	31,8	20,7	37,0	10,5
II klasa	30,3	24,1	39,5	6,1
III klasa	27,4	21,9	37,8	12,9
Opole	33,0	24,1	40,1	2,8
Miasta powiatowe	31,1	20,5	44,3	4,1
Inne miasta	32,6	24,4	30,4	12,6
Wieś	26,0	19,9	37,1	17,0
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	18,7	19,6	40,3	21,4
Chłopcy	27,6	25,6	35,4	11,4
Dziewczęta	9,7	13,6	45,2	31,5
I klasa	17,8	18,4	42,2	21,6
II klasa	19,3	20,4	38,8	21,5
Licea	16,8	16,2	41,1	25,9
Chłopcy	28,4	21,4	36,8	13,4
Dziewczęta	8,3	12,4	44,3	35,0
Inne szkoły	20,8	23,6	39,3	16,3
Chłopcy	26,8	29,2	34,1	9,9
Dziewczęta	12,0	15,4	46,9	25,7
Opole	13,2	19,6	41,4	25,8
Miasta powiatowe	16,6	15,6	36,9	30,9
Inne miasta	28,9	24,6	44,4	2,1
Wieś	27,4	23,0	40,5	9,1

Tabela 31. Młodzież, która spróbowałaby się uspokoić.

	bardzo mało prawdopodobne	mało prawdopodobne	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
Próba ogólnopolska	11,0	15,3	41,9	31,8
Województwo opolskie				
Ogółem	19,2	17,1	48,8	14,9
Chłopcy	24,3	17,6	45,1	13,0
Dziewczęta	14,2	16,6	52,5	16,7
Gimnazja				
Ogółem	23,7	17,5	47,6	11,2
Chłopcy	28,0	18,4	43,8	9,8
Dziewczęta	19,0	16,5	51,6	12,9
I klasa	25,6	17,2	45,4	11,8
II klasa	23,6	18,0	49,8	8,6
III klasa	20,6	17,4	48,4	13,6
Opole	28,2	17,8	50,3	3,7
Miasta powiatowe	25,6	17,1	52,7	4,6
Inne miasta	27,1	14,1	44,7	14,1
Wieś	17,1	19,3	44,0	19,6
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	13,9	16,7	50,3	19,1
Chłopcy	19,5	16,6	46,9	17,0
Dziewczęta	8,9	16,8	53,3	21,0
I klasa	15,3	18,6	46,6	19,5
II klasa	13,0	15,3	52,8	18,9
Licea	10,6	13,4	53,6	22,4
Chłopcy	15,0	11,3	51,9	21,8
Dziewczęta	7,7	14,8	54,7	22,8
Inne szkoły	18,3	20,6	46,0	15,1
Chłopcy	23,7	20,8	42,5	13,0
Dziewczęta	10,9	20,3	50,8	18,0
Opole	12,2	14,2	52,4	21,2
Miasta powiatowe	8,6	11,9	50,1	29,4
Inne miasta	22,6	18,5	53,4	5,5
Wieś	20,4	27,2	45,0	7,4

Tabela 32. Młodzież, która nie przestawałaby myśleć i żałować, że doszło do takiej sytuacji.

	bardzo mało prawdopodobne	mało prawdopodobne	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
Próba ogólnopolska	19,0	24,5	32,0	24,5
Województwo opolskie				
Ogółem	27,7	24,4	38,5	9,4
Chłopcy	34,7	26,0	33,2	6,1
Dziewczęta	20,3	22,6	44,2	12,9
Gimnazja				
Ogółem	32,2	23,9	36,0	7,9
Chłopcy	38,6	24,1	31,4	5,9
Dziewczęta	25,1	23,7	41,3	9,9
I klasa	35,0	22,2	33,8	9,0
II klasa	33,0	23,8	37,4	5,8
III klasa	27,0	27,0	37,7	8,3
Opole	39,6	22,3	37,2	0,9
Miasta powiatowe	33,8	23,6	39,2	3,4
Inne miasta	33,9	23,0	33,9	9,2
Wieś	26,3	26,0	33,7	14,0
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	21,8	24,9	41,8	11,5
Chłopcy	29,3	28,8	35,6	6,3
Dziewczęta	14,6	21,2	47,7	16,5
I klasa	21,6	27,9	37,8	12,7
II klasa	22,1	22,6	44,5	10,8
Licea	18,7	23,7	44,0	13,6
Chłopcy	26,9	27,6	38,0	7,5
Dziewczęta	13,0	20,8	48,2	18,0
Inne szkoły	25,9	26,3	38,9	8,9
Chłopcy	31,7	29,6	33,4	5,3
Dziewczęta	17,6	21,6	46,8	14,0
Opole	16,7	22,0	45,6	15,7
Miasta powiatowe	20,8	25,6	38,8	14,8
Inne miasta	26,4	29,0	43,2	1,4
Wieś	31,4	27,4	37,2	4,0

Tabela 33. Młodzież, która szukałaby pocieszenia u rodziny lub innego dorosłego.

	bardzo mało prawdopodobne	mało prawdopodobne	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
Próba ogólnopolska	39,7	26,8	21,5	12,0
Województwo opolskie				
Ogółem	44,4	27,5	22,6	5,5
Chłopcy	49,6	27,4	19,3	3,7
Dziewczęta	39,3	27,6	26,1	7,0
Gimnazja				
Ogółem	45,1	26,3	23,1	5,5
Chłopcy	49,3	26,4	19,3	5,0
Dziewczęta	40,8	26,1	27,1	6,0
I klasa	46,4	23,8	22,7	7,1
II klasa	45,5	28,9	22,7	2,9
III klasa	42,6	27,0	24,1	6,3
Opole	47,6	29,2	21,4	1,8
Miasta powiatowe	48,2	23,8	25,7	2,3
Inne miasta	49,0	21,9	22,6	6,5
Wieś	37,5	31,1	21,1	10,3
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	43,6	29,0	22,1	5,3
Chłopcy	50,0	28,6	19,3	2,1
Dziewczęta	37,5	29,4	24,8	8,3
I klasa	41,3	30,0	23,1	5,6
II klasa	45,1	28,4	21,4	5,1
Licea	44,8	27,1	22,3	5,8
Chłopcy	53,5	26,0	18,1	2,4
Dziewczęta	38,9	27,8	25,2	8,1
Inne szkoły	41,8	31,5	21,8	4,9
Chłopcy	46,8	31,0	20,3	1,9
Dziewczęta	34,8	32,2	23,9	9,1
Opole	37,9	32,9	22,5	6,7
Miasta powiatowe	45,7	23,3	23,5	7,5
Inne miasta	50,3	27,7	20,8	1,2
Wieś	47,7	29,9	20,1	2,3

Tabela 34. Młodzież, która zrobiłaby coś jeszcze innego.

	bardzo mało prawdopodobne	mało prawdopodobne	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
Próba ogólnopolska	34,4	20,5	27,0	18,1
Województwo opolskie				
Ogółem	41,9	21,0	28,4	8,7
Chłopcy	47,4	20,8	23,0	8,8
Dziewczęta	36,4	21,2	33,7	8,7
Gimnazja				
Ogółem	47,9	20,0	26,2	5,9
Chłopcy	54,3	20,2	19,4	6,1
Dziewczęta	41,1	19,7	33,3	5,9
I klasa	51,6	19,1	24,0	5,3
II klasa	48,3	21,6	25,0	5,1
III klasa	41,4	19,2	31,3	8,1
Opole	51,9	21,0	24,6	2,5
Miasta powiatowe	49,2	18,7	28,2	3,9
Inne miasta	51,8	17,6	24,0	6,6
Wieś	41,2	23,2	25,6	10,0
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	34,3	22,3	31,1	12,3
Chłopcy	38,1	21,6	27,8	12,5
Dziewczęta	30,7	23,0	34,2	12,1
I klasa	34,5	22,3	30,6	12,6
II klasa	34,1	22,3	31,6	12,1
Licea	28,5	22,0	33,2	16,3
Chłopcy	34,1	18,9	26,9	20,1
Dziewczęta	24,6	24,2	37,5	13,7
Inne szkoły	41,5	22,7	28,7	7,1
Chłopcy	41,7	24,0	28,6	5,7
Dziewczęta	41,2	21,1	28,8	8,9
Opole	29,1	23,6	33,1	14,2
Miasta powiatowe	28,3	19,6	30,9	21,2
Inne miasta	45,5	26,9	26,3	1,3
Wieś	45,9	21,0	30,6	2,5

Tabela 35. Umiejętność rozwiązywania problemów według skali sumarycznej.

	Poziom umiejętności		
	niski (0-6 pkt.)	przeciętny (7-11 pkt.)	wysoki (12-18 pkt.)
Próba ogólnopolska	19,7	48,7	31,6
Województwo opolskie			
Ogółem	35,0	41,1	23,9
Chłopcy	44,6	37,9	17,5
Dziewczęta	24,7	44,5	30,8
Gimnazjum			
Ogółem	43,6	36,9	19,5
Chłopcy	53,0	31,7	15,3
Dziewczęta	32,8	42,9	24,3
I klasa	44,1	38,1	17,8
II klasa	47,5	36,5	16,0
III klasa	38,5	35,6	25,9
Opole	57,4	33,3	9,3
Miasta powiatowe	50,6	34,3	15,1
Inne miasta	46,5	33,3	20,2
Wieś	32,4	42,8	24,8
Szkoły ponadgimnazjalne			
Ogółem	25,8	45,5	28,7
Chłopcy	34,9	45,0	20,1
Dziewczęta	16,8	46,0	37,2
I klasa	24,9	46,3	28,8
II klasa	26,4	44,9	28,7
Licea	21,3	48,4	30,3
Chłopcy	31,0	49,4	19,6
Dziewczęta	14,4	47,7	37,9
Inne szkoły	31,3	42,0	26,7
Chłopcy	38,2	41,2	20,6
Dziewczęta	21,1	43,1	35,8
Opole	21,0	47,0	32,0
Miasta powiatowe	20,5	45,7	33,8
Inne miasta	45,1	41,2	13,7
Wieś	38,3	43,6	18,1

3.2.2. Osiągnięcia szkolne

Szkoła, obok rodziny i rówieśników, stanowi jedno z ważniejszych wymiarów życia społecznego młodego człowieka. Udowodniono, że postrzeganie szkoły ma związek z zaburzeniami zachowania, zdrowiem psychicznym i ogólnie jakością życia młodzieży. Właściwe funkcjonowanie w szkole oraz osiągnięcia szkolne stanowią jeden z ważniejszych czynników chroniących przed zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia. Negatywne postrzeganie szkoły może stać się przyczyną zachowań ryzykownych. Powoduje potrzebę poszukiwania akceptacji na zewnątrz szkoły, często w grupie rówieśniczej o nasilonych zachowaniach problemowych.

3.2.2.1. Zastosowane pytania

W podrozdziale opisano wyniki analiz dotyczących osiągnięć szkolnych. Uwzględniono pięć pytań z kwestionariusza CHIP-AE:

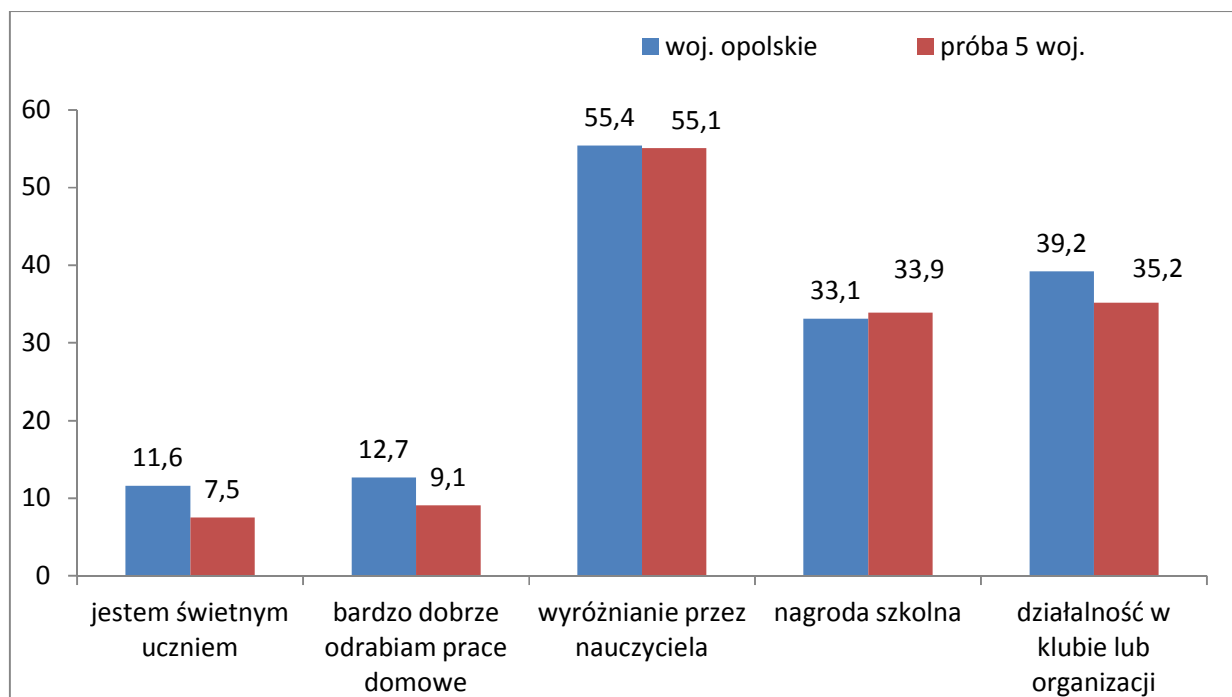
- a) *Które z następujących stwierdzeń najlepiej charakteryzuje, jak radziłeś sobie w szkole w ciągu ostatnich 4 tygodni; kategorie odpowiedzi: świetny uczeń, dobry uczeń, przeciętny uczeń, uczeń poniżej przeciętnej.*
- b) *Które z następujących stwierdzeń najlepiej opisuje sposób odrabiania przez Ciebie pracy domowej w ciągu ostatnich 4 tygodni; kategorie odpowiedzi: bardzo dobrze, nie potrafiłbym lepiej; prawie najlepiej, jak potrafię; mogłem odrabiać pracę domową trochę lepiej; mogłem odrabiać pracę domową znacznie lepiej.*
- c) *Czy robiłeś następujące rzeczy w ciągu ostatnich 2 lat szkoły? (w tym aktualny rok szkolny)*
 - *byłem wyróżniany przez nauczyciela,*
 - *otrzymałem nagrodę szkolną,*
 - *działałem w klubie szkolnym lub organizacji szkolnej.*

Kategorie odpowiedzi: *tak, nie.*

Wykorzystując opisane powyżej pytania stworzono indeks sumaryczny skali osiągnięć szkolnych, który przyjmuje zakres od 0 do 15 punktów. Wysoka punktacja oznacza wyższy poziom osiągnięć szkolnych. Umownie podzielono skalę na trzy poziomy: niski (0-2 punkty), średni (3-9 punktów) oraz wysoki (10-15 punktów) poziom osiągnięć szkolnych.

3.2.2.2. Rozkład odpowiedzi

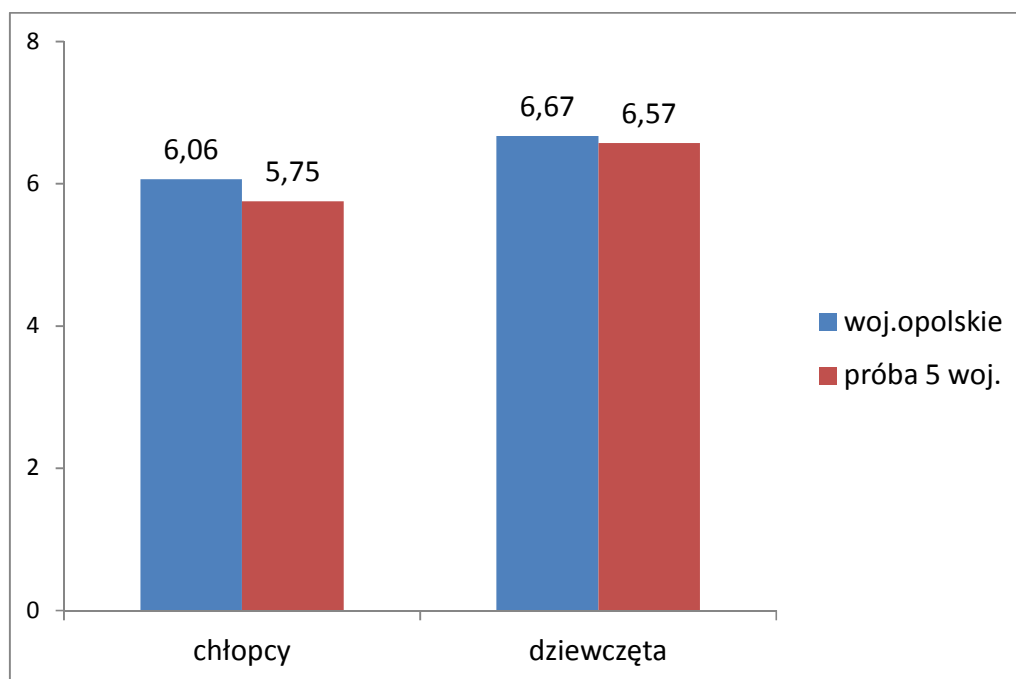
W tabelach 38-43 znajduje się dokładny rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania składowe zdefiniowanej wcześniej skali. Porównano wyniki uzyskane w województwie opolskim z próbą z pięciu innych województw. Na rycinie 22 przedstawiono odsetki odpowiedzi pozytywnych na poszczególne pytania dotyczące osiągnięć szkolnych w zależności od badanej populacji. W odniesieniu do trzech analizowanych obszarów osiągnięć szkolnych uczniowie z woj. opolskiego oceniali częściej dobrze swoje osiągnięcia szkolne, dotyczy to poczucia że jest się świetnym uczniem oraz że bardzo dobrze odrabia się prace domową oraz działalności w klubie lub organizacji szkolnej.



Rycina 22. Odsetki pozytywnych odpowiedzi na poszczególne pytania dotyczące osiągnięć szkolnych w zależności od badanej populacji

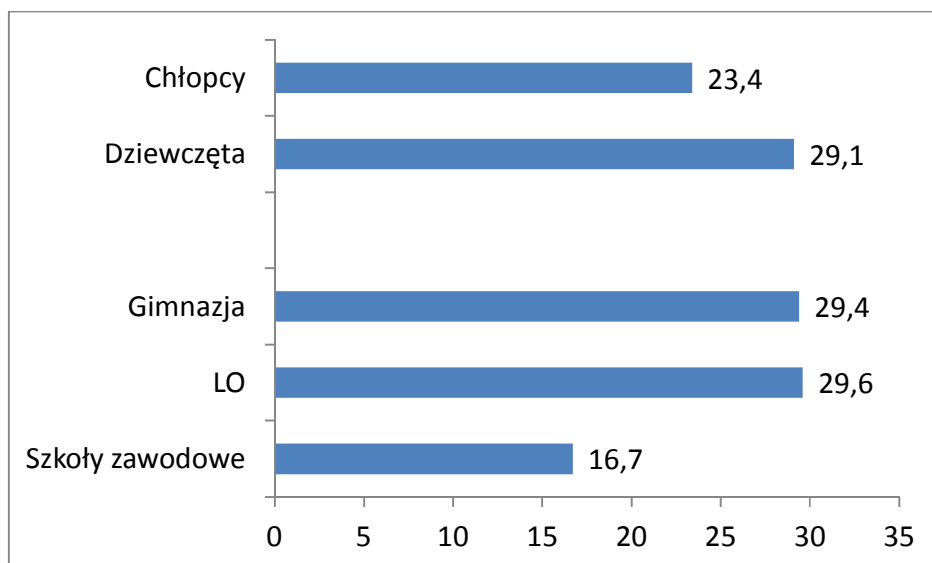
Średni indeks osiągnięć szkolnych był na podobnym poziomie w woj. opolskim w połączonej próbie pozostałych badanych województw. Uzyskano wyniki odpowiednio 6,38 vs. 6,16. Zarówno w woj. opolskim jak w pozostałych województwach uzyskano wyniki podobne tzn. średnie indeksy były nieznacznie wyższe wśród dziewcząt

w porównaniu z chłopcami. Większą różnicę widać między chłopcami a dziewczętami z pozostałych badanych województw (ryc. 23).



Rycina 23. Średni indeks osiągnięć szkolnych

Analizowano samoocenę osiągnięć szkolnych uczniów z województwa opolskiego w zależności od płci i typu szkoły. Wzięto pod uwagę osoby z dobrymi osiągnięciami szkolnymi. Wyniki tych analiz zaprezentowano na ryc. 24. Dziewczęta częściej niż chłopcy miały dobre osiągnięcia szkolne. Wyniki badań pokazują, że prawie co trzecia uczennica i prawie co czwarty uczeń z województwa opolskiego miała dobre osiągnięcia szkolne. Analiza według typu szkoły wykazała, że odsetek osób z dobrymi osiągnięciami szkolnymi zmniejsza się w szkołach zawodowych (16,7%) z porównaniu z gimnazjami (29,4%) i liceami ogólnokształcącymi (29,6%).



Rycina 24. Dobre osiągnięcia szkolne według płci i typu szkoły uczniów z woj. opolskiego

3.2.2.3. Korelacja ze zdrowiem

Analogicznie do poprzednich podrozdziałów dokonano oceny zależności między osiągnięciami szkolnymi a wskaźnikami dotyczącym zdrowia i zachowań ryzykownych. Wyniki korelacji ze wskaźnikami dotyczącymi zdrowia przedstawiono w tabeli 36. Wykazano, że uczniowie którzy mieli małe osiągnięcia szkolne, częściej niż ich rówieśnicy z dużymi osiągnięciami szkolnymi mają niską samoocenę zdrowia, dużą absencję szkolną oraz nasilone dolegliwości psychiczne. Wykazano także, że duże osiągnięcia szkolne związane są ze zwiększeniem się poziomu wysokiej aktywności fizycznej. Oznacza to, że uczniowie z dobrymi osiągnięciami szkolnymi istotnie częściej niż ich rówieśnicy, którzy mają niski poziom osiągnięć szkolnych uprawiają aktywność fizyczną.

Tabela 36. Zdrowie nastolatków a osiągnięcia szkolne.

Wskaźnik oceny zdrowia	Osiągnięcia szkolne		
	małe	średnie	duże
niska samoocena zdrowia	8,9	6,4	4,8
duża absencja chorobowa	12,8	12,4	10,0
nasilenie dolegliwości psychicznych	27,9	23,7	25,7
urazy wymagające pomocy medycznej	17,4	20,4	22,3
wysoka aktywność fizyczna*	12,8	21,9	24,4

*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika

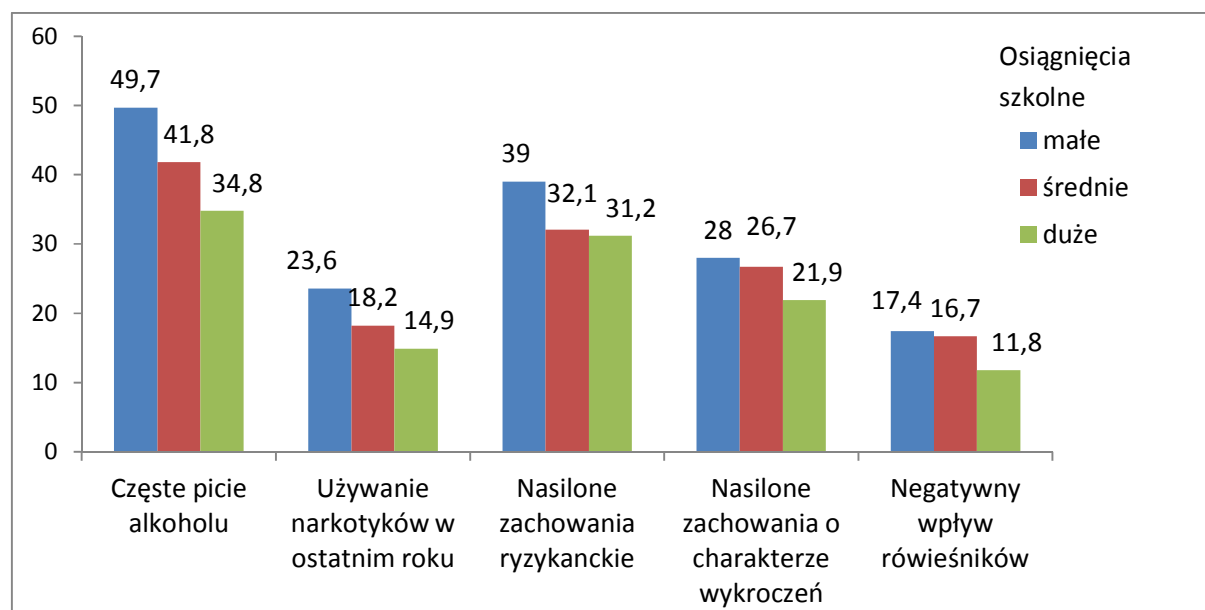
3.2.2.4. Korelacja z zachowaniami

Ostatnim etapem analiz dokonanych w obszarze osiągnięć szkolnych była korelacja z zachowaniami ryzykownymi. Badano korelacje ogółem dla populacji z województwa opolskiego (tab. 37) oraz osobno według płci (ryc. 25 i ryc. 26). W odniesieniu do wszystkich analizowanych zachowań ryzykownych duże osiągnięcia szkolne stanowią czynnik chroniący przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Wykazano więc, że zmniejszają one: częste picie alkoholu z 50,4% na 33,7%; używanie narkotyków z 22,5% na 15,2%, zachowania ryzykanckie z 33,2% na 22,3%; zachowania o charakterze wykroczeń z 15,6% na 10,1%. W większości przypadków zależność jest istotna statystycznie (tab. 37). Analizy osobno dla chłopców i dziewcząt wykazały podobne tendencje zmian. W grupie dziewcząt wyraźniej niż u chłopców widoczny jest pozytywny wpływ osiągnięć szkolnych na zmniejszenie negatywnego oddziaływania grupy rówieśniczej.

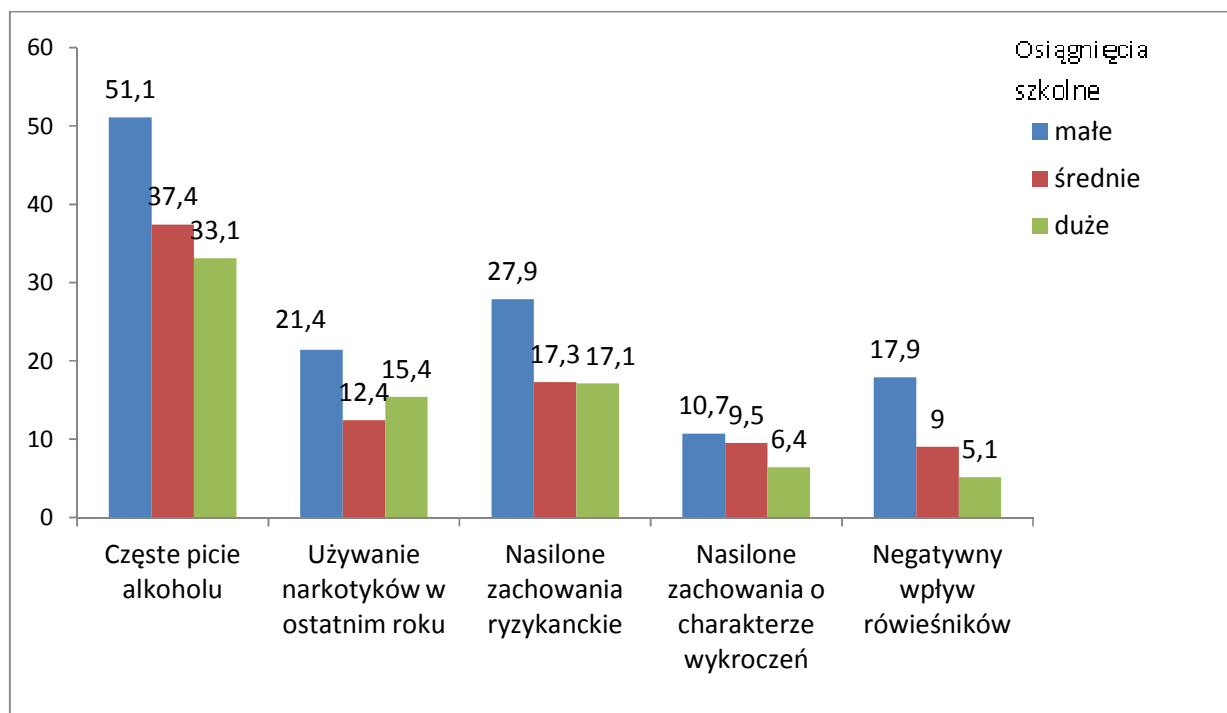
Tabela 37. Młodzież podejmująca inne zachowania ryzykowne (%) wg osiągnięć szkolnych.

Wskaźnik zachowań ryzykownych	Osiągnięcia szkolne		
	małe	średnie	duże
częste picie alkoholu*	50,4	39,3	33,7
używanie narkotyków w ostatnim roku*	22,5	14,9	15,2
nasilone zachowania ryzykanckie*	33,2	23,7	22,3
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń*	18,9	17,1	12,1
negatywny wpływ rówieśników	15,6	12,9	10,1

*istotna statystycznie różnica między grupami wyliczana osobno dla każdego wskaźnika



Rycina 25. Chłopcy podejmujący zachowania ryzykowne dla zdrowia według osiągnięć szkolnych



Rycina 26. Dziewczęta podejmujące zachowania ryzykowne dla zdrowia według osiągnięć szkolnych

Podsumowanie

W tym podrozdziale przedstawiono zagadnienie dotyczące osiągnięć szkolnych wśród badanej młodzieży. Analizując odpowiedzi na poszczególne pytania dotyczące osiągnięć szkolnych zauważono, że młodzież z województwa opolskiego nieznacznie lepiej ocenia swoje osiągnięcia szkolne, w porównaniu z rówieśnikami z pozostałych badanych województw. Wartość średnia indeksu osiągnięć szkolnych była podobna w woj. opolskim z pozostałych badanych województwach. Dziewczęta nieznacznie częściej niż chłopcy mają wyższe indeksy osiągnięć szkolnych.

Osiągnięcia szkolne analizowano także dzieląc je na trzy kategorie i stwierdzono, że uczniów z dużymi osiągnięciami szkolnymi było więcej w województwie opolskim. Częściej dobre osiągnięcia szkolne miały, w województwie opolskim dziewczęta niż chłopcy oraz uczniowie z liceów ogólnokształcących w porównaniu z uczniami ze szkół zawodowych.

Także w tym obszarze dokonano korelacji ze wskaźnikami zdrowia oraz zachowań zdrowotnych. Wykazano, że brak osiągnięć szkolnych sprzyja niskiej samoocenie zdrowia, dużej absencji chorobowej oraz nasilonym dolegliwościom psychicznym. Z kolei duże osiągnięcia szkolne wiążą się z częstszym podejmowaniem aktywności fizycznej przez młodzież. Na uwagę zasługują wyniki odnoszące się do związku osiągnięć szkolnych z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia. W przypadku wszystkich analizowanych zachowań ryzykownych – picia alkoholu, używania narkotyków, zachowań ryzykanckich, zachowań o charakterze wykroczeń oraz negatywnego wpływu rówieśników stwierdziliśmy, że duże osiągnięcia szkolne są czynnikiem chroniącym przed tymi zachowaniami. Patrząc na to z drugiej strony należy pamiętać, że brak osiągnięć szkolnych stwarza ryzyko nasilenia się u młodzieży tego typu zachowań problemowych.

Tabela 38. Młodzież, która odpowiadała na pytanie - Jak radziłeś sobie w szkole w ciągu ostatnich 4 tygodni?

	Świetny uczeń	Dobry uczeń	Przeciętny uczeń	Uczeń poniżej przeciętnej
Próba ogólnopolska	7,5	32,9	53,2	6,4
Województwo opolskie				
Ogółem	11,6	39,9	42,8	5,7
Chłopcy	13,6	36,9	42,6	6,9
Dziewczęta	9,8	42,7	42,9	4,6
Gimnazja				
Ogółem	15,1	39,4	39,5	6,0
Chłopcy	16,5	35,7	41,7	6,1
Dziewczęta	13,7	43,1	37,2	6,0
I klasa	16,4	41,3	36,2	6,1
II klasa	15,6	35,6	42,4	6,4
III klasa	12,5	41,0	41,1	5,4
Opole	15,2	37,7	39,5	7,6
Miasta powiatowe	17,6	39,5	36,6	6,3
Inne miasta	15,0	40,6	38,1	6,3
Wieś	12,1	38,7	44,5	4,7
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	7,1	40,4	47,1	5,4
Chłopcy	9,5	38,6	43,8	8,1
Dziewczęta	4,8	42,1	50,2	2,9
I klasa	9,1	38,6	47,9	4,4
II klasa	5,6	41,9	46,4	6,1
Licea	8,0	44,0	44,1	3,9
Chłopcy	13,0	42,3	38,7	6,0
Dziewczęta	4,7	45,1	47,8	2,4
Inne szkoły	5,9	36,2	50,8	7,1
Chłopcy	6,5	35,5	48,2	9,8
Dziewczęta	5,0	37,3	54,5	3,2
Opole	6,6	38,6	49,7	5,1
Miasta powiatowe	7,0	47,4	41,7	3,9
Inne miasta	9,4	42,2	44,8	3,6
Wieś	6,6	34,4	50,5	8,5

Tabela 39. Młodzież, która odpowiadała na pytanie dotyczące sposobu odrabiania lekcji.

	Bardzo dobrze, nie potrafiłbym lepiej	Prawie najlepiej, jak potrafię	Mogłem odrabiać pracę domową trochę lepiej	Mogłem odrabiać pracę domową znacznie lepiej
Próba ogólnopolska	9,1	32,8	38,8	19,3
Województwo opolskie				
Ogółem	12,7	33,5	36,0	17,8
Chłopcy	14,9	30,6	33,4	21,1
Dziewczęta	10,6	36,3	38,5	14,6
Gimnazja				
Ogółem	15,9	37,9	32,8	13,4
Chłopcy	18,1	35,4	31,5	15,0
Dziewczęta	13,7	40,4	34,2	11,7
I klasa	18,5	44,1	28,6	8,8
II klasa	16,1	32,8	37,3	13,8
III klasa	11,4	34,0	34,1	20,5
Opole	18,8	36,8	29,8	14,6
Miasta powiatowe	16,1	39,6	30,5	13,8
Inne miasta	17,8	33,3	35,3	13,6
Wieś	12,4	40,6	34,7	12,3
Szkoły ponadgimnazjalne				
Ogółem	8,5	27,6	40,2	23,7
Chłopcy	10,6	23,9	36,1	29,4
Dziewczęta	6,8	30,9	44,0	18,3
I klasa	10,8	28,9	40,6	19,7
II klasa	6,8	26,7	40,0	26,5
Licea	7,2	26,5	42,2	24,1
Chłopcy	9,3	24,2	34,9	31,6
Dziewczęta	5,7	28,1	47,1	19,1
Inne szkoły	10,1	29,0	37,7	23,2
Chłopcy	11,3	23,9	37,2	27,6
Dziewczęta	8,4	36,0	38,5	17,1
Opole	7,9	26,7	41,4	24,0
Miasta powiatowe	5,9	29,8	40,6	23,7
Inne miasta	9,6	28,3	39,6	22,5
Wieś	12,5	25,9	37,8	23,8

Tabela 40. Młodzież według bycia wyróżnianym przez nauczycieli.

	Nie	Tak
Próba ogólnopolska	55,1	44,9
Województwo opolskie		
Ogółem	55,4	44,6
Chłopcy	57,4	42,6
Dziewczęta	53,5	46,5
Gimnazja		
Ogółem	55,4	44,6
Chłopcy	60,2	49,8
Dziewczęta	50,9	49,1
I klasa	52,2	47,8
II klasa	54,3	45,7
III klasa	60,6	39,4
Opole	42,3	57,7
Miasta powiatowe	45,0	55,0
Inne miasta	55,4	44,6
Wieś	58,2	41,8
Szkoły ponadgimnazjalne		
Ogółem	55,3	44,7
Chłopcy	55,2	44,8
Dziewczęta	55,4	44,6
I klasa	49,9	50,1
II klasa	58,9	41,1
Licea	49,2	50,8
Chłopcy	49,8	50,2
Dziewczęta	48,9	51,1
Inne szkoły	63,8	36,2
Chłopcy	60,7	39,3
Dziewczęta	67,7	32,3
Opole	60,5	39,5
Miasta powiatowe	49,3	50,7
Inne miasta	57,1	42,9
Wieś	55,1	44,9

Tabela 41. Młodzież według otrzymania nagrody szkolnej.

	Nie	Tak
Próba ogólnopolska	66,1	33,9
Województwo opolskie		
Ogółem	66,9	33,1
Chłopcy	69,2	30,8
Dziewczęta	64,8	35,2
Gimnazja		
Ogółem	64,3	35,7
Chłopcy	67,0	33,0
Dziewczęta	61,8	38,2
I klasa	58,5	41,5
II klasa	69,0	31,0
III klasa	67,7	32,3
Opole	56,5	43,5
Miasta powiatowe	59,6	40,4
Inne miasta	66,8	33,2
Wieś	64,6	35,4
Szkoły ponadgimnazjalne		
Ogółem	68,8	31,2
Chłopcy	70,9	29,1
Dziewczęta	67,0	33,0
I klasa	56,2	43,8
II klasa	77,4	22,6
Licea	63,9	36,1
Chłopcy	68,9	31,1
Dziewczęta	60,6	39,4
Inne szkoły	75,8	24,2
Chłopcy	72,9	27,1
Dziewczęta	79,5	20,5
Opole	73,1	26,9
Miasta powiatowe	65,0	35,0
Inne miasta	73,7	26,3
Wieś	64,2	35,8

Tabela 42. Młodzież według działalności w klubie szkolnym lub organizacji szkolnej.

	Nie	Tak
Próba ogólnopolska	64,8	35,2
Województwo opolskie		
Ogółem	60,8	39,2
Chłopcy	63,7	36,3
Dziewczęta	58,1	41,9
Gimnazja		
Ogółem	59,4	40,6
Chłopcy	63,9	36,1
Dziewczęta	55,1	44,9
I klasa	57,7	42,3
II klasa	56,8	43,2
III klasa	63,6	36,4
Opole	57,9	42,1
Miasta powiatowe	56,6	43,4
Inne miasta	54,5	45,5
Wieś	62,9	37,1
Szkoły ponadgimnazjalne		
Ogółem	61,7	38,3
Chłopcy	63,3	36,7
Dziewczęta	60,2	39,8
I klasa	55,8	44,2
II klasa	65,7	34,3
Licea	57,0	43,0
Chłopcy	59,3	40,7
Dziewczęta	55,5	44,5
Inne szkoły	68,2	31,8
Chłopcy	67,3	32,7
Dziewczęta	69,3	30,7
Opole	67,6	32,4
Miasta powiatowe	54,2	45,8
Inne miasta	68,4	31,6
Wieś	63,2	36,8

Tabela 43. Osiągnięcia szkolne według skali sumarycznej.

	Osiągnięcia szkolne		
	małe	przeciętne	duże
Próba ogólnopolska	23,1	53,7	23,2
Województwo opolskie			
Ogółem	22,4	51,2	26,4
Chłopcy	24,3	52,3	23,4
Dziewczeta	20,8	50,1	29,1
Gimnazjum			
Ogółem	19,3	51,3	29,4
Chłopcy	21,1	53,5	25,4
Dziewczeta	17,6	49,1	33,3
I klasa	14,0	51,3	34,7
II klasa	21,0	51,5	27,5
III klasa	24,4	51,2	24,4
Opole	14,1	52,4	33,5
Miasta powiatowe	13,5	54,2	32,3
Inne miasta	21,9	48,0	30,1
Wieś	19,2	52,7	28,1
Szkoły ponadgimnazjalne			
Ogółem	24,7	51,0	24,3
Chłopcy	26,7	51,2	22,1
Dziewczeta	23,0	50,8	26,2
I klasa	19,8	47,9	32,3
II klasa	27,9	53,1	19,0
Licea	24,2	46,2	29,6
Chłopcy	27,3	46,8	25,9
Dziewczeta	22,1	45,8	32,1
Inne szkoły	25,5	57,8	16,7
Chłopcy	26,1	55,6	18,3
Dziewczeta	24,8	60,6	14,6
Opole	27,4	53,9	18,7
Miasta powiatowe	21,3	48,3	30,4
Inne miasta	21,1	57,8	21,1
Wieś	26,9	47,1	26,0

3.2.3. Praca nastolatków

3.2.3.1 Zastosowane pytania

Problem dorywczej pracy zarobkowej jest w Polsce rzadko poruszany w opracowaniach na temat stylu życia i zachowań zdrowotnych nastolatków. Częściej mówi się o obciążeniu pracą w gospodarstwie domowym, co przede wszystkim dotyczy rodzin wiejskich. W przeciwieństwie do krajów zachodnich, dążenie do pokrywania drobnych wydatków z zarobionych przez siebie funduszy nie jest u nas normą kulturową. Znaczna część polskich rodziców próbuje „chronić” dorastające dzieci przed podejmowaniem pracy, uważając, że powinny one koncentrować się na nauce.

W amerykańskiej wersji kwestionariusza CHIP-AE zamieszczono siedem opisanych dalej pytań na temat dorywczej pracy zarobkowej. W piśmiennictwie amerykańskim można znaleźć szereg publikacji na ten temat. Autorzy w zasadzie zgadzają się w kwestii tego, że ograniczona liczba godzin w tygodniu przeznaczonych na pracę może stymulować lepszy rozwój. Dopiero u młodzieży uczącej się i pracującej dużo (ponad 20 godzin na tydzień) zauważa się negatywne konsekwencje, a przed wszystkim pogorszenie wyników w nauce. Znaczne obciążenie pracą może negatywnie odbijać się na nauce z dwóch powodów. Po pierwsze, nastolatki mają mniej czasu na naukę, odrabianie lekcji i zajęcia pozalekcyjne. Po drugie, mogą świadomie przedkładać pracę nad naukę, mieć inne dążenia i narastający brak motywacji do nauki. Niemniej jednak, jeśli porównuje się młodzież niepracującą w ogóle z pracującymi niewielką liczbą godzin, ci drudzy osiągają lepsze wyniki w nauce. Można przypuszczać, że umiarkowana praca zwiększa odpowiedzialność i niezależność, daje wiarę we własne możliwości, stwarzając też okazję do podejmowania nowych wyzwań i trenowania umiejętności społecznych. Te wszystkie pozytywne cechy mogą w mniejszym stopniu być rozwinięte u niepracujących, którzy częściej mogą też prezentować postawy roszczeniowe wobec rodziny.

W kwestionariuszu CHIP-AE pytano o sam fakt podjęcia pracy zarobkowej w ostatnich 4 tygodniach oraz o czas przeznaczony na pracę (liczba dni i godzin tygodniowo). Z założenia nie dotyczyło to odpłatnej pomocy w domu. Odrębny blok pytań dotyczył problemów związanych z pracą, takich jak:

- spóźnianie się;
- nieobecność w pracy;
- nie zrobienie czegoś, co miała być zrobione;
- problemy z wykonywaniem powierzonych zadań.

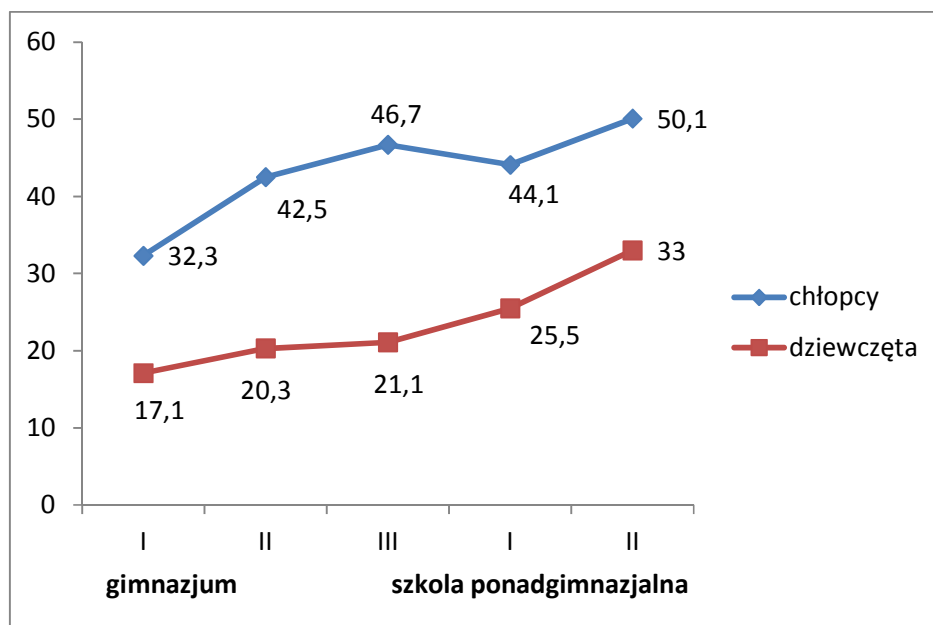
Młodzież miała za zadanie opisać nasilenie tych problemów w ostatnich 4 tygodniach. Do wyboru były trzy kategorie odpowiedzi: *nigdy, jeden lub dwa razy, kilka razy*. Odpowiedzi na te pytania analizowano osobno oraz jako skalę sumaryczną, przyjmującą zakres od 0 do 8 punktów.

3.2.3.2. Rozkład odpowiedzi

Prawie co trzeci (32%) nastolatek ankietowany w województwie opolskim podejmował pracę zarobkową poza domem w ostatnim miesiącu. Odsetek pracujących jest znacząco większy niż w innych województwach. Częściej pracują chłopcy niż dziewczęta (tab. 44). Osoby pracujące są nieznacznie starsze od niepracujących. Niemniej jednak często pracują zarobkowo poza domem osoby, które nie ukończyły 16 roku życia. Trudno jest na podstawie uzyskanych informacji wnioskować, czy jest to praca „legalna”, ale prawdopodobnie w większości przypadków nie zawierana jest formalna umowa. Oczywiście, odsetek pracujących systematycznie zwiększa się wraz z wiekiem ankietowanych. W pierwszej klasie gimnazjum pracuje co czwarty nastolatek (24,6%), a w II klasie szkół ponadgimnazjalnych już co drugi chłopiec i co trzecia dziewczyna. Dokładny odsetek pracujących chłopców i dziewcząt w poszczególnych rocznikach przedstawiono na rycinie 27. U obu płci można zauważyć znaczący wzrost odsetka pracujących w II klasie szkoły ponadgimnazjalnej, kiedy większość uczniów jest już pełnoletnia.

Tabela 44. Młodzież podejmująca pracę zarobkową – porównanie danych z województwa opolskiego z próbą z 5 innych województw

	Woj. opolskie			Próba 5 województw		
	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
Podejmowali pracę (%)	32,2	42,7	23,6	22,2	30,8	13,9
Średni wiek						
• niepracujących	15,53	15,45	15,58	15,13	15,07	15,18
• pracujących	15,81	15,57	15,67	15,64	15,24	15,69
Przeciętna liczba dni pracy w tygodniu	1,75	1,89	1,60	2,02	1,98	2,12
Przeciętna liczba godzin pracy w tygodniu	5,54	6,43	4,57	7,11	7,34	6,58



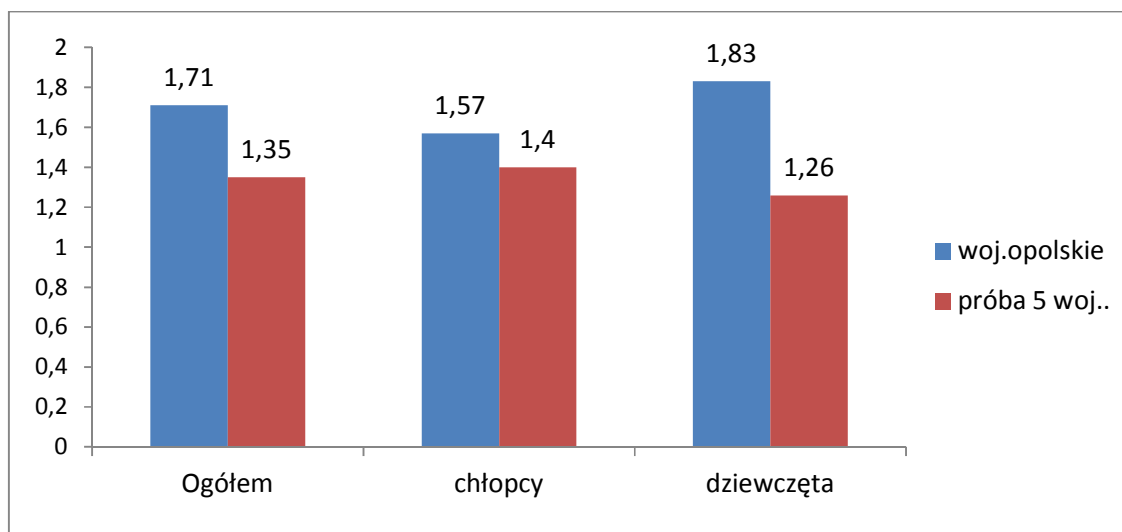
Rycina 27 . Odsetek pracujących wg płci i wieku

Młodzież przeważnie pracuje 1-2 dni w tygodniu, przeznaczając na pracę 5-7 godzin. Młodzi mieszkańcy województwa opolskiego pracują w mniejszym wymiarze dni i godzin niż rówieśnicy z innych województw. Wymiar pracy jest zdecydowanie mniejszy u dziewcząt niż u chłopców z województwa opolskiego. Według danych ogólnopolskich, różnice zależne od płci są dużo mniejsze. Liczba dni i godzin przeznaczanych na pracę zwiększa się też z wiekiem.

Znaczny odsetek pracujących nastolatków z województwa opolskiego sygnalizuje pojawianie się sytuacji świadczących o zaniedbywaniu lub złym wykonywaniu pracy. Najczęściej zdarza się młodym ludziom nie zrobienie czegoś, co powinno być zrobione (tab. 45). Większość wymienionych problemów częściej jest sygnalizowana w województwie opolskim niż w innych częściach kraju objętych badaniami ankietowymi CHIP-AE.

Tabela 45. Problemy młodzieży pracującej.

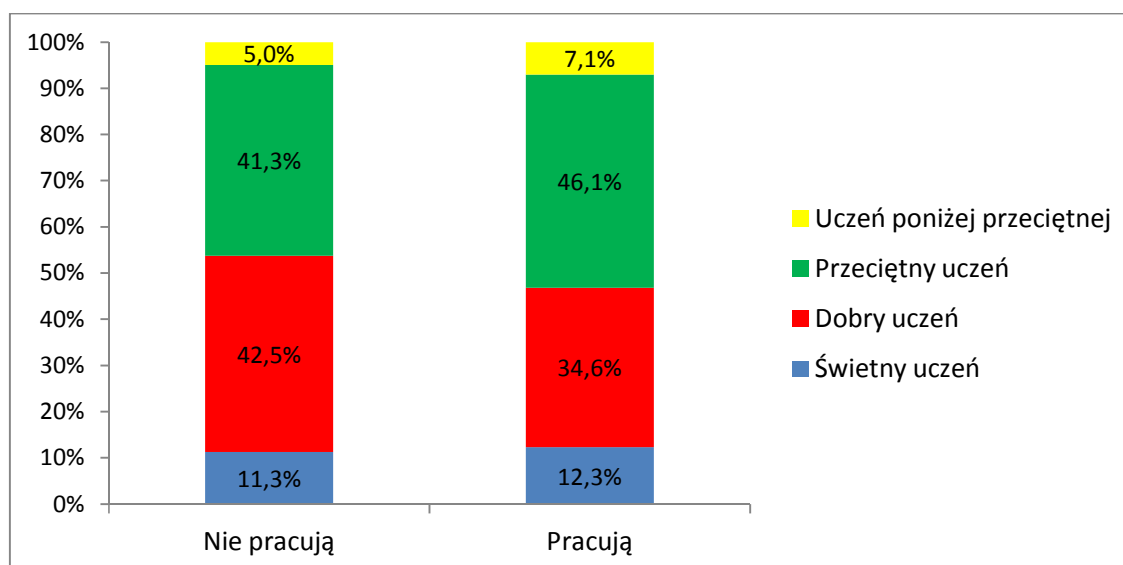
Rodzaj problemów	Województwo opolskie			Próba 5 województw		
	Nigdy	1 lub 2 razy	Kilka razy	Nigdy	1 lub 2 razy	Kilka razy
Spóźnianie się do pracy	76,5	12,8	10,7	77,1	17,6	5,3
Nieobecność w pracy	71,9	18,1	10,0	75,4	17,4	7,2
Zaniedbanie w pracy	52,2	22,3	25,4	61,9	29,0	9,0
Trudności z wykonaniem powierzonych zadań	65,5	23,0	11,4	75,0	19,0	6,0



Rycina 28. Sumaryczna ocena problemów w pracy

Potwierdza to analiza sumarycznego indeksu problemów z pracą – wyższą średnią wartość uzyskano w województwie opolskim. Różnica jest większa u dziewcząt niż u chłopców. W próbie ogólnopolskiej większe problemy notowano u chłopców niż u dziewcząt, podczas gdy w województwie opolskim odwrotnie (ryc. 28). Dziewczęta dużo częściej się spóźniają lub są nieobecne w pracy.

Próbowano też sprawdzić, w jakim stopniu praca rzutuje na osiągnięcia w nauce. Młodzież pracująca dużo częściej niż nie pracujący rówieśnicy twierdzi, że mogłaby odrabiać pracę domową znacznie lepiej. Oceniając swoje wyniki w nauce osoby pracujące częściej uważają się za uczniów przeciętnych, rzadziej zaś za dobrych (ryc.29).



Rycina 29. Osiągnięcia w nauce uczniów pracujących i niepracujących.

Warto zwrócić też uwagę na rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące pracy i związanych z nią problemów według typu szkoły i jej lokalizacji. Odsetek pracujących nastolatków wynosi 29,5% w gimnazjach, 33,7% w liceach ogólnokształcących i 44,2% w innych szkołach ponadgimnazjalnych. Niemniej jednak w liceach ogólnokształcących, młodzież mniej czasu poświęca na pracę. Odsetek pracujących więcej niż dwa dni w tygodniu wynosi (w stosunku do populacji w ogóle pracujących) odpowiednio: 30,9% w gimnazjach, 18,9% w liceach ogólnokształcących i 40,6% w szkołach ponadgimnazjalnych o profilu zawodowym.

Młodzież wiejska pracuje też częściej niż rówieśnicy z miasta. Na wsiach i w szkołach zawodowych (technika, licea profilowane, zasadnicze szkoły zawodowe) zwiększa się też wymiar czasu pracy.

3.2.3.3. Korelacja ze zdrowiem

Analogicznie jak w poprzednich rozdziałach badano też pięć wskaźników zdrowia w grupie pracujących i niepracujących. Nie stwierdzono znaczących różnic w ogólnej ocenie zdrowia i nasileniu dolegliwości psychicznych. Młodzież pracująca zdecydowanie częściej ulega urazom i częściej opuszcza zajęcia szkolne z powodów zdrowotnych. Na

korzyść młodzieży pracującej przemawia dużo lepsza aktywność fizyczna. Można więc przypuszczać, że osoby pracujące są ogólnie sprawniejsze i pełne energii.

Tabela 46. Zdrowie nastolatków a podejmowanie pracy.

Wskaźnik oceny zdrowia	Podejmowanie pracy	
	Nie	Tak
niska samoocena zdrowia	6,1	7,2
duża absencja chorobowa*	9,5	11,9
nasilenie dolegliwości psychicznych	21,1	22,6
urazy wymagające pomocy medycznej*	18,2	23,9
wysoka aktywność fizyczna*	16,4	27,7

*istotna statystycznie różnica między grupami

Praca wykazuje związek z pięcioma wskaźnikami zdrowotnymi zarówno u chłopców, jak i dziewcząt. U dziewcząt też wyraźniej zarysowuje się związek między podejmowaniem pracy a ogólną samooceną zdrowia. Gorzej ocenia swoje zdrowie 7,4% niepracujących i 10,6% pracujących dziewcząt.

3.2.3.4. Korelacja z zachowaniami

Młodzież pracująca i nie pracująca wyraźnie różni się pod względem częstości podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia (tab.47). Ci co pracują częściej sięgają po alkohol i narkotyki. Co trzeci pracujący nastolatek z województwa opolskiego podejmuje zachowania określone jako ryzykanckie, które świadczą o potrzebie poszukiwania wrażeń. Co czwarty pracujący nastolatek z województwa opolskiego podejmuje zachowania o charakterze wykroczeń, które są na granicy konfliktu z prawem.

Tabela 47. Podejmowanie innych zachowań ryzykownych przez młodzież pracującą i nie pracującą.

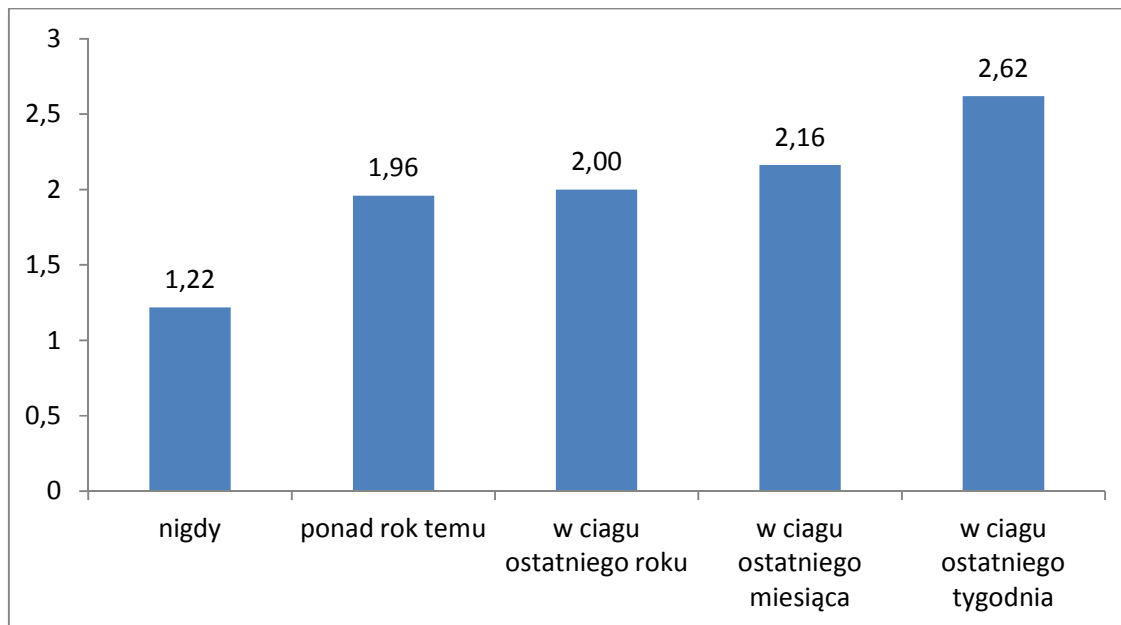
Wskaźnik zachowań ryzykownych	Podejmowanie pracy	
	Nie	Tak
częste picie alkoholu	20,6	30,0
używanie narkotyków w ostatnim roku	12,6	20,5
nasilone zachowania ryzykanckie	16,8	34,1
nasilone zachowania o charakterze wykroczeń	11,4	23,4
negatywny wpływ rówieśników	8,2	15,0

Więcej uwagi poświęcono używaniu alkoholu przez młodzież pracującą. Za grupę ryzyka przyjęto osoby pijące alkoholu w ostatnim tygodniu lub w ostatnim miesiącu. Osoby pracujące częściej niedawno piły zarówno mocniejsze, jak i słabsze napoje alkoholowe. W odniesieniu do trzech podstawowych pytań na temat używania alkoholu różnica między pracującymi i niepracującymi jest dwukrotna (zaciemnione pola tabeli 48 na stronie 100).

Tabela 48. Picie alkoholu w ostatnim tygodniu lub w ostatnim miesiącu w zależności od podejmowania pracy zarobkowej poza domem.

Pytanie o:	Ostatni raz pili alkohol:				
	nigdy	ponad rok temu	w ciągu ostatniego roku	w ciągu ostatniego miesiąca	w ciągu ostatniego tygodnia
nie pracowali w ostatnim miesiącu					
picie piwa, wina lub słodkich napojów alkoholowych	45,4	17,5	13,0	8,7	15,4
picie mocnych alkoholi	55,0	14,0	11,3	8,6	11,1
wypicie 5 lub więcej drinków za jednym razem	64,0	11,9	9,8	7,2	7,1
pracowali w ostatnim miesiącu					
picie piwa, wina lub słodkich napojów alkoholowych	30,6	24,0	11,1	7,8	26,4
picie mocnych alkoholi	39,8	21,5	10,3	9,9	18,6
wypicie 5 lub więcej drinków za jednym razem	46,1	20,6	9,1	8,5	15,6

Na przykładzie pytania o picie lżejszych napojów alkoholowych pokazano też, jak zmienia się indeks problemów z pracą. U młodzieży w ogóle nie pijącej średni indeks problemów z pracą wynosił 1,22, wobec wartości 2,62 u tych, którzy pili piwo, wino lub słodkie alkoholowe w ostatnim tygodniu (ryc. 30).



Rycina 30. Indeks problemów z pracą w zależności od picia piwa, wina lub słodkich napojów alkoholowych

Podsumowanie

Zjawisko podejmowania pracy zarobkowej przez nastolatki jest dość powszechne w województwie opolskim. Odsetek pracującej młodzieży jest zdecydowanie większy niż w połączonej próbie z innych województw, ale wymiar pracy jest mniejszy. Odsetek pracującej młodzieży zwiększa się z wiekiem i jest szczególnie wysoki w szkołach ponadgimnazjalnych o profilu zawodowym.

Osoby pracujące i niepracujące znacząco się różnią pod względem wskaźników zdrowia i pod względem zachowań związanych ze zdrowiem. Można uznać, że młodzież pracująca jest bardziej narażona na problemy związane ze zdrowiem i stylem życia. Częściej sięga po alkohol, a osoby często pijące mają z kolei problemy w pracy związane z niewywiązywaniem się z obowiązków. Potwierdzono też hipotezę, że podejmowanie pracy może wpływać na pogorszenie wyników w nauce.

Uzyskane wyniki wskazują na zasadność podejmowania pogłębionych badań nad wpływem pracy na rozwój nastolatków, z uwzględnieniem badań jakościowych.

4. Podsumowanie

Raport jest trzecią i zarazem ostatnią częścią cyklu wyników badań z wykorzystaniem kwestionariusza CHIP-AE. W raporcie przedstawiono dane dotyczące ponad 3500 uczniów z województwa opolskiego zbadanych w 2011 r. w ramach badań ankietowych. Badania wykonano w 2011 r. wykorzystując metodę internetową.

W niniejszym raporcie dokonano próby analizy uzyskanych wyników w odniesieniu do koncepcji zasobów wspierających zdrowia. We wstępie raportu opisano teoretyczne podstawy koncepcji *resilience*, zgodnie z którą umiejętność poradzenia sobie z sytuacjami problemowymi czy umiejętność powrotu do stanu równowagi jest czynnikiem w sposób znaczny wpływającym na rozwój i właściwe funkcjonowanie młodego człowieka. W raporcie zaproponowano podział na dwa obszary zasobów wzmacniających zdrowie - czynniki rodzinne oraz czynniki indywidualne. Podjęto taką decyzję odnosząc się także do ekologicznej koncepcji rozwoju U. Bronfenbrennera. Według autora ekologiczny model rozwoju dziecka to wypadkowa jego aktywności i funkcjonowania w środowisku oraz zwrotnie wpływ tego środowiska na funkcjonowanie dziecka¹⁴. Koncepcja zakłada więc, że rozwój dziecka uzależniony jest od wzajemnych wpływów bezpośrednich i pośrednich różnych środowisk z otoczenia dziecka. Przyjmując w raporcie założenie o podziale na czynniki rodzinne i czynniki indywidualne założono, że zarówno czynniki zewnętrzne jak i zasoby osobiste mają wpływ na prawidłowy rozwój nastolatka.

Wśród czynników rodzinnych badano: obecność rodziców, zamożność rodziny, zaangażowanie rodziny i poczucie bezpieczeństwa w domu. Do czynników indywidualnych zaliczono: umiejętność rozwiązywania problemów, osiągnięcia szkolne oraz podejmowanie pracy przez młodzież. W odniesieniu do każdego wymienionego czynnika badano, jak ważnym jest on zasobem dla zdrowia. Uznano za stosowne zbadanie wpływu wymienionych czynników na wskaźniki zdrowia oraz na zachowania zdrowotne. Wśród wskaźników zdrowia zawarto: niską samoocenę zdrowia, dużą absencję chorobową, nasilenie dolegliwości psychicznych, urazy wymagające pomocy medycznej oraz wysoką aktywność fizyczną. Analizowano następujące zachowania

¹⁴Darling N. Ecological system theory: The person in the center of the circle. *Research in Human Development* 2007, 4: 203-217.

ryzykowne dla zdrowia: częste picie alkoholu, używanie narkotyków w ostatnim roku, nasilone zachowania ryzykanckie, nasilone zachowania o charakterze wykroczeń, negatywny wpływ rówieśników. W tej części raportu, w odróżnieniu do dwóch poprzednich nie skupiano się z tak dużym naciskiem na wykazanie różnic w funkcjonowaniu uczniów z województwa opolskiego w porównaniu do uczniów z pozostałych pięciu badanych województw. Starano się znaleźć prawidłowości dotyczące zasobów dla zdrowia, tak by zdobyta wiedza była pożyteczna w kształtowaniu polityki zdrowotnej osób dorastających.

Dalszą część podsumowania podzielono osobno na czynniki rodzinne oraz czynniki indywidualne.

Czynniki rodzinne

Pierwszym analizowanym przez nas czynnikiem rodzinnym była obecność rodziców w domu. Wyniki badań wykazały, że wśród badanej młodzieży znaczny odsetek jest na stałe lub okresowo pozbawiony kontaktu z jednym lub obojgiem biologicznych rodziców. Problem mieszkania bez obojga rodziców jest wyraźniej widoczny w większych miejscowościach. W miejscowościach mniejszych zaostrza się problematyka związana z pracą zarobkową. Należy w tym miejscu podkreślić, że brak rodziców w sposób negatywny wpływa na zdrowie młodzieży, w szczególności na ich samopoczucie psychiczne. Wyniki badań wykazały, że dziewczęta, silniej niż chłopcy odczuwają negatywne skutki wychowywania się w niepełnych rodzinach.

Kolejnym badanym obszarem była zamożność rodziny. Różnicowano rodziny pod względem korzystania z zasiłku z pomocy społecznej, co daje nam podstawy by przypuszczać, że są to rodziny borykające się z kłopotami finansowymi. Okazało się, że korzystanie przez rodziców z zasiłku z pomocy społecznej sprawia, że młodzież z tych rodzin znacznie gorzej ocenia swoje zdrowie, jest także bardziej skłonna do zachowań ryzykanckich. Co ciekawe to w rodzinach zamożnych, a nie tych z problemami finansowymi młodzież częściej sięga po alkohol.

Wśród czynników rodzinnych znalazł się także obszar dotyczący zaangażowania rodziny, w którym ujęto różne aspekty funkcjonowania psychospołecznego członków rodziny w tym nastolatka. Wykazano tu różnice w ocenie między populacją z województwa opolskiego i pozostałych badanych województw, na niekorzyść uczniów

z województwa opolskiego. Gorzej postrzegają swoje rodziny uczniowie z gimnazjów niż ich starsi rówieśnicy. Może to mieć związek z prawidłowościami wynikającymi z okresu dorastania, gdzie właśnie w latach przypadających na naukę w gimnazjum obserwuje się nasilenie emocji negatywnych, bunt przeciwko zasadom ujawniający się w formie sprzeciwu wobec rodziców. Najsilniejszym czynnikiem ochronnym jest rodzina w odniesieniu do zdrowia psychicznego, gdzie jak wykazano powyżej brak rodziców prowadzi do zaburzeń w tym obszarze. Relacje rodzinne mają także duże znaczenie dla ryzyka używania narkotyków, gdzie im lepsze są relacje tym rzadziej uczniowie sięgają po narkotyki. Wyniki badań wykazały także że właściwie funkcjonująca rodzina zmniejsza negatywny wpływ grupy rówieśniczej, której członkowie używają substancji psychoaktywnych. Z badań wynika, że relacje w rodzinie mają większy wpływ na zdrowie dziewcząt niż chłopców.

Ostatnim analizowanym obszarem czynników rodzinnych było poczucie bezpieczeństwa, rozumiane w kontekście psychospołecznych i środowiska fizycznego domu. Także tutaj wykazano związek ze zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi stwierdzając że uczniowie z niskim poziomem poczucia bezpieczeństwa, częściej niż ich rówieśnicy z wysokim poziomem są niezadowolone ze swojego zdrowia oraz mają dolegliwości psychiczne oraz podejmują różne zachowania ryzykowne dla zdrowia.

Podsumowując wyniki dotyczące zasób rodzinnych należy podkreślić, że dobrze funkcjonująca rodzina tzn. jak wykazały wyniki naszych badań rodzina pełna, zaangażowana w bycie razem oraz dająca poczucie bezpieczeństwa stwarza warunki do do optymalnego rozwoju w tym zmniejsza występowania zachowań ryzykownych.

Czynniki indywidualne

Pierwszym opisanym w raporcie czynnikiem indywidualnym była umiejętność rozwiązywania problemów społecznych, dotyczących przede wszystkim kontaktów z rówieśnikami. Umiejętność rozwiązywania problemów zaliczono do kompetencji społecznych i zgodnie z uzyskanymi wynikami zauważono, że są one domeną dziewcząt. Widać także wzrost tych umiejętności wraz z wiekiem osób badanych. Dla większości analizowanych wskaźników zdrowia i zachowań zdrowotnych wysoki poziom tych umiejętności wpływa na lepsze zdrowia i mniejsze nasilenie zachowań ryzykownych. Zupełnie inną zależność zaobserwowano badając korelację umiejętności

rozwiązywania problemów z piciem alkoholu, gdzie stwierdzono, że uczniowie z wyższym poziomem tych umiejętności częściej piją alkohol niż ich rówieśnicy z niskim poziomem umiejętności rozwiązywania problemów. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że wyniki badań HBSC prowadzonych w Instytucie Matki i Dziecka potwierdzają, że dobre relacje z rówieśnikami nasilają częstość picia alkoholu przez młodzież.

Kolejnym badanym czynnikiem indywidualnym była samoocena osiągnięć szkolnych. Uczniowie z województwa opolskiego częściej niż ich rówieśnicy z pozostałych badanych województw uważali, że są dobrymi uczniami, byli zadowoleni z tego jak odrabiają lekcje oraz częściej uczestniczyli w klubach i organizacjach szkolnych. Także uczniów z dobrymi osiągnięciami szkolnymi było w województwie opolskim więcej. Osiągnięcia szkolne są bardzo ważnym zasobem dla zdrowia. Wyniki prezentowanych badań wyraźnie wskazały, że dobre osiągnięcia szkolne mają związek z lepszą samooceną zdrowia i zdrowiem psychicznym. Przede wszystkim należy także podkreślić że dobre osiągnięcia szkolne mają związek z podejmowaniem częściej przez młodzież aktywności fizycznej. Także w obszarze zachowań ryzykownych dla zdrowia wyraźnie widać, że częściej podejmują je uczniowie z niskimi osiągnięciami szkolnymi.

Ostatnim badanym zasobem osobistym było podejmowania pracy zarobkowej przez młodzież. Wykazano, że młodzież pracująca jest bardziej narażona na podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia psychospołecznego np. częściej sięga po alkohol, gorzej się uczy. W województwie opolskim najczęściej pracę zarobkową podejmują uczniowie ze szkół zawodowych.

W tym miejscu chcemy podkreślić, że dobrze funkcjonująca rodzina oraz dobre osiągnięcia szkolne stanowią zasoby dla zdrowia zwiększając szansę na właściwy rozwój młodzieży. Nie można jednak zapominać, że brak dobrze funkcjonującej rodziny czy brak osiągnięć szkolnych prowadzi do negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Budując strategię polityki zdrowotnej dla młodzieży powinno się uwzględniać zarówno czynniki rodzinne jak i czynniki osobiste w tym przede wszystkim sposób funkcjonowania w szkole.