



Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży

Problem behaviors as a dimension of mental health assessment in adolescents

KRZYSZTOF JAN BOBROWSKI, JAN CZESŁAW CZABAŁA, CELINA BRYKCYŃSKA

Z Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. W badaniach zdrowia młodzieży analizuje się m.in. występowanie zachowań problemowych, które bezpośrednio lub potencjalnie mogą zagrażać zdrowiu psychicznemu. Do pomiaru zaburzeń zdrowia psychicznego wprowadzono podział na dwie kategorie określone jako wskaźniki eksternalizacyjne (zachowania problemowe) i internalizacyjne (problemy emocjonalne). Pierwszym celem badań było oszacowanie rozpowszechnienia zachowań problemowych wśród uczniów pierwszych klas gimnazjalnych. Drugim – analiza relacji pomiędzy wskaźnikami internalizacyjnymi i eksternalizacyjnymi.

Metoda. Przebadano 1123 uczniów klas pierwszych szkół gimnazjalnych Gminy Warszawa-Centrum. Ankieta, jaką wypełniali uczniowie, stanowiła adaptację kanadyjskiego kwestionariusza monitorującego stan zdrowia psychicznego młodzieży. Określono następujące wskaźniki zachowań problemowych: upijanie się, problemy po alkoholu, używanie narkotyków, problemy z narkotykami, przemoc, zachowania sprzeczne z prawem. Jako wskaźniki internalizacyjne analizowano: objawy depresyjne (skrótowa skala CES-D), psychiczny dystres (skrótowa skala GHQ-12 Goldberga), subiektywny wskaźnik złego samopoczucia, myśli samobójcze.

Wyniki. Występowanie jednego z zachowań problemowych stwierdzono u połowy (52%) wszystkich osób badanych, częściej u chłopców (59,9%). Znaczna część osób przejawiających zachowania problemowe cechowała się większym nasileniem stresu psychologicznego, objawów depresyjnych oraz gorszą oceną swego samopoczucia psychicznego. Osoby przejawiające symptomy złego stanu zdrowia psychicznego, a równocześnie charakteryzujące się zespołem zachowań problemowych (minimum dwa takie zachowania) stanowiły 14,9% badanej grupy.

Wnioski. Z perspektywy zagrożenia dla zdrowia psychicznego grupę ryzyka stanowiła ok. 1/3 badanej próby zarówno wśród dziewcząt, jak i wśród chłopców

SUMMARY

Objectives. An assessment of health status in adolescence includes, among other variables, also problem behaviours that may involve either direct or potential mental health risk. In the study two categories were introduced in the mental health assessment, defined as externalization (problem behaviours) and internalization (emotional disturbances) indicators. The first aim of the study was to estimate problem behaviours prevalence among students beginning secondary school, while the second objective was to analyze relationships between internalization and externalization indicators.

Methods. Participants in the study were first grade students (N = 1123) of secondary schools in the City of Warsaw area. They responded to a Polish adaptation of a self-report Canadian questionnaire monitoring adolescents' mental health. The following indicators of problem behaviours were used: getting drunk, problems due to alcohol drinking, drug use, problems caused by drug use, violence, law-breaking. The following internalization indicators were analyzed: depressive symptoms (as measured by the CES-D scale), psychological distress (the GHQ-12 questionnaire by Goldberg), self-rated poor mental health, suicidal thoughts.

Results. The presence of at least one of the problem behaviours was reported by a half of the sample (52%), more often by boys (59.9%). A high percent of those manifesting problem behaviours were characterized by a higher intensity of experienced psychological stress, more severe depressive symptoms and lower self-rated psychological wellbeing. Those who reported symptoms of poor mental health together with two or more problem behaviours constituted 14.9% of the sample.

Conclusions. The group at risk for mental health constituted about a third of the sample studied, irrespective of gender.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne / zachowania ryzykowne / młodzież

Key words: mental health / problem behaviors / adolescents

W badaniach zdrowia młodzieży, wśród różnych jego aspektów, analizowane jest występowanie zachowań, które sprzyjają zdrowiu bądź stanowią, bezpośrednio lub w dalszej perspektywie, zagrożenie dla zdrowia [1, 2, 3, 4, 5]. Zachowania te określane czasem jako „zachowania zdrowotne” lub „prozdrowotne”, „beha-

wioralne wskaźniki zdrowia”, a z drugiej strony – „zachowania problemowe” lub „zachowania ryzykowne”, stanowią przedmiot zainteresowania badaczy zajmujących się problematyką zdrowia psychicznego.

W amerykańskich badaniach zdrowia psychicznego młodzieży (USA i Kanada) można spotkać próby

uporządkowania szerokiego wachlarza stosowanych miar zaburzeń zdrowia poprzez wprowadzenie podziału na dwie zasadnicze kategorie, określane jako wskaźniki eksternalizacyjne (*externalizing*) i internalizacyjne (*internalizing*) [1, 2]. Pierwsza z tych grup obejmuje zachowania związane z agresją, przemocą, wyraźnym łamaniem norm życia społecznego, zachowania przestępcze, używanie substancji psychoaktywnych. Druga grupa wskaźników opisuje problemy wewnętrzne, emocjonalne, głównie zaburzenia depresyjne i lękowe, nadmierny stres i inne problemy.

Głównie dzięki pracom Jessora [6, 7], ale także innych badaczy [4, 5, 8, 9, 10], wiemy o pewnych prawidłowościach dotyczących zachowań problemowych. Po pierwsze, wykryto tendencję do współwystępowania różnego typu zachowań problemowych u części młodzieży w okresie dorastania. Zjawisko to określane jest jako zespół (lub syndrom) zachowań problemowych. Podejmowane w badaniach podłużnych próby oceny zmian zespołu zachowań problemowych w czasie pokazują, że centralnym elementem „syndromu” w okresie adolescencji jest nadużywanie alkoholu, natomiast w okresie wczesnej dorosłości miejsce alkoholu zajmuje palenie marihuany [4, 5, 8]. Zespół zachowań problemowych nie zawsze jest trwały i u części osób przestaje być widoczny wraz z osiągnięciem pełnej dojrzałości i gotowości do założenia rodziny [5, 8].

Wielu badaczy podkreśla funkcjonalne znaczenie zachowań problemowych w kontekście realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania [5, 6, 8, 9, 10]. Pozwalają one na realizację ważnych potrzeb: uzyskanie akceptacji grupy rówieśniczej, potrzeby niezależności, czy przybliżania się do dorosłości. W związku z tym należy uznać, że sporadyczne pojawianie się niektórych zachowań problemowych w okresie dorastania nie świadczy o zaburzeniach zdrowia psychicznego, a przeciwnie, jest charakterystyczne, wręcz normatywne dla tego okresu w życiu człowieka. Z drugiej strony nasilone, częste zachowania ryzykowne, mogą powodować wymierne szkody (zdrowotne, społeczne), mogą utrudniać pełny rozwój osobowości i potencjału, jaki posiada młody człowiek. Z powyższych powodów jako symptomatyczne traktowane jest nadużywanie alkoholu, a nie po prostu picie alkoholu, które wraz z dorastaniem staje się coraz bardziej powszechnym i „normatywnym” zjawiskiem wśród młodzieży. Nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez młodzież rozumiane jest jako częste używanie lub używanie w sposób związany z poważnymi konsekwencjami (np. zdrowotnymi, społecznymi) [11]. Wydaje się, że podobnie należy definiować inne rodzaje zachowań problemowych, jako symptomatyczne traktując zachowania często występujące lub takie, które mogą prowadzić do ewidentnych, negatywnych konsekwencji. Trudno jednak tu o zupełnie ostre, ścisłe definicje zachowań określanych jako „problemowe” czy „ryzykowne”. Dlatego w różnych badaniach tego rodzaju zachowania bywają nieco inaczej operacjonalizowane.

Jednym z głównych źródeł statystycznej wiedzy o stanie zdrowia psychicznego młodzieży i rozpowszechnieniu zachowań ryzykownych są międzynarodowe badania HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*). Najważniejsze dane z obszaru zachowań ryzykownych młodzieży z ostatniej polskiej edycji badań w 2002 r. [12] są następujące. Upiło się kiedykolwiek w życiu ok. 29% 11–15-letniej młodzieży, co najmniej jeden raz w ostatnim roku uczestniczyło w bójkach 39% uczniów, a wśród 15-latków w ostatnim roku 18% uczniów używało marihuany lub haszyszu. Na tle krajów „starej” Unii, biorących udział w badaniach, młodzież polska charakteryzowała się nieco niższymi wskaźnikami upijania się oraz używania marihuany, natomiast częściej polscy chłopcy brali udział w przemocy wobec innych [13].

Autorzy polskiej edycji badań HBSC podejmowali również próby ogólnej charakterystyki zachowań problemowych, wyróżniając takie zachowania, jak: codzienne palenie tytoniu, więcej niż 3 epizody upicia się, używanie innych substancji psychoaktywnych, inicjacja seksualna, częsta przemoc wobec innych, częste uczestniczenie w bójkach. Według danych z 2002 r. dla grupy 15-latków co najmniej jedno zachowanie problemowe charakteryzowało 31% dziewcząt i 56% chłopców. Natomiast zespół zachowań problemowych (współwystępowanie co najmniej 2 typów zachowań) charakteryzował ok. ¼ badanej grupy: 14% dziewcząt i 32% chłopców [14].

Ostatnia edycja badań HBSC przynosi także pewną pulę danych na temat ogólnej oceny zdrowia i samopoczucia psychicznego polskiej młodzieży. Ponad 80% 11–15-letnich uczniów oceniało ogólnie swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, było także zadowolonych ze swego obecnego życia. Jednak równocześnie ok. 18% badanych uczniów często doświadczało uczucia przygnębienia (częściej niż raz w tygodniu w ciągu ostatnich 6 miesięcy), 15% miało częste problemy z zasypianiem, a 35% często doświadczało zdenerwowania [12].

CEL BADAŃ

Planując własne badania chcieliśmy pogłębić diagnozę stanu zdrowia psychicznego młodzieży. Z tego powodu poszukiwaliśmy narzędzi badawczych uwzględniających zarówno samoocenę zdrowia, jak i bardziej zobiektywizowane wskaźniki.

Pierwszym celem przedstawianej tu pracy było oszacowanie rozpowszechnienia zachowań ryzykownych wśród uczniów pierwszych klas gimnazjów. Drugim – analiza relacji pomiędzy wskaźnikami internalizacyjnymi i eksternalizacyjnymi w grupach chłopców i dziewcząt. Pytania badawcze były następujące:

1. Jaka część badanej młodzieży przejawia jakiegokolwiek z analizowanych zachowań ryzykownych?
2. Jaka część badanej młodzieży cechuje się współwystępowaniem (nasileniem) różnych zachowań ryzykownych?

3. Czy występowanie zachowań ryzykownych zależy od płci badanych uczniów?
4. Czy istnieje związek pomiędzy występowaniem zachowań ryzykownych a innymi miarami zdrowia psychicznego: nasileniem objawów depresji, stresu psychologicznego oraz częstością występowania złego samopoczucia psychicznego?
5. Jakie są relacje pomiędzy internalizacyjnymi i eksternalizacyjnymi wskaźnikami zdrowia psychicznego w grupach dziewcząt i chłopców?

BADANI

Badaną próbę klas pierwszych szkół gimnazjalnych dobrano losowo spośród wszystkich klas Gminy Warszawa-Centrum. Z każdej spośród siedmiu dzielnic Gminy wylosowano ok. 13% klas z gimnazjów publicznych, w sumie 40 klas. Do tej liczby osobno, z puli 34 klas gimnazjów niepublicznych Gminy, dobrano losowo 7 klas.

Audytoryjne badania ankietowe przeprowadzone zostały przez pracowników Zakładu na przełomie maja i czerwca 2002 r. Prowadzono je zachowując warunki gwarantujące anonimowość osób badanych, danych dotyczących klas oraz szkół.

Ogółem w badaniach wzięło udział 1128 uczniów, co stanowiło ok. 90% wylosowanej próby. Ankiety 5 osób wyeliminowano z analiz ze względu na bardzo dużą liczbę braków odpowiedzi. W analizach statystycznych ostatecznie analizowano dane uzyskane od 1123 uczniów. W grupie tej było 46,5% chłopców i 53,5% dziewcząt. Średnia wieku badanych wynosiła 13,8 lat.

METODA

Ankieta, jaką wypełniali uczniowie, stanowiła adaptację kanadyjskiego kwestionariusza, służącego do monitorowania stanu zdrowia psychicznego młodzieży [2], udostępnionego nam przez autorów. Ostateczne przygotowanie kwestionariusza do badań poprzedziły jego badania pilotażowe w kilku klasach. W zakresie pytań obejmujących zachowania problemowe wprowadzono szereg zmian. Główny motyw zmian to nieadekwatność wielu pytań: albo ze względu na młody wiek naszej badanej grupy (badania kanadyjskie obejmują dużo szerszą wiekowo grupę – od 12 do 18 roku życia), albo z powodu różnic kulturowych. Brałszy pod uwagę także aspekty etyczne badań.

Zamiast kanadyjskich pytań diagnozujących picie alkoholu i używanie substancji psychoaktywnych wprowadzono rodzime pytania zaczerpnięte ze sprawdzonych, stosowanych od wielu lat polskich ankiet [15, 16]. Pominięto, oceniony jako mało adekwatny, cały szereg pytań szczegółowo diagnozujących używanie poszczególnych narkotyków oraz inicjację seksualną. Z podobnego powodu zrezygnowano ze szczegółowej diagnozy różnych form zakładów i hazardu. Dołączono także

sprawdzone w wielu badaniach populacyjnych pytania na temat samooceny zdrowia psychicznego [17].

Kierując się opisanymi wyżej przesłankami, w oparciu o pytania ankietowe, określono następujące wskaźniki różnego typu zachowań ryzykownych:

- 1) upijanie się – wskaźnikiem było potwierdzenie upicia się przez osobę badaną przynajmniej raz w ostatnim roku w odpowiedzi na pytanie: „Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się upić napojem alkoholowym, tzn. piwem, winem lub wódką, w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY?”;
- 2) problemy po alkoholu – wskaźnik mówił o występowaniu przynajmniej jednego spośród 11 poważnych problemów lub ryzykownych zachowań, będących bezpośrednim następstwem picia alkoholu, takich jak np.: wypadek lub uszkodzenie ciała, utrata pieniędzy lub wartościowych przedmiotów, zniszczenie rzeczy lub ubrania, problemy z rodzicami, problemy z przyjaciółmi, problemy z nauczycielami, gorsze wyniki w nauce, niechciane doświadczenia seksualne, prowadzenie motocykla/auta pod wpływem alkoholu, bycie ofiarą rabunku lub kradzieży, kłopoty z policją;
- 3) używanie narkotyków, przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku;
- 4) problemy z narkotykami – doświadczanie z powodu używania środków narkotyzujących przynajmniej jednego problemu spośród trzech: kłopoty z policją, wizyta u lekarza lub pobyt w szpitalu oraz interwencje specjalistów (pedagoga lub psychologa);
- 5) przemoc – aktywny udział w przemocy wobec innych lub częste doświadczanie przemocy; wskaźnik obejmował występowanie przynajmniej jednego spośród czterech doświadczeń: udział w przepychance lub bójce po alkoholu, celowe uderzenie lub uszkodzenie kogoś, częste, przynajmniej raz na tydzień, branie udziału w przemocy wobec innych lub doświadczanie przemocy ze strony innych;
- 6) zachowania sprzeczne z prawem – przynajmniej jedno spośród sześciu zachowań: branie samochodu na przejażdżkę bez zgody właściciela, niszczenie (celowo) czyjejs własności, handel narkotykami, drobne kradzieże, ucieczki lub doświadczenie wyrzucenia z domu.

Tak skonstruowane wskaźniki umożliwiały analizę występowania któregośkolwiek z sześciu rodzajów zachowań ryzykownych, a także występowania zespołu zachowań ryzykownych (co najmniej dwa różne typy zachowań). Były to główne, behawioralne, wskaźniki zdrowia psychicznego, tzw. wskaźniki eksternalizacyjne. Inne wskaźniki zdrowia psychicznego, internalizacyjne, opisano szerzej w osobnych pracach przedstawiających wybrane aspekty przeprowadzonych badań [18]. Do analizy w tym opracowaniu wykorzystano następujące wskaźniki i skale ich pomiaru:

- objawy depresyjne – skrócona skala CES-D składająca się z 4 pytań, zakres wartości skali wynosił od 4 do 16; współczynnik spójności wewnętrznej: alpha-Cronbach = 0,86. Wskaźnikiem symptomów

depresyjnych były odpowiedzi „często” lub „zawsze” na wszystkie 4 pytania [19];

- psychiczny dystres – skrócona skala GHQ-12 Goldberg; zakres wartości skali od 12 do 48; współczynnik spójności wewnętrznej alpha-Cronbacha = 0,86. Wskaźnikiem podwyższonego poziomu dystresu było występowanie przynajmniej 3 spośród 12 objawów złego samopoczucia psychicznego (adaptacja z kanadyjskiego kwestionariusza, różni się od adaptacji B. Dudka [20]);
- wskaźnik subiektywny złego samopoczucia psychicznego – liczba dni złego samopoczucia w ostatnim miesiącu; pojedyncze pytanie, zakres od 0 do 30: „Jeśli chodzi o Twoje zdrowie psychiczne, a w tym stres, przygnębienie i problemy emocjonalne, w ciągu ilu dni, w ostatnich 30 dniach, Twoje zdrowie nie było dobre?” [17]. Wskaźnikiem złego samopoczucia psychicznego była odpowiedź 14 dni i więcej;
- myśli samobójcze – przynajmniej raz w ostatnich 12 miesiącach.

Grupę osób cechujących się jakimikolwiek symptomami złego stanu zdrowia psychicznego (podwyższonym poziomem dystresu psychicznego, objawami depresyjnymi lub myślami samobójczymi) podzielono na dwie podgrupy ze względu na czas trwania złego samopoczucia psychicznego w ostatnim miesiącu. W ten sposób określono dwa główne wskaźniki zaburzeń zdrowia psychicznego:

- symptomy względnie trwale złego stanu zdrowia psychicznego – wskaźnik ten obejmuje osoby oceniające stan swojego zdrowia psychicznego jako zły przez przynajmniej 14 dni w ostatnim miesiącu oraz osoby przyjmujące leki z powodu lęku lub depresji;
- symptomy krótkotrwale złego stanu zdrowia psychicznego – wskaźnik obejmuje osoby oceniające stan swojego zdrowia psychicznego jako zły przez mniej niż 14 dni w ostatnim roku.

Tego typu kryteria nie są kliniczne, opisują jednak symptomy względnie trwale złego stanu zdrowia psychicznego i pozwalają wyróżnić grupę „wysokiego ryzyka” – osoby szczególnie zagrożone z powodu internalizacyjnych zaburzeń zdrowia psychicznego. Z kolei współwystępowanie (czyli syndrom) zachowań ryzykownych określa grupę zwiększonego ryzyka z perspektywy zaburzeń eksternalizacyjnych.

Analizy statystyczne

Dla oceny różnic pomiędzy grupami dziewcząt i chłopców w zakresie występowania zachowań ryzykownych stosowano statystyki χ^2 . Związki pomiędzy symptomami zaburzeń internalizacyjnych zdrowia psychicznego a występowaniem zachowań ryzykownych analizowano wykorzystując test t-Studenta dla grup niezależnych.

WYNIKI

Oszacowanie rozpowszechnienia zachowań ryzykownych

Występowanie któregoś z ryzykownych zachowań zagrażających zdrowiu psychicznemu charakteryzowało połowę (52%) wszystkich osób badanych.

Częściej zachowania i ryzykowne doświadczenia cechowały chłopców (59,9%) niż dziewczęta (45%) – $\chi^2 = 24,8$; $p < 0,001$). Jedna czwarta młodzieży jest szczególnie zagrożona z powodu współwystępowania zachowań ryzykownych. Zespół zachowań ryzykownych częściej cechował chłopców (30%) niż dziewczęta (20%) – $\chi^2 = 17,1$; $p < 0,001$.

Tablica 2 przedstawia rodzaje zachowań ryzykownych zróżnicowanych ze względu na płeć.

Dominującymi zachowaniami były doświadczenia związane z przemocą, które dotyczyły w sumie jednej trzeciej osób badanych. Zdecydowanie częściej zdarzały się one chłopcom (46,6%) niż dziewczętom (23,3%). Doświadczenia te obejmowały: celowe uderzenie lub uszkodzenie kogoś (20% badanych), częsty udział w przemocy wobec innych (11%), częste doświadczanie przemocy ze strony innych osób (13%) oraz uczestniczenie w bójkach po wypiciu alkoholu (3%).

Wśród innych analizowanych problemów znaczące miejsce zajmowało upijanie się (19,9% upijających się w ciągu ostatniego roku) oraz doświadczanie różnorodnych problemów w związku z piciem alkoholu (15,1%). Stosunkowo często występowały także zachowania sprzeczne z prawem (17,3%).

Używanie środków narkotyzujących (5,9%) oraz problemy z tym związane (3,2%) dotyczyły bardzo niewielkiej części badanej grupy uczniów. Trzeba jednak pamiętać, że wraz z wiekiem tego rodzaju problemy w populacji młodzieży bardzo dynamicznie narastają.

Tablica 1. Główne, behawioralne wskaźniki zdrowia psychicznego. Odsetki uczniów przejawiających zachowania problemowe

Płeć	Odsetki uczniów przejawiających:					
	jakiegokolwiek zachowania problemowe			zespół zachowań ryzykownych (co najmniej dwa rodzaje zachowań)		
	tak	nie	wartości testu χ^2	tak	nie	wartości testu χ^2
Chłopcy	59,9%	40,1%	24,75*	30,5%	69,5%	17,07*
Dziewczęta	45,0%	55,0%		19,8%	80,2%	
Razem	51,9%	48,1%		24,8%	75,2%	

* – oznacza poziom istotności $p < 0,001$

Tablica 2. Poszczególne typy zachowań ryzykownych a płeć uczniów

Płeć	Odsetki uczniów, którzy:					
	upijali się (przynajmniej raz w ostatnim roku)			mieli problemy po alkoholu		
	tak	nie	wartości testu χ^2	tak	nie	wartości testu χ^2
Chłopcy	17,3%	82,7%	4,19*	16,3%	83,7%	1,17
Dziewczęta	22,2%	77,8%		14,0%	86,0%	
Razem	19,9%	80,1%		15,1%	84,9%	
	używali narkotyków (przynajmniej raz w ostatnim roku)			mieli problemy w związku z używaniem		
	tak	nie	wartości testu χ^2	tak	nie	wartości testu χ^2
	Chłopcy	6,0%	94,0%	0,00	3,8%	96,2%
Dziewczęta	5,8%	94,2%	2,7%		97,3%	
Razem	5,9%	94,1%		3,2%	96,8%	
	doświadczali przemocy lub brali w niej udział			łamali prawo		
	tak	nie	wartości testu χ^2	tak	nie	wartości testu χ^2
	Chłopcy	46,6%	53,4%	67,35***	20,5%	79,5%
Dziewczęta	23,3%	76,7%	14,5%		85,5%	
Razem	34,2%	65,8%		17,3%	82,7%	

*** – poziom istotności $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$; * – $p < 0,05$

Tablica 3. Występowanie zachowań ryzykownych a inne wskaźniki i korelaty zdrowia psychicznego. Wyniki testu t-Studenta

Inne wskaźniki zdrowia psychicznego (wartości średnie skal)	Uczniowie przejawiający:					
	jakiegokolwiek zachowania problemowe			zespół zachowań ryzykownych (co najmniej dwa rodzaje zachowań)		
	tak	nie	wartości testu t-Studenta	tak	nie	wartości testu t-Studenta
Stres psychologiczny (GHQ)	24,0266	22,3053	5,20*	25,2697	22,5220	7,24*
Depresja	7,2552	6,2978	5,75*	7,7004	6,4934	6,29*
Liczba dni złego samopoczucia w ostatnim miesiącu	6,0768	4,0529	4,53*	6,9805	4,4963	4,78*

* – oznacza poziom istotności $p < 0,001$

Dziewczęta nieco liczniej, w porównaniu z chłopcami, nadużywały alkoholu, a chłopcy częściej łamali prawo (tabl. 2).

Zachowania problemowe a inne wskaźniki zaburzeń zdrowia psychicznego

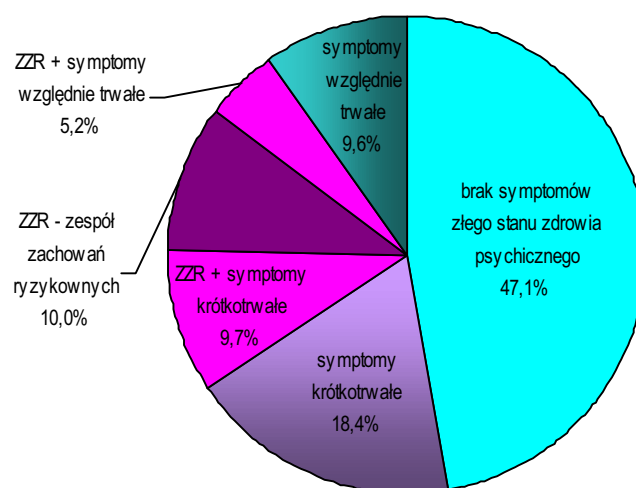
Występowanie jakiegokolwiek zachowań ryzykownych było w istotny sposób związane z innymi miarami zdrowia. I tak, osoby przejawiające zachowania ryzykowne, w porównaniu do pozostałych osób, cechowały się większym nasileniem stresu psychologicznego, objawów depresyjnych oraz częściej miały złe samopoczucie psychiczne (tabl. 3).

Analogiczne wyniki uzyskano w odniesieniu do zespołu zachowań ryzykownych z tym, że różnice międzygrupowe były jeszcze wyraźniejsze (świadczą o tym wyższe wartości t-Studenta).

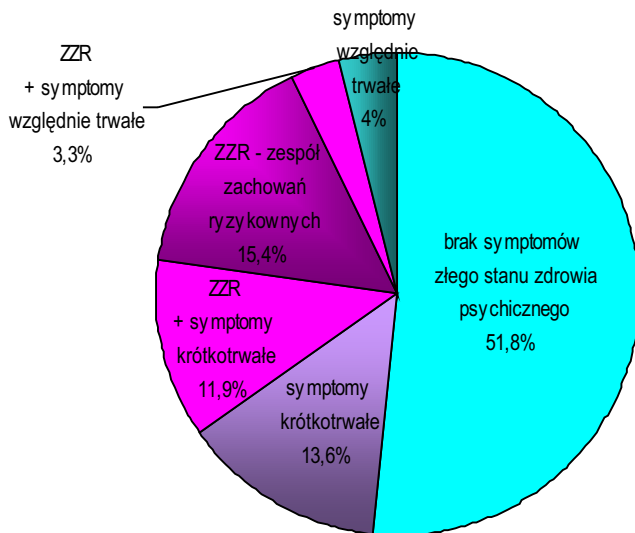
Relacje pomiędzy inter- i eksternalizacyjnymi wskaźnikami złego stanu zdrowia psychicznego

Większość osób cechująca się zespołem zachowań ryzykownych doświadczała jednocześnie mniej lub bar-

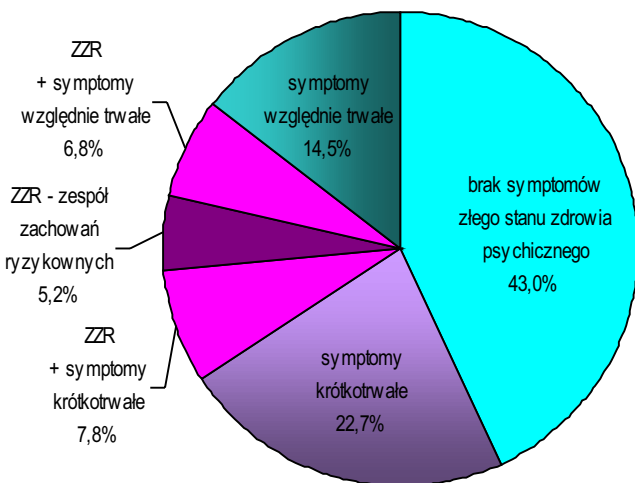
dziej trwałych objawów złego samopoczucia psychicznego. Tylko w przypadku części tych osób (10% całej grupy) zachowania ryzykowne raczej nie były związane ze złym samopoczuciem psychicznym (rys. 1).



Rysunek 1. Relacje pomiędzy wskaźnikami zdrowia psychicznego i zachowaniami problemowymi



Rysunek 2. Relacje pomiędzy wskaźnikami – chłopcy



Rysunek 3. Relacje pomiędzy wskaźnikami – dziewczęta

Osoby przejawiające względnie trwałe symptomy złego samopoczucia psychicznego (przez co najmniej 14 dni w ostatnim miesiącu) lub charakteryzujące się zespołem zachowań ryzykownych stanowią w sumie ok. 34% badanej grupy. Można określić, że jest to „grupa ryzyka” – podgrupa osób badanych przejawiających internalizacyjne lub eksternalizacyjne symptomy złego stanu zdrowia psychicznego.

Jeśli analizujemy wyniki oddzielnie dla dziewcząt i chłopców (rys. 2 i 3) wielkość grupy ryzyka nie zmienia się i pozostaje na poziomie ok. 34%.

Inny jest jedynie profil zaburzeń: wśród dziewcząt pewną przewagę mają zaburzenia internalizacyjne (21,3%), czyli symptomy względnie trwałego złego samopoczucia psychicznego, w stosunku do zaburzeń eksternalizacyjnych (19,8%), a wśród chłopców zdecydowanie dominują zaburzenia eksternalizacyjne (30,6%), czyli zachowania problemowe. Większa jest przy tym grupa dziewcząt (6,8%), które mają symptomy zarówno zaburzeń internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych, niż chłopców (3,3%).

Osoby przejawiające jakiegokolwiek symptomy złego stanu zdrowia psychicznego (zarówno krótko- jak i długotrwałe), a równocześnie charakteryzujące się zachowaniami ryzykownymi (minimum dwa takie zachowania) stanowiły 14,9% badanej grupy. Wielkość ta była podobna w przypadku dziewcząt (14,6%), jak i chłopców (15,2%).

DYSKUSJA

W porównaniu z badaniami HBSC [12] na uwagę zasługuje zbieżność uzyskanych wyników w oszacowaniu wielkości grupy ryzyka z perspektywy zaburzeń internalizacyjnych (ok. 15–20%). W obu badaniach podstawą oszacowań była samoocena stanu zdrowia psychicznego. Dla zbieżności wyników duże znaczenie mogło mieć organizowanie badań w identycznych terminach, w marcu i kwietniu 2002 r. oraz obejmowanie przez nas badania środkowej („średniej”) grupy wiekowej, spośród 11, 13 i 15-latków badanych w ramach programu HBSC. Niestety, ze względu na różnice w stosowanych wskaźnikach, także w definiowaniu poszczególnych typów zachowań ryzykownych, nie można dokonać precyzyjnego porównania wyników obu badań. W badaniach HBSC [14] włączono do zakresu zachowań ryzykownych inicjację seksualną oraz codzienne palenie tytoniu, a więc wskaźniki nieuwzględnione w naszych badaniach. Stosowano także inne miary nadużywania substancji psychoaktywnych: „4 lub więcej epizodów upicia się w życiu”, „używanie innych substancji psychoaktywnych przynajmniej raz w ostatnim roku, a w przypadku marihuany – więcej niż 3 razy w ostatnim roku”.

Dotychczas wiadomo było, że zachowania problemowe występują częściej w populacji chłopców niż dziewcząt, natomiast problemy emocjonalne cechują częściej dziewczęta. Uzyskany przez nas wynik mówi jeszcze więcej: odsetki zagrożonych, z perspektywy zdrowia psychicznego chłopców i dziewcząt są bardzo zbliżone, jedynie profil zaburzeń w grupach chłopców i dziewcząt jest inny. Podobne wyniki (przy zastosowaniu nieco innych wskaźników) uzyskał Wolańczyk [21] w badaniach ogólnopolskiej grupy 12–19-latków.

Interpretując wyniki można sformułować hipotezę, że różne profile problemów w grupach chłopców i dziewcząt są odzwierciedleniem różnych reakcji na „stres życiowy”, którego młodzież w okresie adolescencji doświadcza w nadmiarze. Chodzi tu zarówno o codzienne kłopoty (*daily hassles*) opisywane przez Lazarusa i Folkmana [22], jak i szerzej – kryzys rozwojowy charakterystyczny dla okresu adolescencji. Długotrwałe stany złego samopoczucia psychicznego (dominujące u dziewcząt) oraz zachowania problemowe (dominujące u chłopców) można rozumieć jako przejawy nieskutecznego (lub niekonstruktywnego) radzenia sobie z napięciem wywoływanym przez stresory, tak jak np. opisuje to Antonowsky w modelu salutogenezy [23].

Wśród różnych czynników, które mogą wyjaśniać różnice pomiędzy dziewczętami i chłopcami we wskaźnikach zdrowia psychicznego, duże znaczenie mogą odgrywać odmienne dla obu płci normy kulturowe, wyznaczające akceptowane społecznie wzorce reagowania na stres, dolegliwości czy kłopoty [12]. Z kolei z perspektywy biologicznej dziewczęta narażone są na specyficzne, okresowo występujące różne dolegliwości, związane z cyklem hormonalnym. Część dziewcząt doświadcza dolegliwości bólowych, podwyższonego napięcia i stresu, obniżonego lub zmiennego nastroju (wzrost tzw. labilności emocjonalnej) [24]. W oczywisty sposób może to wpływać na wyższy poziom obserwowanych w grupie dziewcząt wartości wskaźników interakcyjnych zdrowia psychicznego.

Wskaźniki zdrowia psychicznego (dystres psychiczny, objawy depresji, myśli samobójcze i liczba dni złego samopoczucia psychicznego), jak wykazały nasze badania, współwystępują ze wskaźnikami zachowań problemowych u ok. 15% badanej populacji (rys. 1). Osoby przejawiające nasilone zachowania ryzykowne, bez współwystępowania zaburzeń zdrowia psychicznego, stanowiły tylko 10%. Może to sugerować, że wśród 13-latków znaczna część ujawnianych zachowań ryzykownych ma podłoże emocjonalne: wynika z dystresu psychicznego, obniżenia nastroju, czy złego samopoczucia psychicznego. Być może jednak mamy tutaj do czynienia ze zjawiskiem bardziej złożonym. Zachowania ryzykowne – przemoc, zachowania sprzeczne z prawem, czy nadużywanie substancji psychoaktywnych – mogą powodować problemy w zakresie funkcjonowania psychicznego i przyczyniać się do występowania przejawów depresji, dystresu, czy nawet długotrwałego pogorszenia samopoczucia psychicznego.

Świadomość, że wielu młodych ludzi ujawniających zachowania ryzykowne to równocześnie osoby doświadczające znacznego dystresu psychicznego może być ważna dla zrozumienia przyczyny takich zachowań, ale także dla planowania działań mających na celu zapobieganie trudnościom w zachowaniu. Być może uwzględnienie tego, że doświadczają oni objawów depresyjnych i lękowych, doświadczają dyskomfortu psychicznego, uczyni rozumienie zaburzeń zachowania pełniejszym i w konsekwencji pozwoli na formułowanie bardziej adekwatnych programów oddziaływań profilaktycznych.

Przeprowadzone badania mają pewne niedostatki i ograniczenia. O uzyskanych wynikach mógł zdecydować arbitralny dobór określonych wskaźników zdrowia psychicznego, w tym także wskaźników zachowań ryzykownych. W naszych badaniach, w odróżnieniu od innych tego typu prac, nie uwzględniono na przykład ryzykownych zachowań seksualnych. Powód był prozaiczny – w naszym kraju, we wczesnym okresie adolescencji, tego typu zachowania występują bardzo rzadko. Według badań HBSC z 2002 r. [12] w Polsce, na tle innych krajów europejskich, inicjacja seksualna młodzieży ma miejsce stosunkowo późno. Można oszacować, że

przed ukończeniem 14 roku życia (a więc wiek naszych badanych) próg inicjacji seksualnej ma za sobą ok. 3% nastolatków [13]. Uwzględnienie tego obszaru zachowań w badaniach oceniano w związku z tym jako mało adekwatne i kontrowersyjne z perspektywy etycznej.

Uzasadnione wątpliwości może budzić połączenie w jednym wskaźniku częstego udziału w przemoc wobec innych na terenie szkoły oraz częstego doświadczania przemoc ze strony innych osób. Wydaje się, że są to jednak różne jakościowo typy doświadczeń. Oddzielne analizowanie tych zmiennych być może dałoby bardziej czytelny obraz zachowań ryzykownych. Z drugiej strony, ze względu na dużą liczbę analizowanych zmiennych, widoczna była potrzeba pewnego ich uporządkowania. W tym celu konstruowano złożone wskaźniki oraz tworzono grupy zmiennych opisujących zbliżone obszary. Za takim, jak przyjęty w pracy, kształtem wskaźników, przemawiały, w pewnym stopniu, dane empiryczne. Potwierdzały one wyraźny związek ($p < 0,001$ w teście χ^2) pomiędzy przemocą wobec innych a doświadczaniem przemoc: większość sprawców przemocy (56%) była także jej ofiarami, a połowa ofiar – także sprawcami przemocy. Widać więc, że oba wskaźniki znacznie się ze sobą pokrywają. Wydaje się, że w kolejnych pracach warto zwrócić uwagę na samo doświadczanie przemoc, jego uwarunkowania i konsekwencje dla zdrowia psychicznego.

Na zakończenie warto zauważyć, że nasze badania nie obejmowały ogólnopolskiej populacji młodzieży, ale jedynie populację lokalną młodzieży gimnazjalnej z Warszawy i w związku z tym możliwość uogólniania wniosków z badań jest ograniczona. Ponadto pewna część populacji warszawskiej młodzieży (kilka procent) nie została objęta szkolnymi badaniami, ponieważ nie objęta jest systemem edukacji lub realizuje obowiązek szkolny w inny sposób niż większość uczniów.

WNIOSKI

1. Zachowania problemowe dotyczą bardzo dużej części uczniów pierwszych klas gimnazjalnych – około połowy osób badanych.
2. Dominującymi problemami w obszarze zachowań ryzykownych były doświadczenia związane z przemocą, które dotyczyły w sumie jednej trzeciej badanych uczniów, istotnie częściej chłopców niż dziewcząt.
3. Jedna czwarta młodzieży z badanej grupy wiekowej jest szczególnie zagrożona z powodu symptomów zespołu zachowań problemowych, tzn. współwystępowania różnych zachowań lub doświadczeń, niosących w perspektywie zagrożenie dla procesu dojrzewania. Wysokie ryzyko częściej dotyczyło chłopców (30%), niż dziewcząt (20%).
4. Występowanie zachowań problemowych było w istotny sposób związane ze wskaźnikami zdrowia psychicznego, a więc z nasileniem stresu psychologicznego i objawów depresyjnych, ze złym samopoczuciem

psychicznym. Współwystępowanie zachowań problemowych z zaburzeniami zdrowia psychicznego może sugerować potrzebę pełniejszej diagnozy osób przejawiających zachowania ryzykowne.

5. Ogółem grupa ryzyka z perspektywy zagrożenia dla zdrowia psychicznego to ok. 1/3 badanej próby. Wielkość ta była identyczna zarówno wśród dziewcząt jak i wśród chłopców.

PIŚMIENNICTWO

- Achenbach TM. Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 263–71.
- Adlaf E, Paglia A. *The Mental Health and Well-Being of Ontario Students. Findings from the OSDUS*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2001.
- Frączek A, Stępień E. *Kwestionariusz Ty i Zdrowie*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1991.
- Mazur J, Kowalewska A, Woynarowska B. Picie alkoholu a inne zachowania ryzykowne dla zdrowia młodzieży w wieku 11–15 lat. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2003; 7 (1): 75–90.
- Stępień E. Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnesticzne). *Alkoholizm i Narkomania* 2001; 3 (14): 407–20.
- Jessor R. Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *Br J Addic* 1987; 82: 331–42.
- Jessor R, Van Den Bos J, Vanderryn J, Costa F, Turbin M. Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Dev Psychol* 1995; 31 (6): 23–33.
- Donovan J, Jessor R, Costa F. Adolescent problem drinking. Stability of psychosocial and behavioral correlates across a generation. *J Stud Alcohol* 1999; 60 (3): 352–61.
- Frączek A. Rozwój w okresie dorastania a nawykowe palenie i picie. *Nowiny Psychologiczne* 1990; 5 (6): 71–82.
- Wójtowicz S. Picie alkoholu przez dorastających w kontekście realizacji zadań rozwojowych. *Alkoholizm i Narkomania* 1996; 1 (22): 75–82.
- Hawkins J, Catalano R, Miller J. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992; 112 (1): 64–105.
- Woynarowska B, Mazur J. Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku. Warszawa: Wydział Pedagogiczny UW; 2002.
- Woynarowska B, Mazur J. *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej 2001/2002*. Warszawa: Wydział Pedagogiczny UW; 2005.
- Mazur J. Międzynarodowe badania zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (HBSC) jako źródło informacji o zachowaniach problemowych dorastających dziewcząt. W: *Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA; 2004: 107–12.
- Sierosławski J. Używanie narkotyków przez młodzież szkolną. Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych. *Serwis Informacyjny Narkomania* 1997; 1 (6): 13–27.
- Wolniewicz-Grzelak B. Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo–Wino–Wódka”. *Alkoholizm i Narkomania* 1995; 2 (19): 117–20.
- Center for Disease Control and Prevention: Self-reported frequent mental distress among adults – United States, 1993–1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1998; 47 (6): 325–31.
- Czabała JC, Brykczyńska C, Ostaszewski K, Bobrowski K. Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich. *Post Psychiatr Neurol* 2005; 14 (1): 1–9.
- Radloff L. The CES-D Scale: A self-report depression for research in general population. *Appl Psychol Measur* 1977; 1: 385–401.
- Goldberg D, Williams P. *Podręcznik dla użytkowników Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia*. W: Dudek B, red. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga*. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy; 2001: 15–189.
- Wolańczyk T. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna; 2002.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
- Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1995.
- Brzezińska A. *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”; 2000.

Adres: Mgr Krzysztof Bobrowski, Pracownia „Pro-M” Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: kbob@ipin.edu.pl