



**Uniwersytet Kaliski**  
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

**UNIWERSYTET KALISKI**

mgr Agnieszka Kapała

**Palenie papierosów i picie alkoholu  
jako przejaw zachowań  
ryzykownych młodzieży  
- perspektywa psychospołeczna**

Rozprawa na stopień doktora  
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu  
w dyscyplinie nauki o zdrowiu

Promotor:  
prof. UK dr hab. n. zdr. Paulina Wojtyła-Buciora

Kalisz, 2025

## Spis treści

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Wstęp.....                                                                                     | 3   |
| I. PAPIEROSY I ALKOHOL JAKO ZAGROŻENIE DLA ZDROWIA.....                                        | 4   |
| 1.1. Epidemiologiczne aspekty palenia papierosów i picia alkoholu w Polsce.....                | 4   |
| 1.2. Wpływ palenia papierosów i picia alkoholu na zdrowie człowieka.....                       | 16  |
| 1.3. Skutki społeczne palenia papierosów i spożywania alkoholu.....                            | 42  |
| II. DETERMINANTY INICJACJI PALENIA PAPIEROSÓW<br>I SPOŻYWANIA ALKOHOLU PRZEZ MŁODZIEŻ.....     | 52  |
| 2.1. Środowiskowe i osobnicze przyczyny sięgania po papierosy i alkohol<br>przez młodzież..... | 52  |
| 2.2. Czynniki chroniące młodzież przed stosowaniem substancji psychoaktywnych                  | 61  |
| III. PALENIE PAPIEROSÓW I PICIE ALKOHOLU PRZEZ MŁODZIEŻ<br>W BADANIACH WŁASNYCH.....           | 73  |
| 3.1. Założenia i cele pracy.....                                                               | 73  |
| 3.1.1. Założenia pracy.....                                                                    | 73  |
| 3.1.2. Cele pracy.....                                                                         | 74  |
| 3.2. Materiał i metodyka badań.....                                                            | 75  |
| 3.2.1. Grupa badana.....                                                                       | 75  |
| 3.2.2. Kwestionariusz ankiety.....                                                             | 76  |
| 3.2.3. Opracowanie statystyczne.....                                                           | 77  |
| 3.2.4. Charakterystyka badanych.....                                                           | 77  |
| 3.3. Wyniki badań.....                                                                         | 81  |
| 3.3.1. Palenie papierosów przez młodzież.....                                                  | 81  |
| 3.3.2. Picie alkoholu przez młodzież.....                                                      | 103 |
| 3.3.3. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież - inne.....                      | 125 |
| 3.3.4. Samoocena stanu zdrowia młodzieży i ocena relacji z rodzicami<br>lub opiekunami.....    | 129 |
| 3.3.5. Zależności pomiędzy odpowiedziami na różne pytania.....                                 | 144 |
| 3.6. Podsumowanie wyników.....                                                                 | 157 |
| IV. DYSKUSJA.....                                                                              | 179 |
| V. WNIOSKI.....                                                                                | 202 |
| VI. STRESZCZENIE.....                                                                          | 206 |
| VI. SUMMARY.....                                                                               | 210 |
| VII. PIŚMIENNICTWO.....                                                                        | 214 |
| VIII. ANEKS.....                                                                               | 237 |
| 1. Spis tabel.....                                                                             | 237 |
| 2. Spis rycin.....                                                                             | 243 |
| 3. Wzór kwestionariusza ankiety.....                                                           | 244 |

## Wstęp

Okres dorastania to czas intensywnych przemian biologicznych, psychicznych i społecznych, które mają kluczowe znaczenie dla dalszego rozwoju jednostki. Młodzież, poszukując własnej tożsamości i niezależności, jest szczególnie podatna na wpływy otoczenia, a podejmowane przez nią decyzje często mają długofalowe konsekwencje zdrowotne i społeczne. W obliczu dynamicznych zmian cywilizacyjnych oraz narastających wyzwań współczesnego świata, młodzi ludzie coraz częściej mierzą się z problemami natury emocjonalnej, fizycznej oraz społecznej [253,312].

Jednym z poważniejszych zjawisk obserwowanych wśród młodzieży jest wzrost zachowań ryzykownych, takich jak palenie papierosów, spożywanie alkoholu, a także eksperymentowanie z innymi substancjami psychoaktywnymi, tj. narkotyki, czy dopalacze. Praktyki te, często bagatelizowane przez młodzież, mogą nieść za sobą poważne skutki dla ich zdrowia i dobrostanu psychicznego. Równocześnie zauważa się u młodzieży spadek aktywności fizycznej oraz pogorszenie kondycji psychicznej, czego wyrazem są rosnące wskaźniki stresu, depresji czy zaburzeń lękowych w tej grupie wiekowej [62,300].

Ogromny wpływ na kształtowanie zachowań młodzieży wywierają środowisko rodzinne i rówieśnicze. Relacje z rodzicami, atmosfera domowa, obecność wzorców oraz wsparcie emocjonalne odgrywają bardzo ważną rolę w kształtowaniu postaw prozdrowotnych lub przeciwnie – mogą sprzyjać występowaniu zachowań problemowych. Również grupa rówieśnicza stanowi ważne źródło wpływu (zarówno pozytywnego, jak i negatywnego) na decyzje i styl życia młodych ludzi [183,258].

Celem pracy jest analiza zachowań zdrowotnych, społecznych i psychicznych młodzieży, w szczególności związanych z paleniem papierosów, spożywaniem alkoholu, wpływem środowiska rodzinnego i rówieśniczego oraz ocena kondycji fizycznej i psychicznej młodych ludzi. Badanie ma na celu identyfikację czynników ryzyka, które mogą wpływać na dobrostan emocjonalny młodzieży oraz na rozwój problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw tych zjawisk jest niezbędne do tworzenia skutecznych programów profilaktycznych oraz działań wspierających młodzież w podejmowaniu zdrowych i odpowiedzialnych wyborów życiowych. Praca ta ma także na celu zwrócenie uwagi na potrzebę wczesnej interwencji i edukacji zdrowotnej wśród młodych ludzi, ich rodzin i środowisk szkolnych.

# I. PAPIEROSY I ALKOHOL JAKO ZAGROŻENIE DLA ZDROWIA

---

## 1.1. Epidemiologiczne aspekty palenia papierosów i picia alkoholu w Polsce

Palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn przedwczesnej umieralności w Polsce, której można uniknąć i od wielu lat stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego w tym kraju. Sytuacja epidemiologiczna związana z paleniem tytoniu w Polsce ewoluowała na przestrzeni dziesięcioleci – były okresy, w których papierosy paliła duża część populacji, ale były też takie, w których odsetek palących w Polsce był mniejszy, choć w dalszym ciągu palenie papierosów było i nadal jest istotnym problemem zdrowia publicznego [124,362].

### **Palenie papierosów w Polsce na przestrzeni lat**

Polska ma długą historię monitorowania palenia papierosów. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku Polska była krajem o bardzo wysokim wskaźniku palenia tytoniu i związanej z nim śmiertelności z powodu raka płuc (głównie wśród mężczyzn), co spowodowało, że Polska była zaliczana do krajów, w których pali się najwięcej papierosów na świecie. Jak wskazują dane epidemiologiczne w 1976 roku w Polsce około 10,5 miliona dorosłych mężczyzn (aż 73% ogółu mężczyzn) paliło papierosy. Rezultaty palenia na tak dużą skalę były niestety dramatyczne – do 1990 roku ponad 40% polskich mężczyzn zmarło przedwcześnie z powodu chorób związanych z paleniem tytoniu [124,251]. Początek lat dziewięćdziesiątych XX wieku to okres, w którym poziom palenia tytoniu nadal należał do najwyższych na świecie. Odnotowano wówczas prawdopodobieństwo, że 15-letni ówczesny polski chłopiec dożyje 60. roku życia, było to nie tylko dwukrotnie niższe niż w krajach Europy Zachodniej, ale także niższe niż w Chinach czy Indiach [362].

Wobec tak przerażających danych epidemiologicznych dotyczących odsetka osób palących oraz ilości chorób odtytoniowych polski parlament w 1995 roku wdrożył kompleksowe prawo antytytoniowe, a następnie krajowy program antytytoniowy. Działania te z perspektywy lat uznawane są za jedne z najbardziej wpływowych kampanii

zdrowotnych na świecie, a Polska stała się wówczas wzorem w zakresie kontroli używania tytoniu i chorób z nim związanych [116]. W efekcie, od początku lat 90. XX wieku, dzięki wdrażaniu systematycznej i kompleksowej polityki zdrowotnej ukierunkowanej na ograniczanie skutków palenia tytoniu, zaobserwowano tendencję spadkową w konsumpcji papierosów w Polsce – palenie papierosów od 1990 roku spadło o 30%, podobnie jak śmiertelność z powodu raka płuc wśród mężczyzn [362] i jest to jeden z najszybszych spadków rozpowszechnienia palenia w Europie w latach 1990-2015 [367].

Mimo tych pozytywnych zmian, palenie tytoniu wciąż jednak pozostaje najpoważniejszym problemem zdrowia publicznego w Polsce, dlatego też wnioskuje się, że kompleksowa polityka systematycznego ograniczania palenia tytoniu musi być nadal kontynuowana [362]. Według danych z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) w 2014 roku osoby codziennie palące tytoń stanowiły w Polsce 22,7% populacji w wieku 15 lat i więcej, co przekładało się na 7,3 miliona osób. Uwzględniając osoby palące okazjonalnie (3,4%, tj. 1 milion osób), łączny odsetek palaczy wynosił 26,1%, czyli 8,3 miliona osób. Trzeba dodać, że odsetek palących codziennie był w Polsce niestety nadal wyższy niż średnia dla 28 państw członkowskich Unii Europejskiej, która wynosiła 21%; najwyższy odsetek palaczy występował w Bułgarii (28,2%) i Grecji (27,3%), a najniższy w Szwecji (11,9%) i Luksemburgu (15,3%) [374]. Z kolei według badania WOBASZ II w Polsce w latach 2013-2014 paliło 30% mężczyzn i 21% kobiet, co oznaczało spadek odsetka palących o 9% dla mężczyzn i 4% dla kobiet w porównaniu z pierwszym badaniem WOBASZ (2003-2005). Ponadto, średnia liczba wypalanych dziennie papierosów na jednego palacza istotnie spadła w okresie obserwacji zarówno wśród mężczyzn (z 17,9 do 15,8 papierosów dziennie), jak i kobiet (z 13,7 do 12,1 papierosów dziennie) [249].

Jak wskazują wyniki badań z 2019 roku odsetek palaczy w Polsce kształtował się na poziomie 26,0% (spadek z 30,4% w 2010 roku) [225], w 2020 roku wynosił także 26% (taki odsetek Polaków paliło papierosy w wieku 15 lat i więcej) [120]. Z kolei, według badań epidemiologicznych z 2022 roku, w Polsce paliło 28,8% dorosłej populacji (27,1% kobiet i 30,8% mężczyzn), w tym codzienne palenie zadeklarowało 22,9% kobiet i 26,5% mężczyzn, zaś palacze okazjonalni stanowili 4,2% kobiet i 4,3% mężczyzn [373].

Należy zauważyć, że rozpowszechnienie palenia papierosów w Polsce jest wyższe wśród mężczyzn niż kobiet [120]. W latach 2010-2019 odsetek palaczy tradycyjnych papierosów zmniejszył się jednak głównie wśród mężczyzn z 40,3% do 31,0%, natomiast wśród kobiet wartości te pozostały niestety na tym samym poziomie (21,3%) [225].

W 2019 roku w Polsce nieco częściej paliły osoby mieszkające w miastach (20,0%) niż na wsi (19,6%) [373]. Zauważono także, że największe spadki odsetka palących w latach 2010-2019 odnotowano przede wszystkim w miastach o liczbie mieszkańców  $\geq 500\ 000$  (z 30,3% do 17,1%) oraz  $< 100\ 000$  mieszkańców (z 31,5% do 24,6%) [225].

Należy podkreślić, że problem regularnego palenia tytoniu jest też pozytywnie skorelowany z poziomem wykształcenia. Przykładowo, w 2019 roku paliło 11,6% osób z wykształceniem wyższym, 19,8% z policealnym, 20,9% średnim i aż 26,1% z wykształceniem zasadniczym zawodowym, co wskazuje, że im niższe wykształcenie, tym częściej osoby je posiadające sięgają po palenie papierosów. Ponadto, wyraźnie częściej palą papierosy osoby bezrobotne (31,4%) niż pracujące (21,2%), a także częściej palą osoby rozwiedzione (30,5%) niż osoby trwające w związkach małżeńskich (18,7%), czy kawalerowie i panny (21,8%). Zauważa się również, że odsetek palących papierosy zależy także od poziomu uzyskiwanych dochodów – zależność ta ma charakter niemalże liniowy i wynosiła (dla danych z 2019 r.) od 18,1% wśród 1/5 populacji o najwyższych dochodach do 23,8% wśród 1/5 najmniej zarabiających [373].

Częstość palenia papierosów różni się także w zależności od wieku (dane z 2019 roku dla Polski): w grupie 15-19 lat paliło 8,8%, w grupie 20-29 lat – 20,2%, w grupie 30-39 lat – 20,0%, w grupie 40-49 lat – 20,6%, w grupie 50-59 lat – 25,5%, w grupie 60-69 lat – 23,0%, w grupie 70-79 lat – 12,6%, a w grupie 80 lat i więcej paliło 4,6% [373], co wskazuje, że po przekroczeniu 60 lat odsetek palących systematycznie się zmniejsza. Spostrzeżenie to znajduje także potwierdzenie w badaniach ogólnoswiatowych, które pokazują, że wraz z wiekiem przekraczającym 60 lat odsetek codziennych palaczy papierosów wyraźnie spada [340].

Jeśli chodzi o intensywność palenia papierosów, to w 2019 roku prawie 41% palących papierosy w Polsce deklarowało wypalanie od jednej do półtorej paczki dziennie (tj. 20-29 papierosów); byli to najczęściej czterdziestolatkowie, zdecydowanie częściej mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 49% i 30%), zaś co najmniej 30 papierosów dziennie paliło 4% spośród wszystkich palących [373].

Bardzo ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego są systematyczne badania dotyczące wieku inicjacji palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży oraz badanie odsetka palących okazjonalnie i systematycznie w tej grupie wiekowej. Jak wynika z cyklicznie przeprowadzanych badań ESPAD znaczna część młodzieży w Polsce (zwłaszcza w grupie wiekowej 15-16 lat i 17-18 lat) deklaruje, że kiedykolwiek paliła papierosy w swoim życiu (czyli próbowała palić) – dla 15-16 latków odsetek ten wynosił 49,9% (2019 r.) i 38,6%

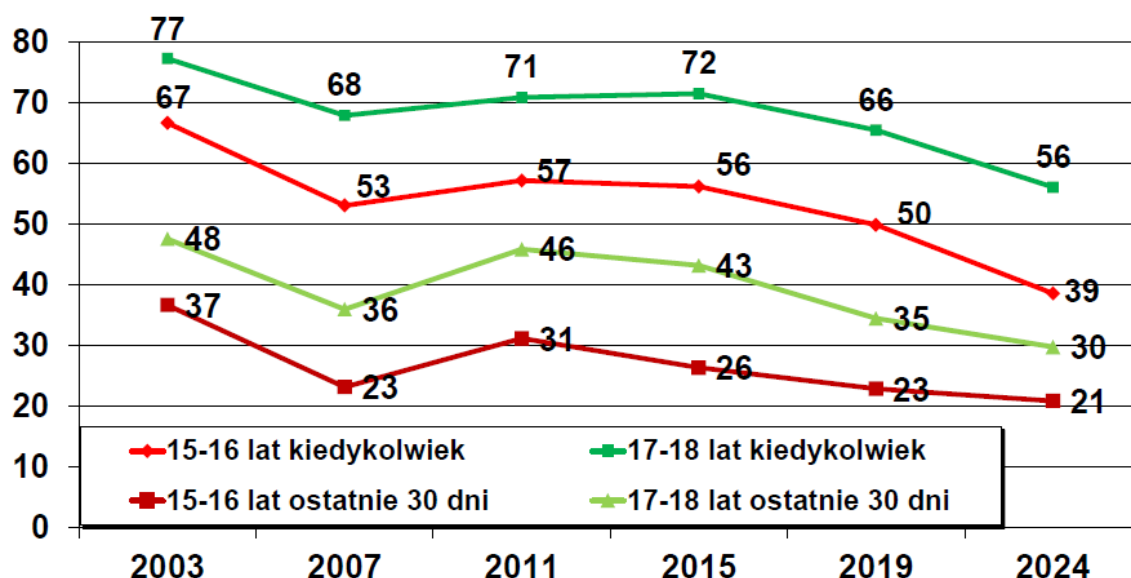
(2024 r.), z kolei w grupie wiekowej 17-18 lat (odpowiednio) 65,5% oraz 56,1%, co oznacza, że ponad połowa nastolatków w wieku 17-18 lat próbowała już papierosów oraz, że odsetek młodzieży próbującej palenia papierosów w Polsce na przestrzeni 5 lat (2024 vs 2019) nieznacznie się zmniejszył (z 49,9% do 38,6% dla grupy wiekowej 15-16 lat oraz z 65,5% do 56,1% dla grupy wiekowej 17-18 lat). Ponadto, co także należy podkreślić, w obserwowanym okresie zmniejszył się odsetek młodzieży deklarującej palenie papierosów w ciągu ostatnich 30 dni, tj. z 23,0% do 21,0% dla grupy wiekowej 15-16 lat oraz z 35,5% do 30,0% dla grupy wiekowej 17-18 lat (tab. 1). Oznacza to, że obecnie (dane z roku 2024) minimum średnio co piąty nastolatek (21,0%) w Polsce w grupie wiekowej 15-16 lat palił papierosy w ciągu ostatnich 30 dni oraz średnio co trzeci nastolatek (30,0%) w grupie wiekowej 17-18 lat również palił papierosy w okresie ostatnich 30 dni. Nie mniej jednak, dane te wskazują, że odsetek palącej młodzieży w Polsce zmniejszył się w perspektywie ostatnich 20 lat (2003-2024) (ryc. 1).

Tab. 1. Palenie papierosów w populacji młodzieży w Polsce – badania ESPAD.

| Rodzaj zapytania                             | Grupa wiekowa | Rok badania | Źródło danych | Wynik dla Polski (%) |
|----------------------------------------------|---------------|-------------|---------------|----------------------|
| Papierosy – kiedykolwiek w życiu             | 15-16 lat     | 2019        | ESPAD         | 49,9%                |
|                                              | 15-16 lat     | 2024        | ESPAD         | 38,6%                |
|                                              | 17-18 lat     | 2019        | ESPAD         | 65,5%                |
|                                              | 17-18 lat     | 2024        | ESPAD         | 56,1%                |
| Papierosy – palenie w ciągu ostatnich 30 dni | 15-16 lat     | 2019        | ESPAD         | 23,0%                |
|                                              | 15-16 lat     | 2024        | ESPAD         | 21,0%                |
|                                              | 17-18 lat     | 2019        | ESPAD         | 35,5%                |
|                                              | 17-18 lat     | 2024        | ESPAD         | 30,0%                |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z Ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD. Warszawa 2020; <https://ore.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/raport-espad-2019-polska-rev.pdf>; 2025.02.20. Sierosławski J, Sierosławska U. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z Ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD. Warszawa 2024; <https://kcpcu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf>; 2025.04.11.

Ryc. 1. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat i 17-18 lat, którzy palili wyroby tytoniowe – badania ESPAD 2003-2024.



Źródło: Sierosławski J. Używanie substancji psychoaktywnych przez polską młodzież. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków ESPAD. Mat z konferencji prasowej. Warszawa 27.03.2025 r.

W populacji dzieci i młodzieży jest także badany odsetek codziennych palaczy. W Polsce, w 2014 roku, odsetek palaczy codziennych wśród 15-letniej młodzieży wynosił około 10% u obu płci, w grupie 13-letniej młodzieży wynosił 4,2% u chłopców i 5,3% u dziewcząt, z kolei w grupie 11-letnich dzieci około 1,5% u obu płci [363].

### Wpływ palenia papierosów na zachorowalność i umieralność w Polsce

Palenie tytoniu jest uznawane za główną możliwą do uniknięcia przyczynę przedwczesnej umieralności w Polsce [362] – palenie wpływa bowiem na zwiększenie występowania chorób nowotworowych, sercowo-naczyniowych, układu oddechowego i innych chorób [340]. Szacuje się, że w 2016 roku liczba zgonów spowodowanych paleniem w Polsce wyniosła 66 tysięcy, co stanowiło 17% wszystkich zgonów (w tym 48 tysięcy mężczyzn – 24,1% zgonów i 18 tysięcy kobiet – 9,6% zgonów [374]. W 2019 roku z powodu palenia w Polsce zmarło 77 tysięcy osób, co stanowiło 19,1% wszystkich zgonów. Wśród mężczyzn było to 53,5 tysiąca zgonów (25,6% wszystkich zgonów mężczyzn), a wśród kobiet 24,2 tysiąca (12,3% wszystkich zgonów kobiet) [373]. Przyjmuje się więc, że palenie tytoniu w Polsce przyczynia się średnio do ponad 70 000 zgonów rocznie [120]. W skali globalnej natomiast palenie tytoniu jest przyczyną około 8 milionów zgonów rocznie, przy czym około 1 milion zgonów jest spowodowanych biernym narażeniem na dym tytoniowy [251].

Palenie tytoniu przyczynia się do skrócenia życia – badania wskazują, że osoby palące żyją przeciętnie o 10 lat krócej niż osoby niepalące. Dodatkowo, palacze przez wiele lat swojego życia doświadczają różnych problemów zdrowotnych. W 2019 roku w Polsce wśród mężczyzn palenie papierosów było odpowiedzialne za utratę 20,1% lat przeżytych w zdrowiu, a u kobiet 11,7% [374].

Bierne palenie, czyli wdychanie dymu tytoniowego przez osobę niepalącą, także wywołuje różne niekorzystne konsekwencje zdrowotne. Badanie GIS z 2015 roku wykazało, że co czwarty palący Polak przyznał, że pali w obecności dzieci i kobiet ciężarnych, zaś ponad jedna trzecia badanych (39%) deklarowała, że w ich domach pali się tytoń. W 2019 roku 35,4% osób deklarowało narażenie na dym tytoniowy, w tym 20,3% codziennie. Najczęściej narażone na dym tytoniowy były osoby w grupie wiekowej 20-29 lat (41,7%). W miejscach publicznych z kolei Polacy najczęściej byli narażeni na bierne palenie na przystankach i w obiektach komunikacji miejskiej (25%), w barach i pubach (19%), dyskotekach i klubach muzycznych (11%) oraz w zakładach pracy (11%). W 2016 roku bierne palenie było przyczyną 6,2 tysiąca zgonów w Polsce (1,6% wszystkich zgonów). Z kolei w 2019 roku bierne palenie odpowiadało w Polsce za 7,8 tysiąca zgonów (1,9% wszystkich zgonów), w tym 3,9 tysiąca zgonów mężczyzn (1,9%) i 3,9 tysiąca zgonów kobiet (2,0%) [373,374].

### **Koszty ekonomiczne palenia tytoniu**

Palenie tytoniu generuje olbrzymie koszty ekonomiczne. Uważa się, że palenie jest największym możliwym do uniknięcia czynnikiem ryzyka zdrowotnego w Europie, powodującym więcej problemów niż alkohol, narkotyki, wysokie ciśnienie krwi, nadwaga lub wysoki poziom cholesterolu razem wzięte. Co roku prawie 700 000 Europejczyków umiera przedwcześnie z powodu chorób związanych z tytoniem. Szacuje się, że pod względem wpływu ekonomicznego palenie papierosów kosztuje kraje UE co najmniej 100 miliardów euro rocznie [252]. W 2009 roku koszty te (obejmujące bezpośrednie koszty opieki zdrowotnej, koszty związane ze zmniejszeniem produktywności oraz koszty gospodarcze związane z przedwczesną umieralnością) łącznie odpowiadały wartości 4,6% PKB w 27 państwach UE, co wynosiło wówczas 544 miliardy euro. W Polsce straty z powodu palenia poniesione w 2009 roku oszacowano na ponad 10% polskiego PKB. Jeśli przyjąć, że w 2016 roku straty te nadal wynosiły 10% PKB, odpowiadałoby to kwocie 185,1 miliarda złotych [374]. Na początku lat 2000. koszty opieki zdrowotnej związane z leczeniem chorób odtytoniowych w Polsce szacowano na około 18 miliardów złotych

rocznie, z czego ponad połowa była przeznaczona na leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Raport Banku Światowego z 2006 roku wskazuje, że w krajach o wysokim spożyciu tytoniu, takich jak Polska, koszty opieki zdrowotnej związane ze skutkami palenia mogły stanowić około 15% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną w skali rocznej. Oprócz bezpośrednich kosztów medycznych, w 2004 roku w Polsce koszty związane ze stratami w produktywności i zatrudnieniu szacowano na 15 miliardów złotych [70].

### **E-papierosy i inne nowe produkty nikotynowe w Polsce w perspektywie epidemiologicznej**

Dostępność papierosów elektronicznych (e-papierosów) oraz innych nowatorskich elektronicznych systemów dostarczania nikotyny w istotny sposób zmieniły krajobraz wyrobów tytoniowych [116,244]. Uważa się, że używanie e-papierosów jest obecnie jedną z najpopularniejszych alternatyw dla tradycyjnego palenia papierosów [119].

W Polsce obserwuje się wzrost konsumpcji e-papierosów, szczególnie wśród młodzieży i młodych dorosłych. Badania porównawcze wykazały, że używanie e-papierosów wśród uczniów w wieku 15-19 lat było istotnie wyższe w próbie z lat 2013-2014 (29,9%) niż w próbie z lat 2010-2011 (5,5%) [87]. Należy zaznaczyć jednak, że odsetek palaczy papierosów tradycyjnych zmniejszył się w latach 2010-2019 z 30,4% do 26,0% [225]. Z kolei badanie przeprowadzone w latach 2017-2018 wśród studentów polskich uczelni wyższych (N = 7324) wykazało, że prawie połowa respondentów (45%) kiedykolwiek używała e-papierosa (czyli prawie aż średnio co drugi student próbował e-papierosa). Wyłączne używanie e-papierosów zadeklarowało 1,3% studentów, a 1,5% było podwójnymi palaczami (palacz tradycyjnych papierosów i jednocześnie e-papierosów). Ponadto, jak wynika z tego badania, starsi respondenci rzadziej używali e-papierosów, a studenci kierunków medycznych rzadziej ich próbowali [119].

Ciekawych wyników dostarcza także badanie z 2021 roku, które miało na celu ocenę rozpowszechnienia używania papierosów tradycyjnych i e-papierosów wśród młodzieży (N = 10 388) w wieku 12-18 lat w Polsce. Badanie to wykazało, że aż 14,9% nastolatków jest użytkownikami e-papierosów, a 84,7% z nich używało ich w ciągu ostatniego miesiąca. Użytkownikami e-papierosów częściej są chłopcy z większych miast. Podwójni użytkownicy (osoby palący tradycyjne papierosy i e-papierosy) stanowili 6,4% respondentów [160].

Według danych z 2022 roku, codzienne używanie e-papierosów deklarowało 4,8% dorosłej populacji Polski (4,0% kobiet i 5,6% mężczyzn). W tym samym roku codzienne używanie podgrzewanego tytoniu zgłosiło 4,0% dorosłych (5,1% kobiet i 2,9% mężczyzn). Badania z 2019 roku wskazywały, że palenie e-papierosów deklarowało 6,1% dorosłych, najczęściej osoby w grupach wiekowych 15-19 lat (6,8%), 20-29 lat (8,3%) oraz 30-39 lat (6,8%), co sugeruje, że te produkty mogą sprzyjać inicjacji nikotynowej i w efekcie rozwojowi uzależnienia [373]. Ponadto, istnieją sugestie, że e-papierosy mogą mieć większy potencjał uzależniający niż tradycyjne papierosy, szczególnie wśród młodych dorosłych [118]. Na wzrost ryzyka uzależnienia od e-papierosów z pewnością wpływają różne atrakcyjne aromaty występujące w tych papierosach oraz niekiedy wysokie stężenia nikotyny w pojedynczym wkładzie e-papierosa. Szacuje się, że w 2018 roku na całym świecie było aż 58,1 miliona użytkowników e-papierosów (tzw. vaperów) [126].

Z punktu widzenia zdrowia publicznego zwiększone używanie e-papierosów jest szczególnie niepokojące wśród młodzieży, ponieważ jest ona najbardziej podatna na szkodliwe skutki narażenia na nikotynę. Gwałtowny wzrost używania papierosów elektronicznych stwarza także potencjalne zagrożenie odwrócenia pozytywnego trendu spadku palenia tradycyjnego wśród młodzieży [116]. Marketing papierosów elektronicznych (bardzo sugestywny i ekspansywny, niekiedy wręcz nachalny – w zależności od regulacji prawnych w danym kraju) stanowi wyzwanie dla utrzymania pozytywnych trendów odchodzenia od nałogu palenia tytoniu [363]. Wydaje się zatem konieczne dalsze ściśle monitorowanie używania papierosów elektronicznych i innych nowych produktów oraz ich wpływu na używanie papierosów tradycyjnych wśród młodzieży w Polsce [116].

Epidemiologia palenia papierosów w Polsce, mimo pewnych sukcesów w ograniczaniu tego nałogu, wciąż stanowi poważne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Utrzymujący się nadal wysoki odsetek palaczy, wczesny wiek inicjacji nikotynowej oraz rosnąca popularność nowych produktów nikotynowych (tj. e-papierosy), wymagają kontynuacji i intensyfikacji działań profilaktycznych oraz dalszych, bieżących działań regulacyjnych. Kompleksowa polityka ograniczania użycia tytoniu w całej populacji, w tym także u młodzieży, powinna być nie tylko kontynuowana, ale także rozszerzana, aby chronić zdrowie obecnych i przyszłych pokoleń Polaków [362].

## **Picie alkoholu w Polsce w perspektywie epidemiologicznej**

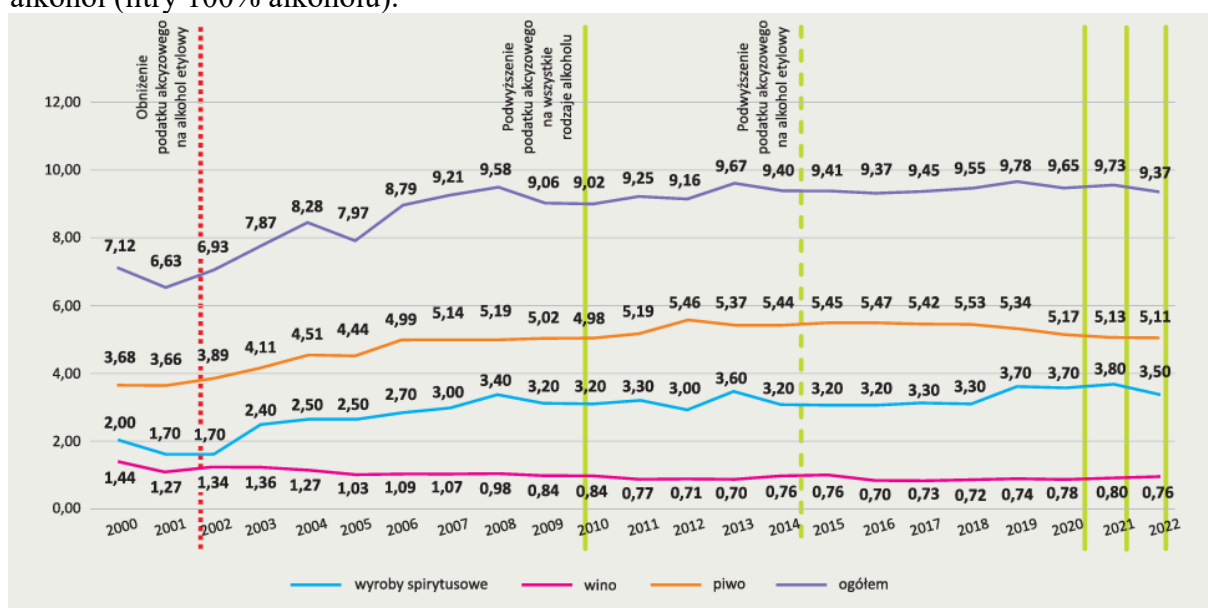
Spożycie alkoholu obok palenia tytoniu stanowi w Polsce także bardzo istotny problem zdrowia publicznego, będąc również jedną z głównych przyczyn zachorowalności i przedwczesnej umieralności, zwłaszcza wśród osób młodych i w średnim wieku [366]. Analiza danych epidemiologicznych na przestrzeni lat ukazuje dynamiczne zmiany we wzorcach konsumpcji, dostępności oraz różnych społecznych i zdrowotnych konsekwencjach picia alkoholu w polskim społeczeństwie.

Historia spożycia alkoholu w Polsce po II wojnie światowej charakteryzuje się zauważalnym, systematycznym wzrostem, który towarzyszył przemianom gospodarczym i społecznym [369]. Tuż po II wojnie światowej w 1947 roku w Polsce na jednego mieszkańca przypadało 2,5 litra czystego alkoholu, natomiast w latach 1954-1956 konsumpcja alkoholu była większa i wynosiła nieco ponad 3 litry (3,1-3,2 litra). W kolejnych latach obserwowano dalszy wzrost spożycia alkoholu, tj. w 1958 roku poziom spożycia alkoholu na jednego mieszkańca w Polsce wynosił już 3,7 litra, zaś w 1964 roku jeszcze więcej, bo 3,9 litra [342]. W następnych dziesięcioleciach spożycie alkoholu w Polsce systematycznie wzrastało – przykładowo, w 1978 roku spożycie alkoholu na jednego mieszkańca wynosiło aż 9,2 litra. Należy jednak zauważyć że w latach 1970 i 1974 nastąpiło zahamowanie spożycia napojów alkoholowych, do którego przyczyniła się podwyżka cen napojów alkoholowych. Kolejny spadek spożycia alkoholu w Polsce był także zauważalny na początku lat osiemdziesiątych, gdzie obywatel Polski wypijał średnio 8,4 litra alkoholu rocznie i tendencja ta utrzymywała się do 1984 roku, kiedy to na jednego dorosłego mieszkańca przypadało spożycie 6,3 litra alkoholu rocznie, co wynikało z reglamentacji możliwości nabycia napojów alkoholowych (ograniczenie sprzedaży niektórych towarów, w tym alkoholu, na podstawie tzw. kartek) w legalnym obrocie. Jednak już w 1985 roku spożycie czystego alkoholu w Polsce wzrosło do 7,5 litra rocznie na jednego mieszkańca [218].

Od początku XXI wieku spożycie alkoholu w Polsce gwałtownie wzrosło i nastąpiło to po decyzji polskiego rządu o obniżeniu akcyzy na napoje spirytusowe o 30% w 2002 roku. W latach 2003-2008 roczna konsumpcja alkoholu wzrosła dwukrotnie z 1,7 litra do 3,4 litra czystego alkoholu na osobę. Należy także dodać, że Polska, jest krajem o jednym z najwyższych poziomów spożycia wódki w Europie, stała się również jednym z krajów o najwyższym spożyciu piwa w tym okresie, ustępując jedynie Czechom, Austrii i Niemcom. W 1989 roku roczne spożycie piwa w Polsce wynosiło 30 litrów na mieszkańca, z kolei w 2016 roku wynosiło aż około 100 litrów na 1 osobę [366].

Jak wynika z wieloletnich obserwacji dotyczących spożycia alkoholu w Polsce w 2022 roku odnotowano niewielki spadek spożycia 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski z poziomu 9,73 l (2021 rok) do 9,37 litra i był to wówczas poziom najniższy od 6 lat (2016 r.) (ryc. 2). Należy także podkreślić, że od 2002 roku w Polsce systematycznie zwiększa się dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych, tj. za średnie miesięczne wynagrodzenie w 2022 roku można było kupić o blisko 140% więcej butelek piwa o pojemności 0,5 l niż w 2002 roku i ponad 140% więcej butelek wódki 40% o pojemności 0,5 l [184].

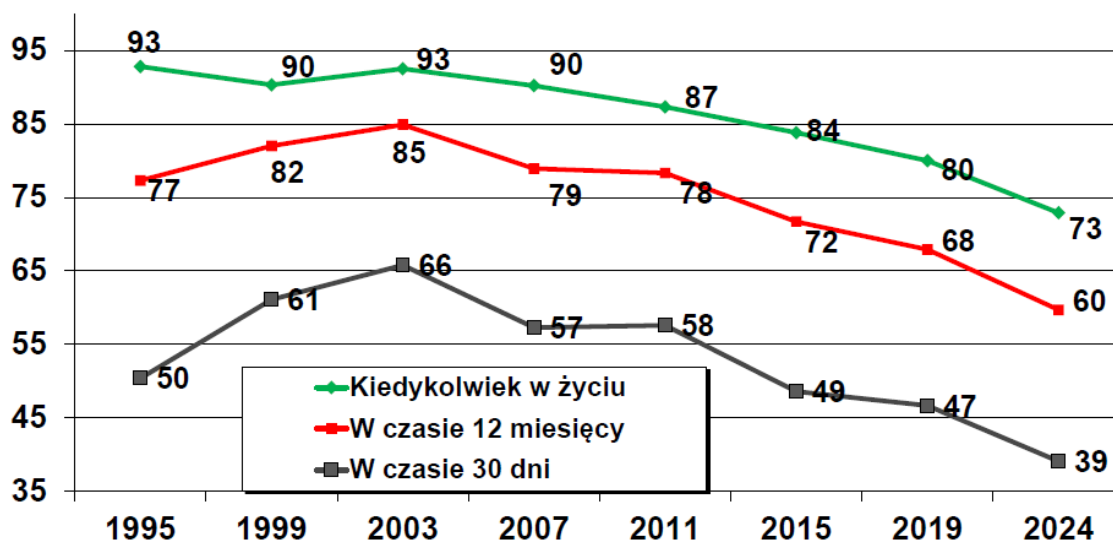
Ryc. 2. Spożycie poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych w przeliczeniu na 100% alkohol (litry 100% alkoholu).



Źródło: Malczewski A, Jabłoński P. Raport 2023. Uzależnienia w Polsce. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2023.

Pomimo tego, że napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży w Polsce (nastolatki sięgają po alkohol częściej niż po papierosy czy narkotyki), to obecnie widoczny jest jednak systematyczny trend spadkowy spożywania alkoholu przez młodzież. Widać to na przykładzie odsetka 15-16 letniej młodzieży spożywającej alkohol kiedykolwiek (próbującej alkohol) z 93% (1995 r.) spadek do poziomu 73% (2024 r.), ale także deklarującej spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy (spadek z 77% do 60% w analogicznym okresie) oraz pijącej alkohol w czasie ostatnich 30 dni (spadek z 50% do 39% w analogicznym okresie) (ryc. 3) [184].

Ryc. 3. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy pili napoje alkoholowe – badania ESPAD 1995-2024.



Źródło: Sierosławski J. Używanie substancji psychoaktywnych przez polską młodzież. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków ESPAD. Mat z konferencji prasowej. Warszawa 27.03.2025 r.

Należy zauważyć, że w 2008 roku polski przemysł spirytusowy zaczął promować nowy format picia wódki – picie wódki w małych butelkach, dających większą anonimowość podczas spożywania alkoholu. Od tego czasu odnotowano rosnącą popularność spożywania alkoholu w Polsce właśnie w małych opakowaniach (butelki o pojemności 100-200 ml), co wynika z łatwej dostępności, szerszego wyboru, większej wygody i niskiej ceny zakupu [366]. Szacuje się, że w Polsce sprzedaje się dziennie trzy miliony tzw. małpek, aż jedna trzecia z nich jest kupowana do południa [145].

### Wpływ picia alkoholu na zachorowalność i umieralność

Spożywanie alkoholu (obok palenia tytoniu) jest w Polsce główną przyczyną zachorowalności i przedwczesnej umieralności młodych ludzi i dorosłych w średnim wieku (20-64 lata). Szacuje się, że 25% przedwczesnych zgonów w Polsce jest związanych z alkoholem [366]. W 2021 roku liczba zgonów w Polsce z powodu spożywania alkoholu została oszacowana na 14 048 przypadków [184].

Zdrowy styl życia, obejmujący ograniczenie używek ma bardzo duży wpływ na zdrowie publiczne. Udowodniono, że ograniczenie spożycia alkoholu i palenia tytoniu oraz m.in. zbilansowana dieta znacząco zmniejsza ryzyko wielu chorób cywilizacyjnych, w tym raka jelita grubego [123]. Niestety, w Polsce po 2002 roku zaobserwowano trend odwrotny, który gwałtownie zahamował wcześniejszą, znaczącą poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Za główną przyczyną tej negatywnej zmiany jest uważany wzrost spożycia

alkoholu, spowodowany m.in. obniżką akcyzy na alkohole mocne (30-procentowa obniżka podatku akcyzowego na napoje spirytusowe). W efekcie wzrost średniej długości życia Polaków praktycznie się wówczas zatrzymał (w latach 2013-2017 zaobserwowano stagnację średniej długości życia), a w 2018 roku po raz pierwszy w XXI wieku odnotowano nawet jego spadek. Najnowsze dane dotyczące spożycia alkoholu, a zwłaszcza szybki wzrost sprzedaży małych butelek wódki, sugerują, że niestety można się spodziewać dalszego pogorszenia stanu zdrowia w Polsce [364,370].

### **Preferowane rodzaje alkoholu i okoliczności jego spożywania**

Najczęściej spożywanym alkoholem w Polsce jest piwo, ale jego udział znacząco zmalał od 2010 roku; wówczas co druga osoba spośród pijących alkohol (52%) przyznawała, że najczęściej sięga po piwo. W 2022 roku piwo stanowiło 54,6% całkowitego spożycia 100% alkoholu w Polsce [145,184]. Na drugim miejscu wśród preferowanych alkoholi znajduje się wino (25%), a na trzecim wódka (16%). Odsetek osób najchętniej wybierających wino rośnie od 2007 roku, natomiast największy wzrost dotyczy alkoholi wysokogatunkowych, np. koniaku, whisky – obecnie co dziewiąta osoba (11%) pijąca alkohol deklaruje, że, jeśli sięga po kieliszek, to najczęściej z tego typu trunkiem. Obecnie Polacy najczęściej piją piwo (25% przynajmniej raz w tygodniu), następnie wino (29% raz w miesiącu lub częściej), a w trzeciej kolejności – wódkę (24% co najmniej raz w miesiącu) [145].

Preferencje dotyczące picia alkoholu zależą od czynników społeczno-demograficznych. Większość mężczyzn najczęściej sięga po piwo (56%), natomiast wśród kobiet na pierwszym miejscu znajduje się wino (45%). Co ciekawe, alkohol wysokogatunkowy, np. koniak czy whisky, jest najchętniej wybierany przez 11% zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Piwo zdecydowanie deklasuje pozostałe trunki w najmłodszej grupie (18-24 lata), w której 63% Polaków najczęściej sięga po ten alkohol. W kolejnym przedziale wiekowym (25-34 lata) piwo jest wybierane znacznie rzadziej (39%), a na kolejnym miejscu plasuje się wino (31%). Z kolei, wśród osób powyżej 45 roku życia średnio co trzeci Polak deklaruje, że najczęściej wybiera piwo, ponadto rośnie spożycie wódki – sięga po nią więcej niż co piąta (22%) osoba w wieku 55-64 lata i więcej niż co czwarty (26%) powyżej 65 roku życia. Spośród grup zawodowych po wódkę najczęściej sięgają robotnicy wykwalifikowani (24%) i niewykwalifikowani (22%), emeryci (25%) oraz renciści (26%). Alkohole wysokogatunkowe, takie jak koniak czy whisky, relatywnie najczęściej piją samozatrudnieni (prowadzący własną działalność - 25%), zaś wśród pracowników administracyjno-

biurowych i gospodyń domowych mniej więcej połowa najczęściej pije wino (odpowiednio 48% i 54%) [145].

Prawie trzy na cztery osoby, którym zdarza się pić jakikolwiek alkohol, najczęściej spożywają go w mieszkaniu (74%). Dużo rzadziej jest to pub, bar (9%) lub restauracja (8%). Picie alkoholu najczęściej na wolnym powietrzu deklaruje 4% Polaków, którzy nie są abstynentami, a 5% wskazuje jeszcze inne miejsca. Alkohol w restauracji piją głównie Polacy o najwyższych dochodach na osobę w gospodarstwie domowym, przedstawiciele średniego personelu oraz kadry kierowniczej i specjalistów z wyższym wykształceniem [145].

## **1.2. Wpływ palenia papierosów i picia alkoholu na zdrowie człowieka**

### **Wpływ palenia papierosów na zdrowie człowieka**

Palenie tytoniu jest jednym z głównych czynników ryzyka odpowiedzialnych za przedwczesną umieralność z powodu chorób niezakaźnych – według szacunków Global Burden of Disease (GBD) co roku ponad 8 mln ludzi na świecie umiera z powodu chorób odtyniowych. W Polsce do codziennego palenia w 2022 r. przyznało się aż 28,8% dorosłych Polaków (30,8% mężczyzn i 27,1% kobiet) i wynik ten ma tendencję niestety zwykłą względem lat poprzednich, gdyż w 2015 roku codziennie paliła jedna czwarta mieszkańców Polski w wieku powyżej 15. roku życia (24,8%) [51,250]. Palenie papierosów jest przyczyną prawie pół miliona przedwczesnych zgonów w Stanach Zjednoczonych rocznie i dlatego pozostaje jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego [233].

Ocenia się, że palenie papierosów skraca życie u palaczy średnio o 20 minut (17 minut w przypadku mężczyzn i 22 minuty w przypadku kobiet), co oznacza, że po uwzględnieniu istotnych czynników zakłócających (np. pozycja społeczno-ekonomiczna) palacze, którzy nie przestali palić, tracą w sumie około 10 (mężczyźni) do 11 (kobiety) oczekiwanej długości lat życia w porównaniu z wcześniejszym szacunkiem wynoszącym 6,5 roku [115]. Co niepokojące, to fakt, że w ostatnich czterech latach odsetek Polaków deklarujących palenie tradycyjnych papierosów niepokojąco rośnie – aktualnie pali w Polsce ok. 8 mln osób (czyli 29% dorosłej populacji). Ważne jest też to, że aż 94% pacjentów onkologicznych i kardiologicznych w Polsce paliło nałogowo tradycyjne papierosy przed

postawieniem diagnozy swojej choroby oraz to, że aż 57% chorych na raka i 66% chorych na serce nadal pali – kontynuuje palenie papierosów po otrzymaniu diagnozy choroby onkologicznej lub kardiologicznej [256].

Głównym składnikiem dymu tytoniowego jest nikotyna, alkaloid odpowiedzialny za powstanie uzależnienia. Przeciętny papieros zawiera ok. 9-15 mg nikotyny, z czego do organizmu wchłania się ok. 10%. Nikotyna ulega szybkiej dystrybucji do OUN, a jej stężenie w surowicy krwi spada powoli w ciągu 1-2 godzin od inhalacji. Podczas wypalenia jednego papierosa do organizmu dostaje się ok. 1,5 mg nikotyny, która pobudza receptory cholinergiczne typu N w zwojach autonomicznych i rdzeniu nadnerczy, co skutkuje m.in. wzrostem ciśnienia tętniczego krwi, obkurczeniem naczyń wieńcowych i zwiększeniem zużycia tlenu przez mięsień sercowy. Nikotyna w zależności od przyjętej dawki może wywierać różne konsekwencje patofizjologiczne [128] tj.:

- nikotyna w małych dawkach działa stymulująco, powodując wzmożone wydzielanie adrenaliny, co powoduje wszystkie związane z tym objawy, tj. zmniejszenie bólu i głodu, tachykardię, rozszerzenie źrenic itp,
- nikotyna w większych dawkach powoduje trwałe zablokowanie działania układu nerwowego – wiąże się trwale z receptorami nikotynowymi w komórkach nerwowych, zaburzając ich metabolizm. Po zażyciu nikotyny (w zależności od przyjętej dawki) może wystąpić uczucie lekkości, następnie zmiana percepcji i postrzegania otoczenia, brak energii, uczucie oderwania od rzeczywistości, światłowstręt, zmęczenie, wymioty, biegunka,
- nikotyna przyjęta w jeszcze większych dawkach powoduje zamroczenie pola widzenia i może powodować halucynacje. W ekstremalnie wysokich dawkach przyjęta nikotyna powoduje utratę przytomności, drgawki i zgon.

Dym tytoniowy składa się z 4000 związków chemicznych, w tym ponad 40, które wykazują działanie rakotwórcze. Skład chemiczny dymu tytoniowego zależy od [128]:

- rodzaju tytoniu – jego gatunku, odmiany i jakości, długości oraz szerokości włókna krajanki tytoniowej,
- temperatury żarzenia – ma największy wpływ na skład chemiczny dymu; im wyższa temperatura, tym większa emisja substancji szkodliwych,
- typu papierosa – z ustnikiem czy bez, gruby czy cienki, zawierający bibułę barwioną bądź nie,

- sposobu zaciągania się – podczas szybkiego, głębokiego, nerwowego zaciągania się temperatura ognika przekracza nawet 900°C,
- wilgotności – suche papierosy emitują co najmniej dwa razy więcej nikotyny niż wilgotne,
- substancji chemicznych dodawanych do tytoniu.

Substancje rakotwórcze obecne w dymie tytoniowym ze względu na mechanizm działania dzieli się na kancerogeny, kokancerogeny i promotory nowotworów. Większość kancerogenów wchłoniętych do organizmu wymaga aktywacji metabolicznej do biokancerogenów inicjujących proces rakowacenia tkanek: węglowodory aromatyczne (np. benzopiren), nitrozoaminy, estry kwasów tłuszczowych, metale ciężkie (kadm, nikiel), pierwiastki promieniotwórcze (np. izotopy ołowiu i polonu), chlorek winylu, fenol, uretan, toluidyna, dibenzoakrydyna [128].

Szacuje się, że co najmniej 167 133 zgonów z powodu raka w Stanach Zjednoczonych w 2014 r. można było przypisać paleniu papierosów [177]. Z kolei w Australii szacuje się, że palenie papierosów spowoduje ponad 250 000 zgonów z powodu raka w latach 2020-2044, przy czym największy odsetek będzie miał rak płuc, krtani, przełyku i jamy ustnej (obejmujący wargę, jamę ustną i gardło) [181].

W wielu badaniach i analizach dowiedziono, że długoterminowe palenie papierosów jest głównym czynnikiem etiologicznym raka płuc [185,326] oraz że należy do istotnych czynników ryzyka raka głowy i szyi (jama ustna, gardło i krtani) zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Podkreśla się, że palenie tytoniu jest przyczyną 45% zachorowań na raka głowy i szyi u mężczyzn i 75% u kobiet [79]. Palenie papierosów, ale także nadużywanie alkoholu, przyczyniają się do około 90% ogólnej śmiertelności na świecie z powodu raka krtani, który stanowi duże obciążenie kliniczne i społeczne [82,211].

Palenie papierosów jest uznane za najważniejszą przyczynę progresji raka jamy ustnej, gdyż doustna immunosupresja spowodowana paleniem tytoniu tworzy mikrośrodowisko sprzyjające występowaniu i rozwojowi zmian przedrakowych błony śluzowej jamy ustnej. Ponadto, dym papierosowy sprzyja leukoplakii jamy ustnej, która jest stanem przednowotworowym jamy ustnej [40,377]. Palenie papierosów zwiększa także ryzyko raka przełyku [228,332].

Przyjmowanie nikotyny jest zaliczane do czynników powodujących raka trzustki. Jak wynika z różnych badań (metaanaliza – 20 badań; N = 2 517 623; zgony z powodu raka trzustki = 15 341) osoby palące papierosy, w porównaniu z osobami, które nigdy nie paliły, mieli podwyższone ryzyko śmiertelności z powodu raka trzustki [22]. Niektórzy badacze

zauważają, że ryzyko zachorowania na raka trzustki gwałtownie wzrasta już przy małej liczbie wypalanych papierosów po kilku latach palenia i że – z kolei – gwałtownie obniża się w kilka lat po rzuceniu palenia papierosów, chociaż na osiągnięcie ryzyka zachorowania na nowotwór trzustki zbliżony do poziomu osoby niepalącej potrzeba aż 20 lat okresu bez palenia papierosów [179].

Zaobserwowano także zależność pomiędzy paleniem papierosów a ryzykiem zachorowania na nowotwór pęcherza moczowego. Stwierdzono zależność pomiędzy intensywnością palenia papierosów, tzw. paczkołatami palenia a ryzykiem raka pęcherza moczowego, jednakże plateau występowało tylko wtedy, gdy intensywność palenia osiągnęła 20 papierosów / dzień [376]. Spostrzeżono również, że palenie mniejszej ilości papierosów przez długi czas wydaje się być bardziej szkodliwe i stwarzać większe ryzyko nowotworzenia pęcherza moczowego niż palenie większej ilości papierosów w krótszym czasie, przy równej całkowitej liczbie wypalonych papierosów [15].

Dowiedziano także, że palenie papierosów wiąże się z wyższą śmiertelnością z powodu raka piersi – obszerne i kompleksowe metaanalizy dostarczają dowodów na przyczynową rolę palenia tytoniu w ryzyku raka piersi [233,284].

Stwierdzono także, że w przypadku rozpoznania czerniaka przy współwystępowaniu palenia papierosów rokowanie jest gorsze u pacjentów z czerniakiem w I i II stopniu zaawansowania klinicznego – u pacjentów, którzy palili papierosy, ryzyko zgonu z powodu czerniaka było znacznie wyższe. Palenie papierosów zalicza się tym samym do ważnych czynników ryzyka progresji choroby nowotworowej, którą jest czerniak [114].

Palenie papierosów jest zaliczane do czynników, które wykazują działanie nadciśnieniowe, głównie poprzez stymulację współczulnego układu nerwowego. Przyjmowanie nikotyny przyczynia się do sztywności naczyń tętniczych i wpływa tym samym na wzrost ciśnienia tętniczego krwi [328,330]. U osób palących, w porównaniu z niepalącymi, stwierdza się 2-krotnie wyższe ryzyko zaburzeń sercowo-naczyniowych, w tym zawału serca oraz udaru mózgu [90]. Stwierdza się, że za zwiększonym ryzykiem zachorowania na zawał mięśnia sercowego stoi tzw. liczba paczkołat [65], zaś po incydencie zawału mięśnia sercowego palenie papierosów wiąże się z podwyższonym ryzykiem nawrotów zdarzeń wieńcowych – u osób, które rzuciły palenie papierosów po zawale mięśnia sercowego ryzyko incydentu kardiologicznego zmniejsza się do poziomu osób niepalących dopiero w ciągu 3 lat po rzuceniu palenia [268].

Palenie papierosów zalicza się także do czynników ryzyka choroby wieńcowej i jest znanym czynnikiem wpływającym na nasilenie jej objawów [283], także w przypadku

palenia biernego [95]. Przyjmowanie nikotyny wiąże się również ze zwiększonym ryzykiem migotania przedsionków – metaanaliza sugeruje, że obecni, byli i kiedykolwiek palący są (odpowiednio) o 32%, 9% i 21% bardziej narażeni na migotanie przedsionków w porównaniu z osobami, które nigdy nie paliły [9].

Ponadto, należy zauważyć, że amina, jaką jest nikotyna, wpływa na pobudzenie układu sympatycznego i wytwarza stan hiperadrenergiczny – powoduje przyspieszenie akcji serca, wzrost kurczliwości mięśnia sercowego i naczyń krwionośnych, wtórnie zwiększa też zapotrzebowanie myocardium na tlen. Wdychany z dymem tytoniowym tlenek węgla, charakteryzujący się ponad 200 razy większym powinowactwem do hemoglobiny niż tlen, zwiększa stężenie karboksyhemoglobiny i nasila niedotlenienie. Oznacza to, że palenie papierosów redukuje stężenie tlenu i ilość jego dowozu do organizmu. Zarówno niedotlenienie, jak i wpływ wolnych rodników tlenowych powoduje uszkodzenie śródbłonna naczyń, inicjując w nich proces zapalny i zmiany zwyrodnieniowe. Palenie tytoniu wpływa także na aktywność trombocytów, zwiększając ich adhezję i agregację. Dochodzi do zaburzeń w układzie krzepnięcia i związanych z jego aktywnością czynników, m.in. fibrynogenu, czynnika VII i plazminogenu. Zwiększa się ryzyko powstania zmian zakrzepowych i niedokrwienia [314].

Stwierdza się także silną zależność między paleniem tytoniu a ryzykiem udaru niedokrwinnego u dorosłych. Wykazano, że palenie mniejszej ilości papierosów może zmniejszyć ryzyko udaru niedokrwinnego mózgu [187].

Wykazano także, że narażenie na dym papierosowy odgrywa kluczową rolę w rozwoju i przebiegu astmy oraz nakładania się na nią przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP) [317,318]. W przypadku POCHP udowodniono, że dym papierosowy jest głównym czynnikiem ryzyka tej choroby [107] i że już krótki czas palenia zwiększa istotnie to ryzyko. W badaniu u osób (N = 6098) palących więcej niż 10 paczkolet stwierdzano ryzyko zachorowania na POCHP i objawy towarzyszące tej chorobie. Wykazano, że już krótki okres nałogu, wynoszący mniej niż 10 paczkolet (uznawany dotychczas za próg krytyczny dla rozwoju powikłań płucnych), istotnie i znacznie zwiększa ryzyko przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Idąc dalej – jak udowodniono w tym badaniu – w ciągu kolejnych dekad życia znacznie rośnie ryzyko ciężkich zaostrzeń POCHP, które mogą zakończyć się zgonem lub prowadzić do dalszych powikłań, a także systematycznie rośnie ryzyko zgonu [47]. Zauważono także, że u pacjentów z POCHP poza rzuceniem palenia papierosów żadne leczenie (stosowanie wziewnych długodziałających leków rozszerzających oskrzela oraz

kortykosteroidów) nie zmniejsza istotnie postępu choroby [17]. Palenie papierosów jest także udowodnionych czynnikiem rozedmy płuc [325].

Przyjmowanie nikotyny – obok spożywania alkoholu – jest także związane z owrzodzeniami żołądka [72]. Ponadto, osoby które palą papierosy oraz często piją alkohol, z historią chorób żołądka i historią raka żołądka w rodzinie u krewnych pierwszego stopnia należą do grupy wysokiego ryzyka raka żołądka [375].

Zauważono, że palenie papierosów należy do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia zaćmy, która z kolei może prowadzić do ślepoty [37]. Ponadto, palenie papierosów obok innych czynników jest związane z zapaleniem błony naczyniowej oka. Istnieją dowody na to, że palenie tytoniu i płeć żeńska są pozytywnie skorelowanymi czynnikami ryzyka zapalenia błony naczyniowej oka, a także dowody na to, że spondyloartropatie HLA-B27 mają najwyższy związek z niezakaźnym zapaleniem błony naczyniowej oka w populacji dorosłych w Ameryce Północnej i Europie [88]. Palenie papierosów może także przyczyniać się do wystąpienia zwyrodnienia plamki żółtej (AMD), na którą wraz z wiekiem choruje 196 milionów ludzi na całym świecie. Długoterminowe prospektywne badania kohortowe wykazują znacznie wyższą częstość występowania AMD u osób, które palą więcej niż 20 papierosów dziennie, w porównaniu z osobami, które nigdy nie paliły [75,112].

U palaczy papierosów zauważono opóźnione gojenie się ran, częstsze infekcje tkanek i/lub sepsę i uważa się je, jako główne powikłania u palaczy po różnego rodzaju urazach i operacjach. Wobec powyższego zaleca się zaprzestanie palenia papierosów w okresie przedoperacyjnym w przypadku planowanych zabiegów chirurgicznych w celu uzyskania lepszych wyników klinicznych [8,266]. Udowodniono także (na modelu zwierzęcym), że palenie papierosów negatywnie wpływa na gojenie się kości – wydłuża okres zdrowienia. Wyniki te wskazują, że rzucenie palenia bezpośrednio po złamaniu kości przyspiesza gojenie się złamań kości i zwiększa wytrzymałość mechaniczną w miejscu złamania [113].

Wykazano również, że palenie papierosów powoduje przedwczesne starzenie się skóry i przedwczesne pojawienie się zmarszczek, ponadto, zwiększa łamliwość paznokci i jest współodpowiedzialne za wypadanie włosów. Skóra osób palących staje się z czasem szorstka i wysuszona, blada i poszarzała, często z poszerzonymi naczyńkami, z obecnością zmarszczek i niekiedy z licznymi przebarwieniami. Nikotyna zawarta w papierosach jest substancją, która przyspiesza degradację kolagenu, będącego jednym z głównych składników zdrowej skóry. Zniszczenie włókien kolagenowych i sprężystych, które tworzą

swoiste rusztowanie skóry, upośledza syntezę kolagenu przy jednoczesnym braku możliwości regeneracji włókien sprężystych. Palenie papierosów obniża poziom estrogenów, co przyczynia się z czasem do wystąpienia suchości skóry i zmniejszenia ilości włókien kolagenowych, co powoduje powstanie zmarszczek [13,275,323,343,372].

Palenie papierosów powoduje nasilenie objawów trądziku różowatego [43] oraz atopowego zapalenia skóry – stwierdzono, że atopowe zapalenie skóry jest istotnie skorelowane zarówno z czynnym, jak i biernym paleniem [139,205]. Przyjmowanie nikotyny powoduje także zaostrzenie objawów łuszczycy [83,149], krostkowicy dłoni i stóp [261] oraz wpływa na częstość występowania różnych powikłań określanych jako zespół stopy cukrzycowej, przyczyniając się do neuropatii obwodowej, zmian naczyniowych i dłuższego gojenia się ran. Badacze analizujący zagadnienie gojenia się ran i innych powikłań w obrębie stóp u palaczy papierosów z towarzyszącą cukrzycą postulują – w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia owrzodzeń stóp i poprawienia rokowań w przypadku owrzodzeń stopy cukrzycowej – jak najszybsze rzucenie palenia papierosów [353].

Do uszkodzenia skóry i różnych schorzeń skóry może także dochodzić w przypadku palenia biernego. Rozróżnia się dwa rodzaje narażenia na dym tytoniowy, tj. skutek palenia wyrobów tytoniowych (palenie czynne) i przebywania w otoczeniu ludzi palących oraz mimowolnego inhalowania dymu tytoniowego (palenie bierne) [128]. Osad pochodzący z dymu papierosowego zwany THS (*thirdhand smoke*), którego głównym składnikiem jest nikotyna powstaje, gdy wydycha się dym papierosowy oraz z dymu z tłących się papierosów. Osad z dymu osadza się na skórze, włosach, odzieży i wszystkich przedmiotach w pobliżu palacza. Najbardziej podatne na negatywne działanie osadu pochodzącego z dymu są osoby cierpiące na przewlekłe choroby skóry, w szczególności owrzodzenia związane z cukrzycą, owrzodzenia tętnicze oraz dzieci i osoby dorosłe chorujące na atopowe zapalenie skóry. Na bierny kontakt z dymem papierosowym i związane z tym konsekwencje zdrowotne narażone są wszystkie osoby z otoczenia osób palących, a w szczególności niemowlęta, które raczkują po zanieczyszczonych dymem powierzchniach oraz osoby zatrudnione w miejscach, gdzie palenie jest niekiedy dozwolone, np. kasyna – w przypadku tych osób bierne narażenie na dym papierosowy może trwać miesiące, czy nawet lata [131,255].

Ponadto, u części dzieci narażonych na bierne palenie (N = 2500; wiek 7-10 lat z 7 krajów) dochodzi do niebezpiecznych zmian w aktywności genów, czyli tzw. zmian epigenetycznych, czyli mutacji, gdyż dym tytoniowy może wpływać na aktywność różnych genów, zmieniając naturalne chemiczne modyfikacje łańcucha DNA (głównie metylację).

Badacze w 11 miejscach genomu znaleźli epigenetyczne zmiany, które stanowią czynnik ryzyka różnych chorób, w tym nowotworów, co oznacza, że bierne palenie w dzieciństwie pozostawia ślad na poziomie molekularnym i może zmieniać ekspresję genów wpływających na podatność na różne choroby w dorosłości. Jest to poważny problem, bowiem szacuje się, że na całym świecie około 40% dzieci jest narażonych na bierne palenie [49]. Bierne palenie ma także znaczący wpływ na ryzyko występowania silnych bólów głowy lub migreny. Stwierdzono w badaniach (N = 4560 nigdy nie palących dorosłych; 1999-2004), że ogólna częstość występowania silnych bólów głowy lub migreny wynosiła w populacji osób niepalących, ale narażonych biernie na dym papierosowy aż 20% (919/4560). Stwierdzono, że badani dorośli, którzy nigdy nie palili klasycznych papierosów, byli jednak w różnym stopniu narażeni na bierne palenie, co oceniano na podstawie stężenia kotyniny w ich surowicy krwi (kotynina powstaje w organizmie człowieka w wyniku rozkładu nikotyny) [351].

U palaczy papierosów mają także miejsce patologiczne zmiany zachodzące w tkankach przyzębia – należą do nich [4,248,275,279,311]:

- przebarwienia melaninowe, które powstają u palaczy, ponieważ palenie tytoniu pobudza melanocyty błony śluzowej jamy ustnej do wzmożonego wytwarzania melaniny,
- zmiana flory bakteryjnej jamy ustnej – metabolizm nikotyny sprzyja kolonizacji bakterii potencjalnie patogennych dla tkanek przyzębia, takich jak Gram-ujemne pałeczki względnie beztlenowe (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*), bezwzględnie beztlenowe (*Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythia*) oraz krętki (przede wszystkim *Treponema denticola*)
- kserostomia (suchość jamy ustnej), która sprzyja namnażaniu się grzybów *Candida albicans*,
- język czarny włochaty, jako konsekwencja przewlekłego, chemicznego drażnienia i przewlekłej kolonizacji drożdżaków, co może doprowadzić do przebarwień, rozrostu, rogowacenia brodawek nitkowatych języka oraz rozwoju tej jednostki chorobowej,
- przewlekłe stany zapalne przyzębia, jako skutek zmiany przepływu krwi w dziąsłach.
- mikrooparzenia oraz odczyny zapalne błony śluzowej jamy ustnej na skutek bezpośredniego zaciągania dymem papierosa i podwyższenia temperatury w wyniku reakcji chemicznej.

Palenie papierosów wpływa także na płodność u kobiet i mężczyzn, oddziałuje na metabolizm hormonów steroidowych i tym samym wywiera wpływ na płodność kobiet

poprzez zaburzenia wydzielania estradiolu [188], natomiast u palących mężczyzn częściej powoduje występowanie nieprawidłowości plemników (mniejsza żywotność i ruchliwość plemników) [227]. Palenie papierosów i bierne narażenie na tytoń mają również ogromny wpływ na skutki zaburzeń endokrynologicznych zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, zwłaszcza w okresie rozrodczym [50].

Stwierdzono także, że palenie papierosów wiąże się z gorszym zdrowiem seksualnym, z kolei zaprzestanie palenia może z czasem poprawić seksualne aspekty zdrowia [202]. W porównaniu z mężczyznami, którzy nigdy nie palili, byli palacze i obecnie palący papierosy mają znacznie wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń erekcji. Stwierdzono, że związek między paleniem a zaburzeniami erekcji jest niezależny od związku między paleniem a chorobami układu krążenia, które mogą stanowić oddzielny czynnik ryzyka problemów ze wzrodem [34,39].

W literaturze można znaleźć doniesienia naukowe, które sugerują, że stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych przez kobiety wpływa na zwiększony metabolizm nikotyny, jednak związek między używaniem doustnych środków antykoncepcyjnych a objawami głodu nikotynowego związanego z paleniem jest mieszany i wymaga dalszych badań [5].

Różne badania wskazują, że część kobiet pali papierosy w okresie bezpośrednio poprzedzającym zajście w ciążę, w okresie ciąży, jak i w okresie karmienia piersią. Jak wynika z badań przeprowadzonych w Polsce w latach 2010-2012 (N = 9051) ponad 18% kobiet paliło papierosy w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ciążę, odsetek kobiet, które paliły przynajmniej jednego papierosa w pierwszych miesiącach ciąży wyniósł 6,8%, podczas gdy w ostatnim trymestrze wskaźnik ten wyniósł 7,7%, natomiast odsetek kobiet palących po porodzie wyniósł 3,6% [347]. Oznacza to narażenie płodu na wystąpienie różnych wad i chorób wynikających z obecności nikotyny i innych substancji zawartych w papierosach, które paliła matka. Konsekwencje zdrowotne dla palącej kobiety w ciąży można podzielić na trzy grupy: 1. dla matki; 2. płodu; 3. noworodka. Do konsekwencji palenia tytoniu w ciąży dla matki wymienia się częściej występujące łożysko przodujące, przedwczesne oddzielenie się łożyska, ciążę ekotopową, krwawienia podczas ciąży, przedwczesne pęknięcie błon płodowych oraz poród przedwczesny. Do konsekwencji palenia tytoniu przez kobietę w ciąży dla płodu należą: przewlekłe niedotlenienie płodu, hipotrofia, częstsze poronienie, czy poród przedwczesny. Dla samego noworodka fakt palenia przez jego matkę w ciąży oznacza natomiast wzrost umieralności okołoporodowej, małą masę urodzeniową, częstsze hospitalizacje, zaburzenia ze strony układu oddechowego

i układu krążenia [14,235]. Zauważono także, że palenie papierosów przez matkę w czasie ciąży jest najczęstszą możliwą do uniknięcia przyczyną nieprawidłowego rozwoju płuc w macicy [195]. Ponadto, palenie w ciąży przez matkę zwiększa ryzyko wystąpienia chorób alergicznych u dziecka – płodu. Dowiedziono, że palenie tytoniu przez matkę w okresie okołoporodowym ma niekorzystny wpływ na jej potomstwo, zwiększając ryzyko wystąpienia astmy dziecięcej i atopowego zapalenia skóry, z kolei zaprzestanie palenia tytoniu w okresie okołoporodowym oraz stosowanie karmienia piersią także w przypadku matek palących, może zmniejszać ryzyko wystąpienia astmy dziecięcej [278]. Ciekawych informacji dostarcza także metaanaliza badań naukowych (19 badań opublikowanych między 1973 a 2021 rokiem). Jak wynika z tej metaanalizy, wyniki części badań wskazują na obniżone osiągnięcia naukowe u dziecka / nastolatka narażonego na palenie tytoniu przez matkę w okresie prenatalnym [61].

Palenie papierosów wpływa na metabolizm niektórych leków. W zależności od leku zaburzenia parametrów farmakokinetycznych farmaceutyków u palaczy wahają się od 13 do 500% w porównaniu z osobami niepalącymi, co ma wpływ na skuteczność i bezpieczeństwo leczenia [169].

Na rynku obok tradycyjnych form papierosów od kilkunastu lat są także dostępne inne – nowe alternatywne produkty służące do palenia lub dostarczania nikotyny i/lub innych substancji do organizmu drogą układu oddechowego. Każdy z nich różni się zawartością nikotyny oraz innych substancji chemicznych (w tym aromatyzujących), a także ceną oraz zażywaniem nikotyny przy użyciu urządzenia elektronicznego, co niekiedy staje się głównym kryterium wyboru tego typu produktów przez młode osoby, które w „nowych” papierosach niekiedy nie dostrzegają zagrożenia zdrowotnego i są one czasem wstępnym etapem do palenia tradycyjnych papierosów w przyszłości [168,304]. W części badań zauważa się, że użytkownicy e-papierosów smakowych zgłaszają większe zadowolenie z używania tych produktów, ale i także większe poczucie uzależnienia niż użytkownicy e-papierosów niearomatyzowanych [164].

Na rynku dostępne są cztery główne typy produktów, które można sklasyfikować w następujących grupach [146]:

- produkty tytoniowe do palenia: papierosy tradycyjne (najważniejszy wyrób tytoniowy z tej grupy dostępny w Polsce, obecnie wypierany wśród osób młodych przez inne produkty), cygara i cygaretki, fajka wodna, fajka, bidis oraz tytoń do skręcania. Z powyższej grupy w Polsce najrzadziej stosowane są bidisy – produkty tytoniowe do

palenia będące cienkim papierosem lub minicygarem wypełnione płatkami tytoniu zawiniętymi w liść tendu lub *Piliostigma racemosum*.

- doustne produkty tytoniowe lub nikotyna dostarczana w formie doustnej – bez podgrzewania czy spalania tytoniu: tytoń rozpuszczalny, woreczki nikotynowe, tytoń do żucia oraz snusy; snusy – woreczki z nikotyną zawierające fermentowany tytoń umieszczane najczęściej pomiędzy wargą górną a dziąsłem,
- produkty elektroniczne: e-papierosy – obecnie uznawane za największy problem epidemiczny w Polsce, zwłaszcza w kontekście palących nastolatków; stosowanie e-papierosów wyprzedziło epidemiologicznie palenie papierosów tradycyjnych wśród polskich nastolatków; proces wdychania aerozolu pochodzącego z e-papierosa nazywa się wapowaniem (vape – mgła);
- systemy podgrzewania tytoniu (heat-not-burn – HnB) – w wyniku podgrzania tytoniu nie powstaje dym, co skutkuje znacznie mniejszym stężeniem karcynogenów i substancji szkodliwych w porównaniu z dymem z papierosów.

Tab. 2. Epidemiologia uzależnienia od nikotyny w Polsce.

| Papierosy i tytoń do palenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | E-papierosy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | System HnB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• odsetek palaczy w Polsce utrzymuje się na wysokim poziomie – ok. 30%,</li> <li>• w ostatnich latach zmniejszył się odsetek palaczy wśród mężczyzn, natomiast wśród kobiet nie obserwuje się znaczącego spadku odsetka palaczek,</li> <li>• coraz więcej osób sięga po pierwszego papierosa przed 15 rokiem życia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ok. 5% mieszkańców Polski używa e-papierosów,</li> <li>• wśród użytkowników e-papierosów dominują nastolatki,</li> <li>• nawet 29% nastolatków może regularnie używać e-papierosów,</li> <li>• ponad 70% nastolatków sięga po e-papierosy z uwagi na dostępne warianty smakowe (aromaty – ponad 15 tys. różnych smaków),</li> <li>• ponad 30% nastolatków rozpoczyna przyjmowanie nikotyny od e-papierosa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• w latach 2019-2022 odsetek dorosłych Polaków regularnie używających systemów HnB wzrósł z 0,4% do 4,0%,</li> <li>• wśród użytkowników systemów HnB dominują młodzi dorośli (30-49 lat) z dużych ośrodków miejskich (&gt;100 tys. mieszkańców), aktywni zawodowo,</li> <li>• wiele towarzystw naukowych uwzględnia systemy HnB w swoich zaleceniach postępowania jako element harm reduction.</li> </ul> |

HnB (heat-not-burn) – systemy podgrzewania tytoniu

Źródło: Na podstawie: Jankowski M – dane zaprezentowane na 38 Zjeździe Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Bydgoszcz 9-12.05.2024 r.; podaje za: Korczyński P, Surma S, Jankowska-Zduńczyk A, et al., Palenie papierosów – nie tylko tradycyjnych. Jak zbierać wywiady, co dokumentować w historii choroby? <https://www.termidia.pl/pulmonologia/Palenie-papierosow-nie-tylko-tradycyjnych-Jak-zbierac-wywiady-co-dokumentowac-w-historii-choroby-.57278.html>; 18.09.2024.

Część młodzieży zamiast tradycyjnych papierosów zaczyna używać papierosy elektroniczne lub też po krótkim czasie palenia tradycyjnych papierosów rezygnuje z nich na rzecz papierosów elektronicznych. Elektroniczny papieros zbudowany jest z systemu

zasilającego oraz systemu waporyzującego. Użytkownik zaciąga się aerozolem, który powstaje w wyniku podgrzewania liquidu z nikotyną, jednak nie zachodzi tu proces spalania tytoniu, tak jak przy korzystaniu z tradycyjnych papierosów. Skład aerozolu i dymu tytoniowego znacznie się różni od papierosów tradycyjnych, tj. z 93 szkodliwych związków zawartych w dymie tytoniowym w aerozolu z elektronicznych papierosów występują m.in. aldehyd octowy, aceton, akroleina, formaldehyd oraz nikotyna. Istnieje coraz więcej dowodów na zagrożenia dla zdrowia ze strony elektronicznych papierosów [371]. Podkreśla się, że chociaż papierosy elektroniczne mogą być uważane za mniej szkodliwe niż tradycyjne papierosy tytoniowe, nie są one jednak pozbawione ryzyka, zwłaszcza dla układu oddechowego. Długoterminowe skutki zdrowotne są nadal badane, ale coraz liczniejsze dowody sugerują, że stosowanie e-papierosów nie powinno być uważane za bezpieczną alternatywę, szczególnie dla ludzi młodych i niepalących. Jednym z najbardziej niepokojących aspektów korzystania z e-papierosów jest to, że mogą być one traktowane jako furtka do tradycyjnego palenia tytoniu. Niektóre badania wykazały bowiem silny związek między używaniem e-papierosów, a zwiększonym prawdopodobieństwem przejścia na palenie papierosów tradycyjnych i – jak słusznie podkreśla się w literaturze – ten trend budzi niepokój o potencjalne odrodzenie się uzależnienia od tytoniu, zwłaszcza wśród młodych ludzi [214].

Tab. 3. Ogólne porównanie wyrobów dostarczających nikotynę.

| Charakterystyka          | Papieros tradycyjny                                           | E-papieros                                                                                                                   | System HnB                                                                                                                                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| dostarczanie nikotyny    | tak                                                           | tak                                                                                                                          | tak                                                                                                                                                          |
| wyrób tytoniowy          | tak                                                           | nie                                                                                                                          | tak                                                                                                                                                          |
| urządzenie elektroniczne | nie                                                           | tak                                                                                                                          | tak                                                                                                                                                          |
| szacunkowa cena          | 16-17 zł paczka<br>20 papierosów<br>(ok. 80 gr za 1 papieros) | 15-30 zł sztuka<br>(liczba zaciągnięć 700-800<br>to ok. 2-3 paczki<br>papierosów;<br>25-50 gr za odpowiednik<br>1 papierosa) | 13-17 zł paczka<br>20 wkładów<br>(ok. 80 gr<br>w przeliczeniu na 1 szt.);<br>dodatkowy koszt<br>zakupu urządzenia<br>do podgrzewania<br>– od 50 zł do 500 zł |
| grupa docelowa           | dorośli                                                       | dzieci, nastolatki,<br>młodzi dorośli                                                                                        | dorośli 18-39 lat,<br>aktywni zawodowo                                                                                                                       |
| skutek zdrowotny         | tak                                                           | tak/?                                                                                                                        | tak/?                                                                                                                                                        |
| rakotwórczość            | tak                                                           | ?                                                                                                                            | ?                                                                                                                                                            |

HnB (heat-not-burn) – systemy podgrzewania tytoniu

Źródło: Na podstawie: Jankowski M – dane zaprezentowane na 38 Zjeździe Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Bydgoszcz 9-12.05.2024 r.; podają za: Korczyński P, Surma S, Jankowska-Zduńczyk A, et al., Palenie papierosów – nie tylko tradycyjnych. Jak zbierać wywiady, co dokumentować w historii choroby? <https://www.termedia.pl/pulmonologia/Palenie-papierosow-nie-tylko-tradycyjnych-Jak-zbierac-wywiady-co-dokumentowac-w-historii-choroby-,57278.html>; 18.09.2024.

## Wpływ picia alkoholu na zdrowie człowieka

Alkohol jest spożywany przez ponad 2 miliardy ludzi na całym świecie. Alkohol jest substancją psychoaktywną, która może się przyczyniać do co najmniej (różne informacje w materiałach źródłowych) od 60 do nawet 200 różnego typu chorób, w tym m.in. zaburzeń psychicznych, chorób przewodu pokarmowego, nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń odporności, chorób płuc, chorób układu kostnego i mięśniowego, zaburzeń zdrowia reprodukcyjnego, szkód prenatalnych. Wykazano, że przewlekłe spożywanie alkoholu zaburza pracę wątroby, upośledza metabolizm lipidów i rozregulowuje poziom glukozy we krwi, przyczyniając się do rozwoju otyłości, zespołu metabolicznego i powiązanych chorób ogólnoustrojowych. Dla większości chorób i zaburzeń działanie alkoholu jest proporcjonalne do wielkości przyjętej dawki. Alkohol jest używką mogącą powodować stopniowe uzależnienie. Skutki działania alkoholu etylowego w różnych tkankach zależą od jego stężenia we krwi, czyli od tego, jak szybko alkohol jest wchłaniany, rozprowadzany, metabolizowany i wydalany [45,316]. Spożywanie alkoholu przez młodych ludzi może być przyczyną poważnych zakłóceń procesów rozwojowych i utrudniać realizację kluczowych zadań na drodze do dorosłości, takich jak zakończenie edukacji, podjęcie zatrudnienia czy nawiązywanie trwałych relacji interpersonalnych [55].

Alkohol wpływa przede wszystkim na ośrodkowy układ nerwowy, co powoduje zmiany nastroju, myślenia i zachowania. W pierwszej fazie po spożyciu alkoholu obserwowane jest ożywienie, rozluźnienie, euforia oraz podniecenie co ma charakter przejściowy i wynika z hamowania mechanizmów kontrolujących, stąd też występują zaburzenia samokontroli i krytycyzmu oraz duże wahania nastroju. W drugiej fazie działania alkoholu widać jego tłumiące działanie na układ nerwowy, gdzie pijący zaczyna odczuwać znużenie, spowolnienie i senność. Psychoaktywne działanie alkoholu zależy przede wszystkim od jego stężenia we krwi [231]:

1. 0,2–0,5‰ – występuje odprężenie i euforia, mogą wystąpić nieznaczne zaburzenia równowagi, zmniejszenie krytycyzmu, upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz zaburzenia widzenia.
2. 0,5–0,7‰ – pojawiają się zaburzenia sprawności ruchowej, niezauważalne osłabienie refleksu, nadmierna pobudliwość i gadatliwość, pogorszenie zdolności uczenia się i zapamiętywania, a także osłabienie samokontroli i błędna ocena własnych możliwości.
3. 0,7–2‰ – występują zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, podwyższenie progu bólu, zmniejszenie sprawności intelektualnej (błędy w logicznym rozumowaniu, wadliwe wyciąganie wniosków itp.), opóźnienie czasu reakcji, wyraźna

drażliwość, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie akcji serca, wymioty świadczące o obronie organizmu przed przedawkowaniem.

4. 2–3‰ – pojawiają się zaburzenia mowy (mowa bełkotliwa), wyraźne spowolnienie i zaburzenia równowagi, wzmożona senność, znacznie osłabiona zdolność do kontroli własnych zachowań, „urwane filmy”.
5. 3–4‰ – następuje spadek ciśnienia krwi, obniżenie ciepłoty ciała, osłabienie odruchów fizjologicznych lub ich zanik; mogą również wystąpić głębokie zaburzenia świadomości prowadzące do śpiączki.
6. Powyżej 4‰ – to dla zdecydowanej większości konsumentów alkoholu stan zagrożenia życia. Może wystąpić głęboka śpiączka, nasilają się zaburzenia czynności ośrodka oddechowego i naczyniowo-ruchowego, może także dojść do porażenia tych ośrodków przez alkohol.

Jak wynika z nowych badań i obserwacji nawet niewielkie dawki przyjętego alkoholu szkodzą – dane te przeczą dawnym informacjom sprzed kilku dekad, w których sugerowano, że małe dawki alkoholu działają protekcyjnie na układ krążenia [309].

Spożywanie alkoholu jest ważną przyczyną raka, której można by zapobiec [32]. W niektórych krajach prowadzi się badania i analizy szacunkowe dotyczące ilości zachorowań w przyszłości na nowotwory złośliwe wywołane przez przewlekłą ekspozycję na alkohol. Przykładowo, w krajach nordyckich liczba zachorowań na raka w okresie 30 lat (2016-2045) została oszacowana dla 6 nowotworów, tj. jelita grubego, piersi po menopauzie, jamy ustnej i gardła, wątroby, krtani oraz raka płaskonabłonkowego przełyku. Jak wynika z tych badań około 83 000 przypadków raka można by uniknąć w ciągu 30 lat, gdyby spożycie alkoholu zostało całkowicie wyeliminowane. Dzięki 50-procentowemu zmniejszeniu odsetka osób spożywających umiarkowanie alkohol do roku 2025 można uniknąć 21 500 przypadków raka. Liczba przypadków, których można było uniknąć, była najwyższa w przypadku raka piersi i jelita grubego po menopauzie, ale odsetek ten był najwyższy w przypadku raka płaskonabłonkowego przełyku [6]. Badanie to pokazuje jak wielki wpływ na zdrowie człowieka ma picie alkoholu i jak wiele można by uzyskać zaprzestając picia tej używki.

Picie alkoholu jest ważnym czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych głowy i szyi, w tym raka jamy ustnej, gardła i krtani, a w połączeniu z paleniem tytoniu odpowiada za 75% nowotworów jamy ustnej [127,186,191,355].

Spożywanie alkoholu należy do istotnych czynników powodujących raka płaskonabłonkowego przełyku, który odpowiada za około 90% z 456 000 przypadków raka przełyku każdego roku na świecie [2]. Podobnie jest także w przypadku raka żołądka, który jest jednym z najczęstszych nowotworów na świecie. Stwierdzono istotny związek między spożyciem alkoholu a zwiększonym ryzykiem raka żołądka – dowiedziono tego w wielu badaniach, m.in. w metaanalizie, w której zawarto 81 badań epidemiologicznych, w tym 68 badań kliniczno-kontrolnych i 13 badań kohortowych [56]. Zauważa się jednak, że ryzyko zachorowania na raka przewodu pokarmowego zwiększa się wraz ze wzrostem częstotliwości picia i zmniejsza przy picu alkoholu przy „okazji”, nawet jeśli są to większe ilości – częste picie alkoholu jest ważniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia nowotworów przewodu pokarmowego niż duże ilości alkoholu spożywanego okazjonalnie [357].

Udowodniono także związek pomiędzy spożywaniem alkoholu a ryzykiem rozwoju raka trzustki. Rak trzustki jest nowotworem o wysokim stopniu śmiertelności, którego możliwości wczesnego wykrycia i skutecznego leczenia są obecnie niestety ograniczone. Picie alkoholu zaliczane jest do modyfikowalnych bardzo ważnych czynników, które przyczyniają się do ryzyka zachorowania na ten nowotwór [209,221]. Picie alkoholu należy także do ważnych czynników wywołujących ostre zapalenie trzustki. Jak wskazują badania epidemiologiczne Polska należy do krajów o jednym z najwyższych współczynników zachorowalności na ostre zapalenie trzustki (72,1/100 000), a główną przyczyną zachorowania polskich pacjentów jest kamica żółciowa (która odpowiada za 34% przypadków), z kolei picie alkoholu jest drugą najczęstszą przyczyną ostrego zapalenia trzustki (24,1% chorych). Ponadto, obserwuje się wzrost częstości występowania ostrego zapalenia trzustki o ciężkim przebiegu i chociaż u większości pacjentów choroba ma przebieg łagodny, to jednak w przypadku ciężkiej postaci tej choroby śmiertelność kształtuje się na poziomie 30-60% [150,161].

Udowodniono także związek pomiędzy picciem alkoholu a nowotworem jelita grubego [358]. Niektóre badania epidemiologiczne sugerują, że nawet umiarkowane picie zwiększa ryzyko raka jelita grubego. Metabolizm alkoholu obejmuje konwersję etanolu do jego metabolitów, które mogą wywierać działanie rakotwórcze w okrężnicy. Na produkcję metabolitów etanolu może mieć także wpływ mikrobiota jelita grubego, kolejny niedawno uznany czynnik pośredniczący w kancerogenezie jelita grubego. Podkreśla się, że nie tylko sam alkohol indukuje swoje toksyczne działanie poprzez rakotwórcze metabolity, ale sami alkoholicy, którzy są predysponowani do złej diety, ubogiej w kwas foliowy i błonnik,

co może jeszcze bardziej zwiększać ryzyko kancerogenezy jelita grubego wywołanej alkoholem [276].

Wskazuje się również, że spożywanie alkoholu przyczynia się do zwiększenia zachorowania na różne schorzenia wątroby. Epidemiologia chorób wątroby w Europie jest zróżnicowana, głównie z powodu różnych chorób współwywoływanych przez picie alkoholu oraz z powodu jeszcze innych niż alkohol czynników, które ją powodują. Dane dotyczące rozpowszechnienia i śmiertelności wskazują, że rosnąca marskość wątroby i rak wątroby mogą być związane z dramatycznym wzrostem szkodliwego spożycia alkoholu w krajach Europy Północnej oraz epidemiami wirusowego zapalenia wątroby w krajach Europy Wschodniej i Południowej [243]. W latach 2010-2019 nastąpił na świecie 25% wzrost zgonów z powodu raka wątroby. Obserwuje się, że epidemiologia raka wątroby na świecie zmienia się z powodu rosnącego spożycia alkoholu oraz – w dalszej kolejności – rosnącej częstości występowania otyłości oraz postępów w leczeniu wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV) i wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV) [106].

Zauważono, że alkoholowa choroba wątroby jest w Europie najczęstszą przyczyną bezobjawowych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych oraz najczęstszym wskazaniem do transplantacji wątroby z powodu schyłkowej marskości tego narządu. Kolejnymi stadiami tej choroby są proste stłuszczenie, stłuszczeniowe zapalenie oraz marskość wątroby, która pojawia się u mniej niż 10% osób pijących alkohol w sposób szkodliwy dla zdrowia [94]. Picie alkoholu jest uznane za główny czynnik ryzyka marskości wątroby, a ryzyko to wzrasta wykładniczo wraz z częstością i ilością wypijanego alkoholu. Podkreśla się, że kobiety mogą być bardziej zagrożone tą chorobą w porównaniu z mężczyznami, nawet przy niewielkim spożyciu alkoholu. Jak wynika z metaanalizy (łącznie 7 badań kohortowych i 2 badania kliniczno-kontrolne, N = 2 629 272 uczestników z 5 505 przypadkami marskości wątroby) nie stwierdza się zwiększonego ryzyka u osób pijących okazjonalnie, jednakże spożywanie jednego drinka dziennie w porównaniu z długotrwałymi abstynentami wykazało zwiększone ryzyko marskości wątroby u kobiet, ale nie u mężczyzn. Ryzyko w przypadku kobiet było konsekwentnie wyższe w porównaniu z mężczyznami. Co ważne, picie  $\geq 5$  drinków dziennie wiązało się ze znacznie zwiększonym ryzykiem zarówno u kobiet, jak i mężczyzn [273]. Jak wskazują dane epidemiologiczne w Polsce w latach 2003-2017 nastąpił gwałtowny wzrost konsumpcji napojów alkoholowych, co przyczyniło się m.in. do wzrostu umieralności z powodu alkoholowej marskości wątroby o 630% u kobiet i o 260% u mężczyzn [368].

Picie alkoholu ma zarówno ostry, jak i przewlekły wpływ na ciśnienie tętnicze krwi. Alkohol spożywany w dużych dawkach ma dwufazowy wpływ na ciśnienie krwi, tj. obniża ciśnienie krwi do 12 godzin po spożyciu i zwiększa ciśnienie krwi > 13 godzin po spożyciu. Alkohol w dużych dawkach zwiększa tętno przez cały czas do 24 godzin po spożyciu alkoholu [316]. Jak wynika z metaanalizy (36 badań, N = 2865) u osób, które piły dwa lub mniej drinków dziennie, zmniejszenie spożycia alkoholu nie wiązało się ze znaczącym obniżeniem ciśnienia krwi. Jednak u osób, które piły więcej niż dwa drinki dziennie, późniejsze zmniejszenie spożycia alkoholu wiązało się ze zwiększonym obniżeniem ciśnienia krwi. Obniżenie skurczowego ciśnienia krwi i rozkurczowego ciśnienia krwi było najsilniejsze u uczestników badania, którzy pili sześć lub więcej drinków dziennie [272].

Spożywanie alkoholu zwiększa także częstość występowania (na podstawie 48-godzinnego monitorowania elektrokardiogramem; N = 202 planujących ostre spożycie alkoholu z oczekiwanym szczytowym stężeniem alkoholu w wydychanym powietrzu wynoszącym  $\geq 1,2$  g/kg) częstoskurczu przedsionkowego w „okresie picia” (punkt wyjściowy – godzina 0, „okres picia” – godziny 1-5) oraz występowanie klinicznie istotnych arytmii w „okresie rekonwalescencji” (tak nazwany przez badaczy okres „po picciu”, tj. godziny 6-19) [30].

Powszechnie uważa się, że umiarkowane picie, zwłaszcza czerwonego wina, zmniejsza śmiertelność, głównie ze względu na zmniejszone ryzyko powstania chorób sercowo-naczyniowych. Pogląd ten poparło kiedyś wiele badań epidemiologicznych porównujących osoby niepijące z osobami spożywającymi różne napoje alkoholowe w różnorodnych ilościach. Ponieważ nie przeprowadzono jednak żadnego dużego, randomizowanego, klinicznego badania końcowego dotyczącego spożycia alkoholu, obecnie istnieje niewielkie uzasadnienie, aby zalecać alkohol (lub wino w szczególności) jako strategię kardioprotekcyjną. Aktualne zalecenia towarzystw naukowych mówią, aby osobom, które w ogóle nie piją alkoholu, nie zalecać rozpoczynania picia w interesie ich zdrowia. Pacjentów należy poinformować, że w przypadku niektórych zaburzeń sercowo-naczyniowych należy przestrzegać zasady abstynencji od alkoholu [81].

Zauważa się, że alkohol może także spowodować rabdomiolizę – uszkodzenie / rozpad mięśni szkieletowych (poprzecznie prążkowanych) z następczym uwolnieniem ich toksycznej zawartości do układu krążenia. Najczęstszymi przyczynami rabdomiolizy są urazy zmiężdżeniowe wtórne do urazu lub unieruchomienia, ekstremalny wysiłek fizyczny, miopatie metaboliczne, choroby wirusowe oraz zaburzenia elektrolitowe. Do innych przyczyn rabdomiolizy zalicza się także odwodnienie, sepsę i działania

niepożądane wywołane przez farmaceutyki, ale również spożywanie alkoholu i/lub narkotyków [257,307]. Jak pokazują niektóre badania nieurazowa rabdomioliza wywołana alkoholem może powodować poważne implikacje kliniczne i skutkować katastrofalnymi konsekwencjami doprowadzając do ciężkiego uszkodzenia nerek wymagającego dializy [105].

Spożywanie alkoholu wpływa także na mózg powodując różne konsekwencje patofizjologiczne. Zauważono, że młodzież z historią spożywania alkoholu różni się neuronalnie i poznawczo od innych nastolatków, a niektóre z tych różnic poprzedzają rozpoczęcie spożywania alkoholu. Obserwuje się, że konsekwencje spożywania alkoholu przez młodzież obejmują zmiany w koncentracji, uczeniu się werbalnym, przetwarzaniu wzrokowo-przestrzennym i pamięci, może być także zmieniony rozwój objętości istoty szarej i białej oraz zaburzona integralność istoty białej. Badania na gryzoniach wykazały również, że spożywanie alkoholu przez młodzież może upośledzać neurogenezę, wywoływać zapalenie nerwów i zmiany epigenetyczne [305]. Wyniki badań z udziałem młodzieży sugerują także, że upijanie się i spożywanie dużej ilości alkoholu wiąże się z gorszym funkcjonowaniem poznawczym w szerokim zakresie ocen neuropsychologicznych, w tym uczenia się, szybkości psychomotorycznej, funkcji wykonawczych i impulsywności [167,306]. Spożywanie alkoholu niezależnie pod jaką postacią (wódka, piwo, wino), niesie ze sobą ryzyko wystąpienia krótko-, i długofalowych różnych konsekwencji zdrowotnych. Sygnalizuje się o niekorzystnym wpływie alkoholu na hipokamp, który odpowiedzialny jest w głównej mierze za pamięć – im wcześniej rozpoczyna się spożywanie alkoholu oraz im dłużej ono trwa, tym hipokamp staje się mniejszy [282].

Przewlekłe picie alkoholu prowadzi najczęściej do różnych zaburzeń neurologicznych, tj. neuropatii i innych. Problem neuropatii alkoholowej może dotyczyć od 25% do aż 66% osób uzależnionych od alkoholu. Objawy kliniczne neuropatii alkoholowej rozwijają się powoli, trwają latami i obejmują zaburzenia m.in. czucia, motoryki i funkcji chodu. Piekący, neuropatyczny ból jest początkowym i głównym objawem neuropatii alkoholowej. Wraz z progresją schorzenia dochodzi do osłabienia siły mięśni, najpierw w obrębie dystalnych odcinków kończyn górnych i dolnych. Następnie zaburzenia sensoryczne i motoryczne dotyczą również proksymalnych odcinków kończyn. Skutkiem neuropatii jest stopniowo rozwijająca się miopatia, która prowadzi do zmniejszenia masy mięśniowej, siły i wytrzymałości mięśni, a także narastających dolegliwości bólowych. Dochodzi również do poważnych zaburzeń czucia

proprioceptywnego – objawia się to trudnościami w chodzeniu i zwiększonym ryzykiem upadków, co w konsekwencji prowadzi do większej liczby urazów [42,77]. Wyróżnia się neuropatię ośrodkową, w której obserwuje się uszkodzenie mózgu i rdzenia kręgowego [293] oraz obwodową – najczęstszą, która dotyczy nerwów obwodowych, z objawami obejmującymi ból, drętwienie i osłabienie w kończynach [237]. U niektórych osób pijących alkohol mogą także wystąpić zaburzenia wzrokowe, w tym ślepota [361].

Przewlekłe spożywanie alkoholu może prowadzić do niedoboru witaminy B<sub>1</sub> (tiaminy) i objawiać się w postaci zespołów neurologicznych, tj. encefalopatia Wernickiego i Zespół Korsakowa. Encefalopatia Wernickiego występuje najczęściej u osób z przewlekłym alkoholizmem i niedożywieniem. Klinicznie jej kluczowymi objawami są zaburzenia stanu psychicznego oraz zaburzenia postawy i chodu [57,173,312]. Zespół Korsakowa to zaburzenie o podłożu organicznym i różnej etiologii, powstaje głównie z niedoboru witaminy B<sub>1</sub> i polega na uszkodzeniu mózgu z utratą pamięci świeżej i niedawnych zdarzeń, w związku z tym u chorego mogą występować luki pamięciowe oraz konfabulacje [217].

Osoby przewlekłe spożywające alkohol są także narażone na miopatię alkoholową, która jest jedną z najwcześniejszych patologicznych zmian tkankowych związanych z alkoholem i która stopniowo nasila się w wyniku skumulowanego długotrwałego nadużywania alkoholu. Zarówno ostre (w dużych dawkach) i przewlekłe spożywanie alkoholu prowadzi do zmian w masie i funkcji mięśni szkieletowych – zmniejsza syntezę białek, przy jednoczesnym zwiększonym ich rozpadzie oraz upośledza funkcję mitochondriów [299]. Badania przeprowadzone u sportowców wskazują, że spożywanie alkoholu może negatywnie wpływać na regenerację mięśni po intensywnych ćwiczeniach, szczególnie u mężczyzn, co przyczynia się do obniżenia wyników sportowych [33]. Inne jeszcze prace dowodzą, że spożywany alkohol obniża ogólną wydolność fizyczną sportowca poprzez ograniczenie zasobów węglowodanowych, pogorszenie sprawności układu krążenia i możliwości termoregulacyjnych oraz odwodnienie organizmu [242].

Picie alkoholu może się przyczynić do zmniejszenia płodności zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Wykazano (N = 413, kobiety w wieku 19-41 lat), że umiarkowane lub intensywne picie w fazie lutealnej cyklu oraz intensywne picie w oknie owulacyjnym może zakłócić delikatną sekwencję zdarzeń hormonalnych u kobiety, wpływając na szanse na pomyślne poczęcie dziecka [7]. Pojedyncze badania nad tym zagadnieniem potwierdzają różne metaanalizy, które dowodzą, że spożywanie alkoholu przez kobiety wiąże się ze zmniejszoną zdolnością do płodności – wyniki wskazują na liniowy związek między

zmniejszoną zdolnością do zapłodnienia a wzrostem spożycia alkoholu o każde 12,5 g/d [71]. Niektóre badania jednak nie potwierdzają wprost takiej zależności – przykładowo, jak dowodzą wyniki (N = 6120, kobiety w wieku 21-45 lat) kolejnych badaczy, spożywanie mniej niż 14 porcji alkoholu tygodniowo wydaje się nie mieć zauważalnego wpływu na płodność. Nie zaobserwowano także istotnej różnicy w płodności w zależności od poziomu spożycia piwa i wina [201]. W przypadku mężczyzn spożywany przez nich alkohol także może negatywnie skutkować na zdolności reprodukcyjne – wpływa na funkcjonowanie jąder poprzez obniżanie poziomu testosteronu, obniżenie jakości nasienia i upośledzenie ogólnej płodności. Zakres tych skutków różni się w zależności od częstotliwości, czasu trwania i intensywności spożywania alkoholu, przy czym przewlekłe nadużywanie alkoholu stanowi większe ryzyko powstania tych zaburzeń. Podkreśla się jednak, że złożoność wpływu alkoholu jest dodatkowo spotęgowana przez indywidualną zmienność i interakcję z innymi czynnikami stylu życia mężczyzny, takimi jak dieta, stres i aktywność fizyczna [85].

Zaobserwowano, że alkohol negatywnie oddziałuje na jelita, powodując dysbiozę jelitową i wzrost przepuszczalności jelit, co umożliwia uwolnienie bakterii do krążenia ogólnoustrojowego i indukuje odpowiedź prozapalną w krążeniu ogólnoustrojowym i narządach obwodowych, a zwłaszcza w wątrobie. Cytokiny prozapalne mogą wówczas przekraczać barierę krew-mózg i aktywować zapalenie nerwów. U części alkoholików zapalenie obwodowe nerwów i dysbioza jelitowa są związane z objawami zaburzeń wynikających z używania alkoholu. Wywołane alkoholem zmiany w składzie mikrobioty przewodu pokarmowego i funkcji metabolicznej mogą przyczyniać się do dobrze ugruntowanego związku między stresem oksydacyjnym wywołanym alkoholem, nadprzepuszczalnością jelit na produkty bakterii, oraz późniejszym rozwojem alkoholowej choroby wątroby, a także innych chorób [53,66,133].

Wiele dowodów wskazuje na to, że nadużywanie alkoholu przyczynia się do nieprawidłowości układu hormonalnego. Nadużywanie alkoholu zaburza wielorako układ hormonalny człowieka, co może skutkować różnymi zaburzeniami, tj. nietolerancja stresu, dysfunkcja rozrodcza, problemy z tarczycą, nieprawidłowości immunologiczne oraz zaburzenia psychologiczne i behawioralne [265].

Alkohol wpływa także na układ odpornościowy człowieka. U osób nadużywających alkoholu i uzależnionych od alkoholu obserwuje się zwiększoną podatność na infekcje wirusowe i bakteryjne, zmiany neurodegeneracyjne oraz zmiany zapalne. Alkohol zaburza normalne dojrzewanie oraz kinetykę limfocytów w centralnych i obwodowych narządach limfoidalnych. Ponieważ przy długotrwałym nadużywaniu alkoholu dochodzi również do

bezpośredniego uszkodzenia narządów oraz tkanek uczestniczących w procesie odpowiedzi immunologicznej, takich jak wątroba, szpik kostny, śledziona, węzły chłonne, klinicznie może się rozwijać autoagresja na podłożu właśnie autoimmunologicznej reakcji komórek limfoidalnych, co prowadzi do dalszego uszkodzenia tkanek i narządów [121].

Picie alkoholu przyczynia się także do zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej [230], ogólnego pogorszenia stanu skóry, w tym nasila objawy m.in. w łuszczycy [92], trądziku różowatego [175] oraz wydłuża proces gojenia się ran – alkohol utrudnia gojenie się rany poprzez zaburzenie ekspresji mRNA fibroblastów kolagenu i oksydazy lizylowej, hamowanie lokalnej reakcji zapalnej, zmniejszenia biomechanicznej odporności nowo utworzonej tkanki i powoduje opóźnienie zamknięcia rany [303].

Przewlekłe przyjmowanie środków psychoaktywnych (alkoholu, ale również narkotyków) wiąże się czasem z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, takimi jak uprawianie seksu bez zabezpieczenia i/lub z wieloma partnerami, co zwiększa tym samym ryzyko infekcji chorobami przenoszonymi drogą kontaktów seksualnych [136].

Picie alkoholu przez kobietę w okresie ciąży zwiększa ryzyko poronienia i porodu przedwczesnego oraz niskiej masy urodzeniowej dziecka. Przewlekłe spożywanie alkoholu podczas ciąży jest przyczyną alkoholowego zespołu płodowego FAS (ang. Fetal Alcohol Syndrome), który jest najcięższą postacią uszkodzenia ze spektrum FASD (ang. Fetal Alcohol Spectrum Disorder – Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych). Zespół FAS charakteryzuje się zaburzeniem wzrostu dziecka, opóźnieniem jego rozwoju, różnymi wadami twarzoczaszki (mała głowa, małe oczy, płaska twarz, zez rozbieżny), nadpobudliwością, opóźnionym rozwojem umysłowym (trudności z mową i pamięcią) oraz problemami ze słuchem i wzrokiem. Zespół ten występuje u około 10% dzieci kobiet nadużywających alkoholu w czasie ciąży. U dzieci z zespołem FAS częściej rejestruje się także zakażenia, m.in. zapalenia płuc, opon mózgowych czy zapalenie ucha środkowego. Uszkodzenia mózgu spowodowane alkoholem mogą wystąpić niekiedy już we wczesnym okresie dorastania dziecka, ale niekiedy też mogą się ujawniać dopiero w kolejnych etapach jego rozwoju, np. gdy będzie uczęszczało do szkoły – mogą się wówczas pojawić trudności w koncentracji, mówieniu [337], pisaniu, czytaniu, liczeniu i zapamiętywaniu. Mogą wówczas pojawić się problemy w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami i z dorosłymi, problemy w przestrzeganiu norm społecznych, w tym często w obszarze nadpobudliwości, co powoduje, że dzieciom z zaburzeniami FASD stawia się niekiedy początkowo inne diagnozy, np. autyzm, zespół Aspergera, czy ADHD, podczas gdy podobne problemy mogą mieć związek z piciem alkoholu przez matkę w okresie ciąży [12,38,178,259,379].

Alkoholowe zaburzenia płodowe (FASD) wynikające ze spożywania alkoholu przez matkę w czasie ciąży, są główną niegenetyczną przyczyną niepełnosprawności fizycznej i uszkodzenia mózgu u dzieci [110].

Jak wskazują niektórzy autorzy w pierwszym trymestrze najbardziej podatne na działanie alkoholu są ośrodkowy układ nerwowy, wzrok, słuch, nerki, wątroba i serce. W drugim trymestrze najbardziej narażony jest ośrodkowy układ nerwowy, a także mięśnie, skóra, układ hormonalny, układ kostny i zęby. Narażenie na działanie alkoholu w ostatnim okresie ciąży powoduje problemy z koncentracją, pamięcią krótkotrwałą, trudności z przyswajaniem nowych informacji oraz trudności z planowaniem i przewidywaniem skutków działań. W ostatnim trymestrze alkohol opóźnia również przyrost masy ciała i rozwój płuc u płodu, może również być przyczyną przedwczesnego porodu [102].

Rokowania u dziecka z FAS są różne, a istotnymi czynnikami wpływającymi na dalsze funkcjonowanie dziecka są wczesne rozpoznanie (do 6 roku życia), środowisko, w którym przebiega rozwój dziecka, podjęcie odpowiedniej terapii w zależności od możliwości chorego i rodziny, dostosowanie wymagań szkolnych oraz objęcie terapią całej rodziny [103].

Badania przeprowadzone w Polsce w latach 2010-2012 (N = 9051) dowodzą, że wśród ankietowanych kobiet aż 54,7% zadeklarowało, że spożywało alkohol w czasie ciąży, podczas gdy jedynie 45,3% zadeklarowało abstynencję. Ponad 35% kobiet spożywających alkohol w czasie ciąży spożywało go raz w miesiącu lub rzadziej. Prawie 6% z nich spożywało alkohol co najmniej 2 razy w miesiącu w czasie ciąży. Ponad 60% kobiet, które spożywały alkohol w czasie ciąży, spożyło mniej niż jedną standardową jednostkę alkoholu jednorazowo. Prawie 20% spożyło co najmniej jedną standardową jednostkę alkoholu jednorazowo. Pozwala to wysunąć wniosek, że aż ponad połowa kobiet spożywa alkohol w czasie ciąży i że zachowania te stanowią znaczne ryzyko dla płodu, zwłaszcza na najwcześniejszym etapie rozwoju [346]. Jeszcze inne badania przeprowadzone w Polsce (N = 100) dowodzą, że poziom wiedzy ankietowanych kobiet na temat spożywania alkoholu w ciąży jest niewystarczający, wydaje się więc, że istnieje pilna potrzeba prowadzenia systematycznej edukacji kobiet w okresie prokreacyjnym na temat szkodliwości alkoholu w okresie całej ciąży [379].

U części osób spożywających alkohol obserwuje się współwystępowanie uzależnienia od alkoholu razem z innymi zaburzeniami psychicznymi, czyli są to tzw. osoby z podwójnym rozpoznaniem. O podwójnym rozpoznaniu mówi się wtedy, gdy u pacjenta z zaburzeniem psychicznym współwystępuje problem używania lub uzależnienia od

substancji psychoaktywnej, w tym alkoholu. Pacjenci z takim rozpoznaniem częściej niż reszta populacji cierpią na schorzenia somatyczne, mają też trudności w relacjach rodzinnych, skarżą się na problemy finansowe, popadają w konflikty z prawem i przyjmuje się, że stanowią 10-20% osób bezdomnych. Ocenia się, że grupa chorych z podwójnym rozpoznaniem jest niezwykle heterogenna – współwystępujące zaburzenia łączą się ze sobą i pojawiają w rozmaitej współzależności i na różnych etapach [142]:

- pierwotnie występujące zaburzenia psychiczne mogą sprzyjać nadmiernemu picciu i rozwojowi uzależnienia od alkoholu,
- używanie szkodliwe bądź uzależnienie od alkoholu mogą być czynnikiem ryzyka pojawienia się innych zaburzeń psychicznych,
- picie alkoholu może być metodą „samoleczenia” objawów współwystępujących zaburzeń psychicznych, prowadzącą do używania szkodliwego, a w konsekwencji, nierzadko, do uzależnienia,
- alkoholowe zespoły abstynencyjne mogą sprzyjać ujawnieniu się innych zaburzeń psychicznych,
- uzależnienie i inne choroby psychiczne mogą pojawiać się niezależnie.

Ponadto, zauważono, że osoby cechujące się bardzo dużą impulsywnością – na przykład ze zdiagnozowanym ADHD lub zaburzeniem kontroli impulsów – mogą być bardziej narażone na nadużywanie alkoholu. Na podstawie wyników badań sugeruje się, że prawdopodobieństwo popadnięcia w alkoholizm jest wśród dorosłych osób z ADHD 5-10 razy większe niż w populacji ogólnej. Dodatkowo także, wiele osób z bulimią nadużywa alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Zauważa się – na przykładzie jednego badania – że połowa chorujących na bulimię zmagала się również z alkoholizmem [216].

Warto też zasygnalizować o jednej z form zaburzenia odżywiania się połączonym z uzależnieniem od alkoholu – drunkoreksji. Polega ona na ograniczaniu ilości spożywanej żywności, tak aby móc spożyć więcej alkoholu bez przybierania na wadze. Obecnie drunkoreksja nie jest uwzględniona w klasyfikacji DSM-IV oraz ICD-10. Diagnostyka tego zaburzenia wymaga szczegółowego odróżnienia go od innych zaburzeń odżywiania, także alkoholizmu. Aktualna diagnostyka obejmuje następujące cechy, tj. uzależnienie od alkoholu, świadomie ograniczana podaż pokarmu połączona z wieczornym upijaniem się alkoholem, negatywny obraz własnego ciała wyznaczany przez masę ciała oraz spadek masy ciała poniżej norm charakterystycznych dla populacji. Przypuszcza się, że na rozwój

drunkoreksji mogą mieć wpływ następujące czynniki: biologiczny (predyspozycje do zaburzeń odżywiania i uzależnienia od alkoholu), indywidualny (negatywny obraz własnego ciała, niska samoocena, obraz ciała kreowany poprzez pryzmat masy ciała, wczesne urazy z dzieciństwa, ból emocjonalny) oraz sytuacyjny (zmiana dotychczasowego stylu nauki, nowa grupa rówieśnicza — środowisko akademickie, opuszczenie domu rodzinnego — mniejsza kontrola rodziców i większa swoboda w decydowaniu). Jak się wskazuje w literaturze drunkoreksja może prowadzić do poważnych różnych problemów zdrowotnych, zwłaszcza w aspekcie uszkodzenia mózgu i innych narządów wewnętrznych, powikłań sercowo-naczyniowych, zaburzeń układu pokarmowego, układu wydzielania wewnętrznego, krwiotwórczego, chorób kości (m.in. osteopenii) oraz alkoholizmu. Leczenie drunkoreksji jest wielowymiarowe i obejmuje terapię zaburzeń odżywiania i uzależnienia od alkoholu [125].

Szacuje się, że młodzi ludzie w wieku 10-24 lat stanowią około 27% światowej populacji. Ocenia się także, że obciążenie chorobami powstałymi w okresie adolescencji jest bardzo różne, jednak może ono wynikać m.in. ze stosowania substancji psychoaktywnych (w tym picia alkoholu i palenia papierosów) [89], których zażywanie w okresie dorastania w różnych krajach z dekady na dekadę jest niekiedy coraz większe.

Jednym z istotnych problemów współczesnych społeczeństw są uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Jak dowodzą badania stosunek ludzi do tego zjawiska jest bardzo zróżnicowany, tj. niektóre uzależnienia są traktowane jako wyłącznie osobisty problem człowieka, mimo że są niebezpieczne zarówno dla niego samego, ale i dla społeczeństwa [109].

Jakie są objawy mogące świadczyć o fakcie, że picie alkoholu staje się niebezpieczne – dochodzi do zmiany wzorca picia, co może sugerować narastające zagrożenie uzależnieniem?

Objawy wskazujące na fakt, że picie alkoholu staje się niebezpieczne [231]:

- zwiększa się ilość i częstotliwość spożywania alkoholu,
- zwiększa się tolerancja alkoholu, tzn. trzeba wypić więcej niż poprzednio, aby uzyskać oczekiwany efekt psychoaktywny,
- częściej dochodzi do stanów upojenia alkoholowego,
- spożywanie alkoholu przynosi osobie pijącej duże, wyraźnie odczuwane korzyści psychologiczne,
- zmienia się rola alkoholu w życiu (staje się on lekarstwem na problemy: stres, smutek, samotność, lęk, bezsenność),

- alkohol staje się coraz ważniejszy: narasta koncentracja na sytuacjach związanych z piciem, oczekiwanie na moment picia, celebrowanie sytuacji picia, pojawia się niepokój w przypadku niemożności napicia się,
- dochodzi do picia alkoholu w sytuacjach, które zdecydowanie wymagają abstynencji,
- używanie alkoholu staje się sposobem usuwania przykrych dolegliwości kaca (klinowanie),
- pojawiają się trudności z przypomnieniem sobie, co się działo poprzedniego dnia w sytuacjach związanych z piciem (palimpsesty, czyli „urwane filmy”),
- picie alkoholu jest kontynuowane mimo coraz poważniejszych negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych,
- otoczenie sygnalizuje zaniepokojenie piciem i próbuje skłonić osobę pijącą do ograniczenia ilości oraz częstości spożywania alkoholu.

Według Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Health Related Problems – 10th) wprowadzono termin „uzależnienie” jako „stan psychiczny”, a czasem również „fizyczny”, spowodowany przez interakcję żywego organizmu z substancją chemiczną, charakteryzujący się specyficznymi reakcjami, które zawsze obejmują wewnętrzny przymus do zażywania tej substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia efektów psychicznych, a czasem w celu uniknięcia przykrości wynikającej z braku tej substancji – tolerancja na te substancje może, ale nie musi występować w obrębie tego stanu [360].

Używanie środków psychoaktywnych, w tym picie alkoholu, może odbywać się według kilku wzorów, które różnią się poziomem szkodliwości, tj. [199]:

- używanie eksperymentalne – to używanie jednorazowe, motywowane głównie ciekawością użycia danej substancji. Osoba może poprzestać na pierwszym – jednorazowym spożyciu danej substancji, zwłaszcza jeżeli doświadczenie było dla niej niekomfortowe, niemiłe, generowało określony lęk lub osoba ta odebrała je jako neutralne, ale jednak doświadczenie to było mało satysfakcjonujące,
- używanie okazjonalne – używanie danej substancji sporadycznie, głównie w kontekście społecznym, rówieśniczym, towarzyskim.
- używanie rekreacyjne – model zażywania dla przyjemności. Wzór ten może niekiedy współwystępować z używaniem okazjonalnym, ale może się też wiązać ze zwiększeniem częstotliwości używania, ale tylko do takiego poziomu, w którym użytkownik zachowuje kontrolę nad używaniem, nie wpływa ono znacząco na jego codzienne funkcjonowanie, nie powoduje wypadania z ról społecznych czy –

w przypadku nastolatka – pojawienia się problemów szkolnych, zaniedbywania obowiązków domowych, rezygnacji z dotychczasowych zainteresowań lub powoduje te problemy w nieznacznym stopniu.

- używanie szkodliwe – przyjmowanie substancji psychoaktywnej w sposób, który generuje negatywne konsekwencje dla osoby przyjmującej, tj. mogą wystąpić różne problemy ze zdrowiem oraz z przestrzeganiem norm prawnych. Może dochodzić do kilkudniowych ciągów i mogą wystąpić zachowania, których osoba następnie żałuje, kiedy ustaje działanie substancji, mogą także pojawić się tzw. luki w pamięci.

Wyróżnia się także uzależnienie fizyczne i psychiczne. Uzależnienie fizyczne jest konsekwencją zmian organicznych powstałych na skutek długotrwałego oddziaływania środków odurzających na procesy metaboliczne ustroju, w wyniku czego powstaje tzw. przyzwyczajenie komórkowe, w przypadku którego z czasem, niekiedy nawet krótkotrwały brak środka może powodować różne zaburzenia somatyczne. W wyniku przyjmowania określonej substancji psychoaktywnej powstaje także wzrost tolerancji na daną substancję, co jest skutkiem stopniowego przyzwyczajania organizmu do działania przyjmowanego środka. Substancje psychoaktywne, w tym alkohol, może wywołać określone doznania psychiczne, tj. pobudzenie, czy odprężenie. Z czasem jednak powstaje także zależność psychiczna, tj. bardzo silne, nie dające się opanować pragnienie zażywania środka psychoaktywnego, doprowadzające z czasem do przymusu przyjmowania substancji psychoaktywnej [165]. Wyróżnia się także uzależnienie społeczne, o którym mówi się wtedy, kiedy środek psychoaktywny, staje się wyznacznikiem (powodem / motywem) kontaktu z drugą osobą / z grupą osób i jest wyrazem łączącym określoną wspólnotę osób [147].

Używanie różnych substancji psychoaktywnych w okresie dojrzewania oraz wczesnej dorosłości może nieść za sobą różne poważne konsekwencje zdrowotne – część badań sugeruje, że wczesny (12-14 lat) i późny (15-17 lat) okres dojrzewania jest krytycznym okresem ryzyka dla rozpoczęcia używania substancji psychoaktywnych, a szczyt używania tych substancji może przypadać w wieku 18-25 lat [291].

Częste przyjmowanie substancji psychoaktywnych (w tym picie alkoholu, palenie papierosów, przyjmowanie narkotyków i innych) jest czynnikiem ryzyka większej zachorowalności i śmiertelności, szczególnie wśród nastolatków i młodych dorosłych. Problem ten ilustruje badanie populacyjne przeprowadzone w Finlandii w okresie 3 lat (2006 r.-2009 r.) na dużej populacji osób zmarłych (N ogółem = 19 939, w tym nastolatkowie i młodzi dorośli, tj. 15-34-latkowie N = 1 623), które dotyczyło rozpowszechniania

używania nikotyny, alkoholu oraz narkotyków (informacje z bazy danych toksykologii postmortem) oraz przyczyny samego zgonu. Jak wynika z tego badania używanie nikotyny było częstsze u młodych dorosłych (75%) niż we wszystkich przypadkach w bazie danych (55%). Wśród użytkowników nikotyny było dwukrotnie więcej przypadków z pozytywnym wynikiem na obecność etanolu (60%) niż wśród osób nieużywających nikotyny (30%). Używanie nikotyny było powszechne (70%-79%) wśród osób przyjmujących leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, przeciwlękowe i/lub nasenne i uspokajające. Odsetek użytkowników nikotyny był również wysoki wśród przypadków z pozytywnym wynikiem na obecność narkotyków (85%). Używanie nikotyny było zatem związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych i chorobami psychicznymi wymagającymi farmakoterapii. Dowiedziono, że w grupie użytkowników nikotyny było mniej zgonów sklasyfikowanych jako naturalne. U młodych dorosłych użytkowników nikotyny alkohol był obecny we krwi dwa razy częściej (60%) niż u osób nieużywających nikotyny (30%). Wykazano, że palenie tytoniu i używanie alkoholu mają tendencję do łączenia się u tych samych użytkowników. Jak konkludują autorzy tego badania spożywanie alkoholu dwa razy częściej u użytkowników nikotyny można częściowo wyjaśnić faktem, że niektórzy użytkownicy nikotyny codziennie mają tendencję do częstszego palenia podczas spożywania właśnie alkoholu. Ponadto, biorąc pod uwagę wysokie współwystępowanie alkoholu, narkotyków i zapotrzebowania na leki psychotropowe wśród młodych użytkowników nikotyny, nie jest zaskakujące, że częściej stają oni w obliczu nagłej i niespodziewanej śmierci niż użytkownicy nieużywający nikotyny [166].

### 1.3. Skutki społeczne palenia papierosów i picia alkoholu

Utrata kontroli nad ilością i częstotliwością spożywania alkoholu i palenia papierosów niesie ze sobą konsekwencje nie tylko zdrowotne, ale również społeczne, wpływając na życie zawodowe i rodzinne skracając tym samym długość życia i pogarszając jego jakość. Skutki społeczne przewlekłego nadużywania alkoholu są wielorakie i dotyczą izolacji społecznej, utraty pracy bądź trudności w jej utrzymaniu, co wpływa na status społeczno-ekonomiczny najczęściej całej rodziny. Wypadki drogowe, urazy, przemoc w rodzinie, przestępstwa i agresja także mają niekiedy związek ze stosowaniem substancji psychoaktywnych, w tym zwłaszcza picia alkoholu.

Spożywanie alkoholu ma wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa konfliktu z prawem – najczęściej są to przestępstwa przeciwko mieniu, życiu oraz zdrowiu w postaci popełnianych pod wpływem alkoholu rabunku, napaści na drugą osobę, napaści na tle seksualnym, przemoc ze strony partnera, znęcanie się na dziećmi i żoną (rodziną), prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości, przyjmowanie jednocześnie narkotyków i alkoholu, zabójstwo. Osoby pod wpływem alkoholu często są bardziej agresywne, a ich zachowanie samo w sobie jest bardziej prowokujące do bójek i zaczepek. Niektóre z tych przestępstw jest popełniane pod wpływem alkoholu już przez osoby nieletnie. Ponadto, gorszą sytuację rodzinną, zdrowotną oraz materialną już ponad 30 lat temu zaobserwowano u nieletnich sprawców, którzy popełniali przestępstwa pod wpływem alkoholu [153,154,226]. Jak dowodzą inne badania przeprowadzone wśród skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w jednostkach penitencjarnych (na przykładzie Białegostoku) wynika, że wśród skazanych eksponowanych na alkoholizm, odsetek popełniania przestępstw był znacząco wyższy w porównaniu do tych, którzy nie nadużywali alkoholu, co dowodzi faktu, że częstotliwość spożywania alkoholu jest pozytywnie skorelowana z przestępczością. Analizując związki alkoholizmu z przestępczością należy również zwrócić uwagę na fakt, że osoby nietrzeźwe nierzadko stają się ofiarami przestępstw. Alkohol postrzegany jest wtedy jako czynnik wiktymogeny, mający fundamentalne znaczenie przy wyborze ofiary. Do takich sytuacji dochodzi szczególnie w przypadku przestępstw agresywnych i z użyciem przemocy [155]. Zwraca się uwagę, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni będący pod wpływem alkoholu są częściej narażeni na stanie się ofiarą przestępstwa z uwagi na fakt, iż mają ograniczoną zdolność oceny sytuacji, przez co są mniej świadomi potencjalnych zagrożeń oraz mniej zdolni do obronienia się lub ucieczki w razie ataku [216].

Spożywanie alkoholu sprzyja doprowadzeniu do stanu tzw. wykojenia społecznego. Objawami tzw. wykojenia społecznego, określanego jako pozostawanie w stałym lub przejściowym konflikcie z normami społecznymi jest nie tylko alkoholizm i narkomania, ale również włóczęgostwo czy prostytutka, które niekiedy także są pośrednio związane z nałogiem alkoholowym. Osoby pozostające pod wpływem alkoholu mają tendencję do zachowań autodestrukcyjnych stwarzając sytuacje zagrożenia życia, zdrowia i zaniedbania własnego bezpieczeństwa, stają się bardziej skłonne do podejmowania prób samobójczych używając przy tym skuteczniejszych metod oraz manifestują ryzykowne, niebezpieczne działania doprowadzające do konfliktu z prawem [321]. Współistnienie uzależnienia od alkoholu zwiększa dodatkowo ryzyko samobójczej śmierci

u pacjentów z depresją. Osoby uzależnione od alkoholu są bowiem obciążone 60-120 razy większym ryzykiem popełnienia samobójstwa niż osoby, u których nie stwierdza się żadnych zaburzeń psychicznych. Zagrożenie samobójczą śmiercią w populacji uzależnionych od alkoholu jest szacowane na 7% do 18%, co oznacza wysokie ryzyko. Ponadto – jak wynika ze statystyk – niemal co czwarta osoba uzależniona od alkoholu przynajmniej raz w życiu podejmuje próbę samobójczą. Jednocześnie wiadomo, że wśród uzależnionych od alkoholu, którzy zginęli śmiercią samobójczą, kryteria depresji spełniało przed odebraniem sobie życia aż 45-70% osób [345].

Jak wskazują badania, większość młodych osób, które pomimo iż w okresie adolescencji stosowały używki w postaci palenia papierosów, picia alkoholu lub podejmowały próby eksperymentowania z narkotykami, to w okresie dorosłości nie stają się problemowymi użytkownikami tych substancji. Jednak część młodzieży, tj. młodzież pozostająca pod opieką instytucjonalną, mająca problemy w nauce, problemy z prawem, trudności w pełnieniu ról społecznych oraz dorastająca w środowisku zarówno rodzinnym, jak i sąsiednim obciążonym wieloma czynnikami ryzyka, należy do grupy szczególnie podatnej na możliwość pojawienia się takich problemów w przyszłości [246].

Istotny problem społeczny stanowią również osoby pracujące, które wykonują swoją pracę pod wpływem substancji psychoaktywnych w miejscu pracy, stając się jednocześnie zagrożeniem dla siebie i współpracowników – praca pod wpływem substancji psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu i/lub narkotyku zwiększa ryzyko doznania ciężkiego urazu lub zgonu na skutek nieprzestrzegania zasad higieny i bezpieczeństwa pracy. Uzależnienia prowadzą również do spadku wydajności, efektywności i jakości pracy osób nadużywających alkoholu [63]. U osób pracujących pod wpływem alkoholu obserwuje się problemy z pamięcią, sprawnością psychomotoryczną, zaburzenia koncentracji, zmienność nastrojów i zachowania, nasilają się także konflikty pomiędzy współpracownikami, klientami i kadrą zarządzającą. Agresja, nadaktywność, absencje chorobowe, nadplanowe dni wolne i spóźnienia wpływają na skrócenie czasu pracy, a także inicjują konflikty z przełożonymi, co może skutkować różnymi karami porządkowymi i/lub zwolnieniami z pracy [59,80]. Problemy z pracownikami po wpływie alkoholu w miejscu pracy występują w bardzo różnych branżach i u osób wykonujących różne zawody. Potencjalne zagrożenie występuje u pracowników fizycznych (np. w branży budowlanej, czy u kierowców autobusów), ale także u lekarzy lub prawników. Niektóre jednak miejsca pracy z uwagi na bardziej niebezpieczny charakter wykonywanych czynności są bardziej niebezpieczne – zagrożenie wypadkowością jest wyższe, a wypadki statystycznie zdarzają

się tam częściej. W przypadku zdarzeń drogowych pod wpływem alkoholu mogą być one dokonywane przez osoby nietrzeźwe – kierowcy pojazdów, ale z drugiej strony często w stanie nietrzeźwości są także piesi, których nieodpowiedzialne zachowanie (np. nagłe wtargnięcie na jezdnię) doprowadza do wypadku na drodze [281].

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych może również silnie modyfikować stałe modele i wzory zachowań seksualnych człowieka [180]. Z brytyjskich analiz przeprowadzonych w latach 2016-2017 na terenie Anglii i Walii wynika, że aż 40% przypadków przemocy (w tym także przemocy seksualnej) spowodowana była przez sprawców, którzy zdaniem ofiar znajdowali się pod wpływem alkoholu. Podkreślenia wymaga tu fakt, iż z wyników analiz londyńskich laboratoriów toksykologicznych wynika, że napoje alkoholowe, często w dużych ilościach miały związek aż z 46% gwałtów, zaś w 1/3 były to także nielegalne substancje psychoaktywne, natomiast środki o działaniu uspokajającym i nasennym wykryto w zaledwie 2% przypadków [216]. Ponadto, jak wynika z badań przeprowadzonych przez M. Łukaszyk [projekty realizowane wśród osiemnastoletnich wychowanków Ochotniczych Hufców Pracy (N = 563) oraz więźniów (N = 485); zastosowano metodę sondażu diagnostycznego], że przyjmowanie substancji psychoaktywnych koreluje z wczesną inicjacją seksualną nastolatków, większą liczbą partnerów seksualnych, wyższym odsetkiem osób podejmujących ryzykowne kontakty seksualne – świadczenie usług seksualnych, przypadkowe kontakty seksualne, kontakty seksualne z wieloma partnerami, a także kontakty seksualne bez zabezpieczenia (zarówno przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, jak i nieplanowaną ciążą) [180].

Po spożyciu alkoholu pogorszeniu ulega zdolność do racjonalnej oceny sytuacji, w wyniku czego dochodzi do celowych oraz niezamierzonych ostrych zatruć alkoholem. Objawy zatrucia substancjami psychoaktywnymi uzależnione są od rodzaju oraz dawki substancji i mogą objawiać się nietypowo i niejednoznacznie zwłaszcza po jednoczasowym przyjęciu różnych środków psychoaktywnych. Ostre zatrucia substancjami psychoaktywnymi dotyczą osób w różnym wieku i nie należy ich wykluczać nawet u małych dzieci, gdyż powodem zatrucia może być przypadkowe i niecelowe przyjęcie substancji psychoaktywnych dostępnych i niezabezpieczonych przed dziećmi [58,60,76].

Zwraca się uwagę, że rozpowszechnienie i ogólne przyzwolenie na spożywanie alkoholu w Polsce doprowadziło do tego, że picie alkoholu przez starszych nastolatków i wczesna inicjacja nie budzi na ogół obaw, sprzeciwu, zgorszenia czy zdziwienia. Alkohol spożywa się z okazji różnych świąt, czy innych spotkań – alkohol pije się z okazji uczczenia awansu, urodzin, zdania egzaminów, itp. Kultura picia i obecnego przyzwolenia na

spożywanie alkoholu doprowadziła do tego, że wiele środowisk traktuje picie i/lub nadużywanie alkoholu jako czynność naturalną. W konsekwencji powstała duża akceptacja społeczna na spożywanie alkoholu, również tam, gdzie jest to groźne lub zakazane formalnie, np. w miejscu pracy lub w okresie ciąży. Istnieje również zwłaszcza wśród młodzieży zwyczaj agresywnego przymuszania do picia alkoholu, jako sprawdzenia wzajemnego zaufania czy przyjaźni [157].

Ponadto, alkohol bardzo często doprowadza do powstania rodziny dysfunkcyjnej i niekiedy jej rozpadu. Istnieje opinia, iż alkoholizm jest chorobą, która dotyczy całej rodziny i wszyscy jej członkowie odczuwają boleśnie efekty uzależnienia osoby pijącej. Alkoholizm w rodzinie wpływa na degradację życia uczuciowego, powstanie poczucia winy, naruszanie podstawowych praw człowieka, brak oparcia i wzajemnej pomocy, utratę kontaktu i zrozumienia oraz na izolację od świata zewnętrznego stając się źródłem problemów finansowych pogarszając warunki bytowe wszystkich członków rodziny [157,281]. Ponadto, dysfunkcje w rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym mogą negatywnie wpływać na rozwój dzieci. Szczególnie ważny i trudny jest temat przemocy stosowanej wobec dzieci dorastających w takich rodzinach – doświadczają one nie tylko agresji fizycznej, ale również oszukiwania, niesprawiedliwego traktowania przez rodziców, czy krytycyzmu. Dzieci żyjące w rodzinach alkoholowych znacznie częściej niż dzieci pochodzące z innych rodzin są również świadkami i ofiarami przemocy intelektualnej, emocjonalnej, fizycznej i nadużyć seksualnych [200]. W fizycznym krzywdzeniu dzieci w rodzinach alkoholowych można dostrzec dwie odmiany, tj. pierwszą jest dotkliwe karanie, gdyż zadawanie bólu często jest zniekształcane i usprawiedliwiane przez różnego typu racjonalizacje; druga, która z reguły nie ma nic wspólnego z dzieckiem, jest natomiast wynikiem agresji rodziców w celu rozładowania negatywnych i agresywnych uczuć, które są rezultatem problemów bytowych, zawodowych czy też problemów w małżeństwie, itp. [132]. Zauważa się również, że w rodzinach z problemami alkoholowymi, w relacjach pomiędzy poszczególnymi jej członkami, brakuje wzajemności, rozumianej jako obustronne wspieranie się, dawanie sobie oparcia, uwagi, podtrzymywania w trudnych chwilach, co może skutkować utratą zaufania do ludzi, poczuciem bezwartościowości oraz powodować uczucie krzywdy. Wówczas zainteresowanie dzieckiem i jego sprawami jest niewielkie, co powoduje silną deprivację różnych potrzeb dziecka. Cechą rodziców uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu jest brak właściwie wyważonej odpowiedzialności za dziecko i za rodzinę w całości [341].

Nadużywanie alkoholu zaburza proces racjonalnego myślenia i funkcjonowania, na drugi plan spychane są osoby najbliższe i relacje z nimi. Bardzo często mają miejsce niebezpieczne sytuacje pozostawiania bez opieki dzieci przez opiekunów znajdujących się pod wpływem alkoholu, co może przyczyniać się do poparzeń dzieci, wypadnięć dzieci z okien i innych urazów. Zła kondycja finansowa w rodzinie, co niekiedy towarzyszy problemowi alkoholizmu, doprowadza w konsekwencji do biedy, załamania, powstania uczucia bezsilności i frustracji, co może w efekcie doprowadzić do dalszego nadużywania alkoholu i nasilenia się ubóstwa [157]. Kryzys w rodzinie, w której przyczyną rozłamu jest alkoholizm jednego z jej członków, wymaga usankcjonowania przez państwo stosownych rozwiązań prawnych. W literaturze podkreśla się, że dziecko dorastające w domu, w którym alkohol występuje w roli pierwszoplanowej, ma ograniczony rozwój, co będzie negatywnie wpływać na jego osobowość. Tam, gdzie jednocześnie nadużywanie alkoholu łączy się z agresją lub niewypełnianiem obowiązków rodzinnych, następuje proces, który zakończyć się może całkowitym rozbiciem rodziny lub też życiem pod jednym dachem osób sobie bliskich tylko w teorii [234].

Niewątpliwie problem stanowi również uzależnienie dziecka – rodzice ponoszą wówczas biograficzne koszty wywołane przez uzależnienie od alkoholu ich dorosłego potomka. Uwidaczniają się one jako obniżenie poczucia własnej wartości rodziców, uczucie winy i wstydu za uzależnienie swojego dziecka oraz poczucie popełnienia znaczących błędów wychowawczych. Zachowanie i niedojrzałość uzależnionego dorosłego już dziecka oraz presja społeczna powodują, że rodzice ukrywają problem, otaczają dziecko niekiedy nadmierną troską, wyręczają je z obowiązków i ochraniają przed skutkami ich postępowania, stając się ostatecznie „wspólnikami”, co doprowadza w rezultacie do braku zmian [207]. Jak wynika z badania przeprowadzonego wśród studentów ( $N = 401$ ), którzy mieszkali przynajmniej z jednym rodzicem nadużywającym alkoholu przed ukończeniem 16. roku życia, w porównaniu z tymi, którzy nie mieszkali z rodzicami nadużywającymi alkoholu wskazano, że młodzi dorośli, którzy wychowali się w domach w których rodzic/rodzice nadużywali alkoholu zgłaszali bardziej unikające i lękowe postawy oraz zachowania w romantycznych związkach [134]. W jeszcze kolejnym badaniu, w którym zbadano grupę młodych dorosłych dzieci ojców alkoholików ( $N = 87$ ) i porównano z podobną socjodemograficznie grupą młodych dorosłych, których rodzice nie byli alkoholikami ( $N = 106$ ) respondenci, których ojcowie byli alkoholikami, opisywali bardziej negatywny klimat panujący w rodzinie oraz wyższy poziom konfliktów oraz niższy poziom spójności i ekspresji. Dorosłe dzieci alkoholików bardziej negatywnie oceniały relacje ze

swoimi ojcami alkoholikami. Wykazano również, że córki ojców alkoholików potwierdzały więcej negatywnych relacji ze swoimi ojcami w zakresie wyrażania uczuć, odgrywania ról i kontroli niż synowie [322]. Niektórzy nastolatki, zwłaszcza synowie mężczyzn alkoholików wydają się dziedziczyć skłonność do alkoholu, ich mózgi cechują się niskim uwrażliwieniem na tę substancję. Sprawia to, że już przy pierwszym spożyciu alkoholu osoby te są w stanie wypić większe ilości alkoholu niż inni. W ich przypadku występuje tak zwana wrodzona tolerancja na alkohol [216]. Potwierdziło to również badanie przeprowadzone na grupie potomków alkoholików ( $N = 76$ ) i potomstwa rodziców nie pijących ( $N = 68$ ), którego wyniki wykazały, że dzieci ojców nadużywających alkoholu były bardziej „narażone” na problematyczne picie, a zwłaszcza mężczyźni [220].

Warto zwrócić uwagę, że w badaniach kohortowych [dorośli w wieku 50-104 lat ( $N = 32\,033$ ) przeprowadzonych w 14 krajach europejskich] dotyczących starzenia się organizmu analizowano wpływ różnych elementów stylu życia, tj. palenie papierosów, picie alkoholu, aktywność fizyczna oraz kontakty społeczne na spadek zdolności intelektualnych u osób, które wyjściowo nie miały zaburzeń poznawczych. Wykazano, że u osób, które paliły papierosy proces pogarszania się funkcji poznawczych był najszybszy. Zatem w celu utrzymania sprawności poznawczej u osób w podeszłym wieku najważniejsze jest w tym kontekście niepalenie papierosów. Wyniki pokazują, że palenie papierosów wywołuje u części palaczy dalekosiężne skutki zdrowotne, które rzutują w późniejszym okresie na zdolności poznawcze, co w rezultacie będzie skutkowało koniecznością sprawowania systematycznej opieki nad tymi osobami w skutek ograniczonej prawidłowej oceny środowiska domowego i zewnętrznego, a w rezultacie wchodzenia z nimi w interakcje [25].

Ciekawe spostrzeżenie dostarcza badanie przeprowadzone na pacjentach po 60. roku życia ( $N = 100$ ), w którym wykazano, że stopień uzależnienia od nikotyny zmniejsza się wraz z wiekiem, a źródło utrzymania jest silnym predyktorem palenia tytoniu. W badaniu tym wykazano, że największy odsetek osób palących stanowiły osoby aktywne zawodowo (67%) i że odsetek ten znacznie się zmniejsza u osób, których dochód stanowi jedynie emerytura (17%). Okres starzenia związany jest więc z częściową zmianą ról społecznych, w tym najczęściej z pogorszeniem sytuacji ekonomicznej i skutkuje obniżeniem standardów życia. Wynika zatem z tego, że palenie papierosów może być znacznie ograniczone / zmniejszone pod wpływem ograniczonych zasobów finansowych. Z drugiej zaś strony w badaniu wykazano również, że większe predyspozycje do spożywania alkoholu mają głównie osoby samotne, owdowiałe, chore i z poczuciem odrzucenia przez społeczeństwo niż osoby pozostające w związkach małżeńskich, co pokazuje, że osoby te nadal piją

alkohol, pomimo tego, że są chore, samotne i mają ograniczony budżet [260]. W kolejnym badaniu, w którym widać wpływ palenia papierosów na zdrowie psychospołeczne [osoby po 50 roku życia (N = 8780); badanie przeprowadzone w Anglii obejmujące 12-letni okres obserwacji ogólnokrajowej] przeanalizowano powiązania pomiędzy deklarowanym przez pacjentów statusem palacza na początku badania, a późniejszą izolacją społeczną i samotnością. Nie znaleziono żadnych dowodów na poparcie tezy, że palenie może być prospołeczne, a wręcz przeciwnie, palacze mieli wyższy poziom izolacji społecznej i samotności, mniejszy kontakt z przyjaciółmi i członkami rodziny poza gospodarstwem domowym niż osoby niepalące. Uzyskane wyniki wskazują, że palenie może nie tylko przyczyniać się do złego stanu zdrowia i przedwczesnej śmiertelności poprzez dobrze znany bezpośredni i pośredni wpływ tytoniu na zdrowie, ale także poprzez zaostrzanie wpływu czynników społecznych na zachorowalność i śmiertelność. Ludzie zatem mogą być mniej entuzjastycznie nastawieni do życia z palaczem, a osoby palące mogą być bardziej skłonne palić, jeśli mieszkają same. Badanie to dowodzi, że palenie prowadzi do wzrostu izolacji społecznej i samotności u osób starszych i jest potencjalnie szkodliwe dla aspektów zdrowia psychospołecznego [240].

Palenie papierosów i picie alkoholu są niezależnie od siebie działającymi na organizm substancjami psychoaktywnymi, jednak jak pokazują obserwacje i różne badania wpływ tych dwóch substancji na organizm może wywierać wpływ synergistyczny. Wiele osób, które jednocześnie pali papierosy i pije alkohol uświadamia sobie fakt, że odkąd rozpoczęły palenie papierosów podczas spożywania alkoholu, mają trudności z używaniem jednej substancji bez drugiej. Może to być wynikiem tego, że nikotyna nasila wpływ alkoholu na układ dopaminergiczny oraz mieć związek z odhamowującym działaniem alkoholu, który zmniejsza siłę woli powstrzymującą przed sięganiem po papierosy [216]. Sytuacja ta pokazuje fakt, że niektórzy uzależnieni od palenia papierosów z czasem sięgają także często po alkohol w celu osiągnięcia pożądanego stanu patofizjologicznego. Trzeba też dodać, że zarówno palenie papierosów, jak i picie alkoholu wpływa na skrócenie długości i jakości życia – im dłużej i z większą intensywnością sięga się po tego typu używki, tym bardziej wpływają one na zdrowie, długość i jakość życia, a szkody spowodowane przez palenie papierosów wydają się kumulować. Na całym świecie w 2019 roku palenie tytoniu odpowiadało za 7,69 mln zgonów i 200 mln lat życia skorygowanych niepełnosprawnością i było głównym czynnikiem ryzyka zgonu wśród mężczyzn (20,2% zgonów mężczyzn ogółem) [84]. Badania prowadzone pod kątem śmiertelności uczestników

National Health Interview Survey również wykazały wyższe ryzyko śmiertelności zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, którzy regularnie wypijali duże ilości alkoholu [277].

Zauważa się, że nadużywanie alkoholu skutkuje ponoszeniem przez różne kraje ogromnych kosztów społeczno-ekonomicznych. W raporcie przedstawionym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Polsce wśród takich kosztów wymienia się przede wszystkim wzrost śmiertelności, a także skrócony okres życia. W Raporcie wskazano, że w latach 2002-2017 odnotowano ponad 220 tys. zgonów spowodowanych przez alkohol, a z przedstawionych danych wynika, że śmierć poniosło więcej kobiet, aniżeli mężczyzn. Jako główne przyczyny umieralności wywołanej nadużywaniem alkoholu wskazano alkoholowe uszkodzenie wątroby, zapalenie trzustki, wypadki i przemoc, samobójstwa, nowotwory oraz choroby serca. Na koszty społeczno-ekonomiczne składają się również te, związane z funkcjonowaniem wymiaru sprawiedliwości, czyli służb mundurowych, sądów, prokuratorów, kuratorów sądowych, straży granicznej i służby celnej. Niebagatelne znaczenie mają również koszty wydatkowane na system ochrony zdrowia, w tym te, które są przeznaczane na leczenie, przeciwdziałanie problemom alkoholowym i funkcjonowanie izb wytrzeźwień [302]. Zwraca się też uwagę, że w przypadku palenia papierosów również należy wziąć pod uwagę wydatki ponoszone przez Państwo z tytułu nakładów finansowych na leczenie chorób odtytoniowych, rehabilitację, skrócenie długości i jakości życia, absencje chorobowe, koszty związane z przyznanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz koszty ponoszone z tytułu śmierci [206]. Trzeba też pamiętać, że całe społeczeństwo pokrywa również koszty związane z leczeniem uzależnienia od palenia tytoniu, które finansowane jest ze środków publicznych [215].

Z punktu widzenia epidemiologii i zdrowia publicznego ważną informacją jest fakt, że trzecią przyczyną zgonów możliwą do uniknięcia po paleniu czynnym i nadużywaniu alkoholu jest palenie bierne. Podaje się, że środowisko domowe jest głównym miejscem narażenia na dym tytoniowy, a liczba zgonów, których przyczyną jest ekspozycja na dym tytoniowy w miejscu zamieszkania jest 10-krotnie wyższa aniżeli ekspozycja na dym tytoniowy w miejscu pracy. Zatem zarówno dorośli, jak i dzieci ponoszą skutki zdrowotne biernego palenia. Szacuje się, że osoby codziennie przebywające w otoczeniu osób palących są narażone na większe o około 15% ryzyko zgonu niż osoby, które nie są ekspozowane na dym tytoniowy [378].

Na koniec należy zasygnalizować ważną kwestię. Skutki zdrowotne i społeczne palenia papierosów i picia alkoholu są wielorakie i częste, jednak z punktu widzenia każdego kraju wpływy ze sprzedaży tych produktów stanowią ważną część przychodów państwa.

Zwraca się uwagę, że koszty pośrednie, zwłaszcza te związane ze zdrowiem publicznym nie są kluczowym czynnikiem, który wpływa na kształtowanie polityki fiskalnej państwa. Wobec powyższego warto byłoby po raz kolejny na poziomie krajowym przeanalizować, czy wpływy do budżetu kraju w postaci podatków ze sprzedaży papierosów i alkoholu odpowiadają poziomowi ryzyka zdrowotnego i kosztów związanych z leczeniem różnych chorób związanych z używaniem tych substancji psychoaktywnych [69].

## II. DETERMINANTY INICJACJI PALENIA PAPIEROSÓW I PICIA ALKOHOLU PRZEZ MŁODZIEŻ

---

### 2.1. Środowiskowe i osobnicze przyczyny sięgania po papierosy i alkohol przez młodzież

Okres dojrzewania to krytyczna faza rozwojowa człowieka obejmująca znaczące zmiany fizyczne, psychiczne, emocjonalne, społeczne i behawioralne. Neurobiologiczne zmiany leżące u podstaw tych złożonych procesów rozwojowych mogą predysponować nastolatków do inicjowania używania substancji psychoaktywnych, do rozwoju zaburzeń związanych z używaniem tych substancji oraz do doświadczania potencjalnie poważnych i długotrwałych negatywnych skutków związanych z substancjami psychoaktywnymi [91]. Przyczyn sięgania po substancje psychoaktywne jest bardzo wiele [148], przy czym w literaturze wskazuje się także czynniki ryzyka usposabiające do przyjmowania substancji psychoaktywnych, tj. papierosy, alkohol, narkotyki, czy dopalacze.

W literaturze można spotkać wiele klasyfikacji czynników zwiększających ryzyko przyjmowania substancji psychoaktywnych przez dorosłych i/lub młodzież. Przykładowo, czynniki ryzyka mogą zostać zawarte w trzech głównych domenach, tj. czynniki indywidualne, rodzinne i społecznościowe. Do indywidualnych czynników ryzyka zalicza się m.in. wysoką impulsywność, buntowniczość, upośledzenie regulacji emocjonalnej, niski poziom religijności, spędzanie dużej ilości czasu przed ekranem komputera/smartfona, doświadczenie maltretowania lub negatywnego wychowania, współistniejące zaburzenia psychiczne (tj. problemy z zachowaniem i duże zaburzenie depresyjne), poprzednia ekspozycja na e-papierosy, uzależnienie behawioralne i wysoka postrzegana dostępność narkotyków. Do czynników ryzyka rodzinnego należą z kolei palenie papierosów przez matkę w okresie prenatalnym, niskie wykształcenie rodzicielskie, zaniedbywanie i słaby nadzór rodzicielski oraz obecność w rodzinie osób używających substancji psychoaktywnych. Do czynników ryzyka społecznego zalicza się przede wszystkim towarzystwo rówieśników, którzy używają substancji psychoaktywnych [210].

Czynniki sprawcze przyjmowania substancji psychoaktywnych można także podzielić na [349]:

- czynniki na poziomie osobistym – zdrowie fizyczne i psychiczne, rozwój neurologiczny,

- czynniki na poziomie mikro – funkcjonowanie rodziców i całej rodziny, wpływ szkoły i rówieśników,
- czynniki na poziomie makro – środowisko społeczno-ekonomiczne i fizyczne.

Inna klasyfikacja zakłada podział czynników ryzyka na czynniki o szerokim spektrum działania, tj. przebywanie w środowisku młodzieży, w którym używa się narkotyków, upijanie się znajomych dorosłych (sąsiedzi) w miejscu zamieszkania oraz częste spędzanie czasu poza domem. Do czynników o selektywnym działaniu zalicza się m.in. wczesny wiek inicjacji alkoholowej, posiadanie przekonań akceptujących przemoc, konflikty w domu z powodu picia alkoholu przez rodziców oraz doświadczanie różnych problemów psychicznych [122].

Większość badaczy problemu wpływu czynników ryzyka na rozpoczęcie zażywania substancji psychoaktywnych jest zdania, że wpływ tych czynników, tj. nasilenie ich działania, jest bardzo różne i zależy od wielu kontekstów, i dlatego też nie wszyscy młodzi ludzie są w takim samym stopniu narażeni na używanie substancji psychoaktywnych. Uważa się, że żaden pojedynczo występujący czynnik sprawczy nie wystarczy, aby doprowadzić do rozpoczęcia używania substancji psychoaktywnej.

Autorzy badań opartych na analizie indeksów ryzyka i ochrony w większości odwołują się do teorii odporności lub podatności na zażywanie danych substancji. W myśl tych koncepcji, podatność czy odporność to nie są stałe cechy jednostki, które można zaobserwować (zmierzyć) w dowolnym momencie, ale właściwości ujawniające się w sytuacji silnego lub długotrwałego stresu. Jest to o tyle istotne, że najciekawszym i prawdopodobnie mającym największe znaczenie praktyczne jest wynik będący efektem interakcji między indeksami czynników ryzyka i ochrony. Polega on na wyraźnym ograniczaniu u niektórych osób niekorzystnego działania czynników ryzyka przez czynniki chroniące, przy dużym natężeniu czynników ryzyka. Natomiast gdy poziom ryzyka jest niski, to działanie czynników chroniących nie ma większego znaczenia [222].

### **Środowiskowe przyczyny sięgania przez młodzież po substancje psychoaktywne**

Do czynników środowiskowych, które mogą mieć wpływ na zażywanie substancji psychoaktywnych zalicza się m.in. wczesne narażenie na traumatyczne wydarzenia życiowe, prenatalne narażenie na alkohol i inne narkotyki, brak nadzoru rodzicielskiego oraz używanie substancji psychoaktywnych przez rówieśników. Wykazano także, że współwystępujące niektóre choroby, w tym ADHD i depresja, znacznie zwiększają ryzyko spożywania alkoholu przez młodzież oraz później w wieku dorosłym [91].

Wśród czynników środowiskowych stanowiących ryzyko przyjmowania substancji psychoaktywnych duże znaczenie ma styl rodzicielstwa. Zauważa się, że autorytarny styl rodzicielski, tj. styl, w którym rodzice nie uwzględniają woli i potrzeb dziecka, a jedynie narzucają mu własne decyzje i polecenia, ma bardzo negatywny wpływ na nastolatków i sprawia, że są oni bardziej skłonni do używania substancji psychoaktywnych. Najwyższy poziom związku z używaniem substancji w okresie dojrzewania ma jednak zaniedbujący styl rodzicielski, ponieważ tacy rodzice nie kontrolują swoich dzieci i mogą nie być w stanie pomóc im, gdy tego potrzebują. Z drugiej natomiast strony, pobłażliwe rodzicielstwo jest także powiązane ze wzrostem używania substancji psychoaktywnych przez nastolatków – nastolatki, które dorastają w środowisku, w którym jest mało lub wcale nie ma dyscypliny, mają większą skłonność do używania substancji psychoaktywnych w ogóle, a także używają tych substancji w młodszym wieku i są one bardziej szkodliwe. Z kolei nastolatki wychowywane w zaniedbującym stylu rodzicielskim mają słabe zabezpieczenie finansowe oraz brak umiejętności radzenia sobie z codziennymi problemami i trudności w socjalizacji – dzieci te także częściej znajdują źródło pocieszenia w używaniu różnych substancji psychoaktywnych [289]. Podkreśla się, że to właśnie negatywny wpływ stylów wychowania przyczynia się często do stopniowego oddalania się nastolatków od środowiska rodzinnego i zmniejszenia jego roli oraz autorytetu [174].

Duże znaczenie, jako ważny czynnik ryzyka zwiększający prawdopodobieństwo picia przez młodzież alkoholu (a w niektórych przypadkach spożywania również innych substancji psychoaktywnych) jest nadużywanie alkoholu przez rodziców [282]. O tym problemie mówi wiele publikacji. Prospektywne badanie kohortowe przeprowadzone w Szwecji (N = 64 710) dowiodło, że najwyższe ryzyko picia alkoholu przez młodzież stwierdzono wśród potomstwa ojców z zaburzeniami związanymi z alkoholem lub zatrzymanych za pijaństwo [319]. Ponadto – jak mówią jeszcze kolejne badania – rola rodziców w zwiększaniu ryzyka powstania problemów z alkoholem u swoich dzieci polega też na częstowaniu ich tą substancją. Dowiodło tego badanie przeprowadzone wśród uczniów w pierwszej klasie szkoły średniej (N = 1906; średni wiek 12,9 lat), z którego wynika, że nastolatki, których rodzice częstują alkoholem, mają zwiększone ryzyko różnych szkód związanych z alkoholem [46]. Niektórzy badacze wskazują, że w pewnym okresie dorastania (młodej adolescencji) to właśnie rodzice są głównym dostawcą alkoholu dla nastolatków [192]. Podkreśla to również metaanaliza, która dowodzi, że częstowanie rodziców swoich dzieci alkoholem w okresie dorastania wiąże się ze zwiększonym prawdopodobieństwem ryzykownego picia w późniejszym okresie dojrzewania [290].

Dodatkowo, warto zasygnalizować, że niektóre badania dowodzą także powstania innych problemów związanych z piciem alkoholu przez rodziców w obecności swoich dzieci – jak mówi badanie przeprowadzone w Szwecji (N = 68 910) spożywanie alkoholu przez ojców wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachowań samobójczych wśród potomstwa w młodości i wczesnej dorosłości [163], zaś – jak dowodzi kolejne badanie (N= 46 284) – spożywanie alkoholu przez ojców zwiększa również ryzyko późniejszej całkowitej śmiertelności potomstwa, samobójstwa i gwałtownej śmierci [162].

Ponadto, należy podkreślić, że wyższy poziom konfliktu rodzic-nastolatek może zachęcać młodzież do odrzucania norm rodzicielskich. Jeśli jedną z tych norm jest powstrzymywanie się nastolatków od picia alkoholu, odrzucenie wartości rodzicielskich może zachęcać nastolatki do picia. Zdrowa komunikacja rodzic-nastolatek wiąże się zatem z mniejszym używaniem substancji psychoaktywnych przez nastolatków, zaś zła komunikacja zwiększa to ryzyko [197]. Zwraca się uwagę, że to dziewczęta są bardziej wrażliwe na jakość relacji i opiekę w środowisku rodzinnym niż chłopcy. Dobre relacje rodzica z dzieckiem pozytywnie wpływają na nadzór rodzicielski nad aktywnościami młodzieży. Stąd hipoteza, że rozpad rodziny w ostatnich latach w znacznym stopniu przyczynił się do dużego wzrostu wskaźników spożycia alkoholu, nielegalnego zażywania narkotyków i przestępczości, co jest obserwowane także u dziewcząt w okresie dojrzewania [158].

Wśród czynników środowiskowych, które zwiększają ryzyko przyjmowania używek mocno jest także zaakcentowany kontekst rówieśniczy. Wpływ rówieśników odgrywa znaczącą rolę w życiu nastolatków, kształtuje bowiem ich zachowania, postawy i wybory w różnych aspektach, w tym także w kwestii przyjmowania używek. Wyróżnia się cztery najbardziej prawdopodobne typy wpływu rówieśników powiązane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych – obejmują one konformizm społeczny, presję rówieśników, uczenie się społeczne i tożsamość społeczną. Konformizm społeczny obejmuje tendencję do przyjmowania zachowań i postaw rówieśników, aby dopasować się do grupy. Presja rówieśników z kolei to bezpośrednie lub pośrednie zachęcanie przez rówieśników do angażowania się w określone zachowania, takie jak używanie substancji psychoaktywnych. Teoria uczenia się społecznego zakłada, że jednostki uczą się zachowań poprzez obserwowanie i naśladowanie rówieśników, co sprawia, że są bardziej skłonne do używania substancji, jeśli robią to ich rówieśnicy. Z kolei teoria tożsamości społecznej wyjaśnia, że jednostki czerpią poczucie tożsamości i własnej wartości ze swojej grupy rówieśniczej,

co może prowadzić do używania substancji, jeśli jest to postrzegane w grupie jako norma [194].

Zagadnienie presji u nastolatków jest ważną kwestią bowiem w wielu badaniach kwestia presji jest często podnoszona, jako istotny czynnik ryzyka zachowań sprzyjających uzależnieniom. Najbliższe otoczenie nastolatka, w tym grupa przyjaciół czy kolegów może wywierać na nim określoną presję do używania określonych substancji psychoaktywnych. Możliwa jest także sytuacja, w której członkowie grupy nie namawiają nastolatka do picia alkoholu czy picia wódki, ale otwarty stosunek do używek, którym charakteryzuje się dana grupa, buduje w nim przekonanie o używaniu, jako doświadczeniu rzekomo pozytywnym, w tym także ułatwiającym kontakt z innymi, będącym składową wysokiej pozycji w grupie. Młodzież bardziej jest skłonna sięgać po substancje psychoaktywne, jeśli jest przekonana, że takie zachowania są powszechne i akceptowane przez rówieśników. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez nastolatka pod presją grupy jest zachowaniem konformistycznym, czyli podporządkowaniem się wartościom, zasadom i normom postępowania w danej grupie [245,247]. Udowodniono, że nastolatki pijące alkohol częściej zaprzyjaźniają się z pijącymi kolegami, co przyczynia się do nasilenia tego zachowania [282] oraz że zażywanie narkotyków przez rówieśników i wspólna tego akceptacja w grupie, silnie wpływają na zażywanie narkotyków przez nastolatków w danej społeczności. W miarę interakcji nastolatków z przyjaciółmi zażywającymi narkotyki uczą się oni postaw i wartości, które zachęcają do zażywania środków psychoaktywnych [232]. U części młodzieży obserwuje się zatem przekonania normatywne dotyczące alkoholu – nastolatki, których środowisko akceptuje spożywanie alkoholu, same zaczynają pić alkohol wcześniej i szybciej zwiększać ilość wypijanego alkoholu [282]. Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez bliskich kolegów nastolatków należą do najsilniejszych czynników ryzyka, które warunkują u młodzieży problemowej częstość picia alkoholu i upijania się [26]. Należy jednak zwrócić uwagę, że obok presji rówieśniczej palenie papierosów i/lub picie alkoholu może być także podyktowane u części młodzieży problemami w nauce czy innymi problemami, które w odczuciu nastolatka są dla niego istotne i przytłaczające. Niektóre publikacje wskazują, że uczniowie osiągający słabe wyniki w nauce są bardziej narażeni na używanie substancji psychoaktywnych niż ci, którzy uczą się bez problemów [24,67,96].

Do innych przyczyn sięgania młodzieży po papierosy i/lub alkohol należy także dostępność tych używek dla nastolatków. W części publikacji zwraca się uwagę, że właśnie dostępność alkoholu dla części młodzieży jest ważnym predyktorem stanowiącym o ryzyku

sięgania po alkohol przez nastolatków – niektóre publikacje wskazują, że ilość spożywanego przez młodzież alkoholu wiąże się bezpośrednio z jego dostępnością i ceną [282]. Ponadto, jak wskazują badania dotyczące problemu nikotynizmu wśród młodzieży, zmniejszenie zagęszczenia punktów sprzedaży detalicznej wyrobów tytoniowych zmniejsza wskaźniki palenia wśród nastolatków, co dowodzi, że duża liczba punktów sprzedaży, zwiększa ryzyko zażywania tych substancji przez młodzież [189,213].

Do środowiskowych czynników wpływających na młodzież zalicza się także mass media, które dzięki swojemu dużemu oddziaływaniu wywierają bardzo istotny wpływ na nastolatka. Dzieci i młodzież widzą i poznają świat, jaki się im pokazuje w mass mediach [151]. Współczesne dzieci i nastolatki żyją bowiem w świecie zdominowanym przez mass media i multimedia, wzrastają w środowisku stechnicyzowanym, a większość ich dziecięcych doświadczeń ma charakter głównie wizualno-multimedialny [336].

Jak pokazują polskie badania środki masowego przekazu oddziałują na styl życia dzieci, już nawet tych najmłodszych, bo z klas 4-6 szkoły podstawowej [295]. Dzieci i młodzież korzystające w różnorodny sposób z nowych technologii, mają do czynienia nie tylko z treściami wybieranymi przez rodziców, lecz także z innymi przekazami, choćby z reklamami, stanowiącymi element pojawiający się w trakcie trwania filmu czy innego przekazu telewizyjnego lub internetowego na platformie streamingowej [212]. W Internecie poprzez same strony internetowe, ale także poprzez różne aplikacje społecznościowe młodzież może się natknąć na reklamy piwa i napojów bezalkoholowych, ale bezpośrednio związane poprzez nazwę z produktami, które zawierają alkohol. W związku z faktem, że wielu młodych ludzi ma dzisiaj większe możliwości niż w poprzednich dekadach i częściej dysponuje własnymi pieniędzmi, co w połączeniu z tym, że jest to także grupa społeczna bardzo narażona na oddziaływanie technik sprzedaży i marketingu, których agresywność w odniesieniu do towarów konsumpcyjnych i potencjalnie szkodliwych substancji, takich jak alkohol, stale rośnie, czyni młodzież bardzo wrażliwą i podatną na sugestie, zwłaszcza producentów piwa, które w Polsce można jeszcze reklamować w określonych godzinach emisji programu [224].

Media nadają status ważności pewnym informacjom i same w sobie są autorytetem. Odbiorcy, w szczególności dzieci i nastolatki, ulegają niekiedy złudnemu wrażeniu, że skoro coś jest w mediach masowych, to musi być ważne i pewnie jest wiarygodne [138], gdy tymczasem młodzież ma również niską świadomość zagrożeń cyberswiata [334], co stwarza różne zagrożenia. Z jednej strony do młodzieży docierają krytyczne opinie o przekazywaniu medialnym i występujących w nim niekiedy niekorzystnych zjawiskach (np. manipulacji),

ale jednocześnie trudno jest im się uniezależnić od przekazu medialnego [335]. Media sugerują odbiorcom, w tym osobom nieletnim, sposób dokonywania wyborów – komunikaty reklamowe prezentowane regularnie w mediach kształtują mentalne schematy zachowania się człowieka, narzucając mu sposób bycia, konsumpcji, posiadania, stylu życia i wzorców osobowych [288]. Przekazy medialne wpływają też na postrzeganie przez młodzież używania alkoholu. Nastolatkwie opierając swój pogląd na alkohol pod wpływem mediów mogą odnieść wrażenie (np. poprzez obserwację bohaterów filmów, którzy czasami piją alkohol), że picie alkoholu poprawia nastrój, powoduje euforię, relaksację, redukuje stres, przyczynia się do zwiększenia odwagi i ułatwia kontakty społeczne [197]. Jak wskazują badania, ekspozycja na przekazy pronarkotykowe w mediach (sceny w filmach prezentujące przyjmowanie narkotyków i odczuwanie po nich przyjemnych stanów) „odczuła” młodzież na narkotyki i ponad dwukrotnie zwiększa prawdopodobieństwo inicjacji narkotykowej. Podobnie jest też w przypadku papierosów (ekspozycja na palenie w filmach sprawia, że postawy i przekonania widzów na temat palenia i palaczy są bardziej korzystne) i alkoholu (nastolatki narażone na reklamy alkoholu częściej w młodym wieku inicjują spożycie alkoholu i także częściej angażują się w zachowania związane z piciem alkoholu w porównaniu z osobami z mniejszą ekspozycją na przekazy medialne z udziałem alkoholu) [1]. Jak dowodzi jeszcze kolejne badanie zarówno nieletni, jak i młodzi dorośli po części są przekonani, że alkohol jest niezbędny, aby dobrze się bawić, co wskazywały różne komunikaty w reklamach sugerujące, że produkty alkoholowe przynoszą określone korzyści społeczne. Zebrane dowody z badań ankietowych z udziałem nastolatków pokazują także, że reklamy alkoholu w telewizji wpływają na postawy nastolatków wobec picia i mają umiarkowany bezpośredni wpływ na inicjację picia oraz pośredni wpływ na problemowe picie i jazdę po pijanemu. Ciekawym i ważnym spostrzeżeniem z badań jest fakt, że relacje medialne na temat nowego nielegalnego narkotyku potrafią zwiększyć zainteresowanie i ciekawość tym narkotykiem wśród osób już predysponowanych do przyjmowania narkotyków, co pokazuje, że wiadomości medialne mogą mieć wpływ na faktyczne używanie narkotyków. Ponadto, inne amerykańskie badanie wskazało, że 28% studentów college'u, którzy powiedzieli, że próbowali już ecstasy i 31%, którzy powiedzieli, że próbowali GHB, wskazało, że zrobili to, ponieważ to media zwiększyły ich ciekawość tym narkotykiem podając informację o jego działaniu [108]. Trzeba też pamiętać – co było już sygnalizowane wcześniej, że niektórzy rodzice swoim zachowaniem (np. piciem alkoholu w obecności dzieci, itp.) jeszcze potęgują-wzmacniają przekazy medialne [197].

Jak pokazują powyższe przykłady przekazy medialne dotyczące alkoholu, tytoniu i innych substancji często modelują używanie substancji psychoaktywnych, prezentując je w ekscytujący, efektowny i pozbawiony konsekwencji sposób. Używanie substancji psychoaktywnych jest przedstawiane niekiedy jako norma, a ich przyjmowanie jest postrzegane jako sposób na „dopasowanie się” do grupy, zabawę lub rozładowanie stresu. Ponadto, komunikaty przekazywane w mediach na temat używania substancji psychoaktywnych często są sprzeczne z komunikatami, które nastolatkom otrzymują od rodziców i nauczycieli w szkole na temat ryzykownych i negatywnych skutków zdrowotnych używania tych substancji [287].

Jak wskazuje praktyka korzystanie z mediów masowych stało się najczęstszą aktywnością wśród dzieci i młodzieży w celu dostarczenia rozrywki i wymiany komunikacji [264]. Media mogą też pełnić funkcję „super rówieśnika”, który dostarcza niekiedy dzieciom i nastolatkom informacji o rzekomych korzyściach płynących z używania alkoholu i tytoniu, podając jednocześnie bardzo niewiele rzeczywistych konsekwencji, które mogą towarzyszyć eksperymentom z używaniem substancji psychoaktywnych [286].

### **Osobnicze przyczyny sięgania przez młodzież po substancje psychoaktywne**

Wśród przyczyn osobniczych sięgania przez młodzież po substancje psychoaktywne wymienia się różne, w tym uwarunkowania indywidualne wskazując na cechy osobowości, które mogą być związane ze spożywaniem alkoholu przez młodocianych – do tych cech zaliczają się: obniżona samokontrola, zachowania agresywne, impulsywność i niskie poczucie własnej wartości [282]. Wskazuje się także na inne czynniki, które także mogą mieć wpływ na decyzję nastolatka o rozpoczęciu palenia papierosów czy picia alkoholu – może to być ciekawość i otwartość na nowe doświadczenia i poszukiwanie przyjemnych doznań, zwłaszcza jeśli młodzież poprzez przyjmowanie substancji psychoaktywnych chce uzyskać poprawę obniżonego na co dzień nastroju. Jest to szczególnie widoczne w przypadku nastolatków, u których zażywanie substancji psychoaktywnych jest motywowane chęcią odcięcia się od cierpienia i które zdają się nie dostrzegać innego sposobu poradzenia sobie ze swoimi problemami [67,203,313].

W badaniach wykazano również, że z problemami związanymi z alkoholem silniej związana jest impulsywność oraz silne emocje, które mogą mieć wpływ na następce zażywanie substancji psychoaktywnych – takim czynnikiem sprawczym może być np. rozwód rodziców, który (jak wykazano w badaniach) może mieć wpływ na nadmierne spożycie alkoholu, a ponadto, dowiedziono również, że osoby, które doświadczyły rozpadu

małżeństwa swoich rodziców, także wykazują więcej problemów z eksternalizacją, w tym zachowania uzależniające [20,263]. Dodatkowo, dowiedziono również, że zespół deficytu uwagi/nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzenia zachowania, także zwiększają ryzyko zarówno używania substancji psychoaktywnych, jak i pogorszenia wyników w nauce [31].

Na zwiększone ryzyko przyjmowania i późniejszego uzależnienia od alkoholu są także narażone nastolatki i dorośli, u których w rodzinie stwierdzono alkoholizm charakteryzujący się wczesnym początkiem używania alkoholu. Badania dowodzą, że osoby te wykazują fenotyp „zespołu młodzieży nadmiernie zestresowanej”. Przeprowadzono badanie ze studentami college'u, którzy mieli dużą liczbę męskich krewnych z wczesnym początkiem alkoholizmu i odkryto, że mają oni szybkie fale mózgowe, zwiększoną labilność emocjonalną i nadreaktywność autonomicznego układu nerwowego. Określono, że w rodzinach z alkoholizmem charakteryzujących się wczesnym początkiem uzależnień, szczególnie u mężczyzn, ryzyko uzależnienia od alkoholu jest 18-krotnie większe. Co ciekawe, późniejsze badania bliźniąt jednojajowych i dwujajowych, adoptowanych do różnych rodzin w Szwecji, Danii i USA, wykazały, że jeśli u jednego z bliźniaków jednojajowych rozwinął się alkoholizm, wówczas istniało 80% prawdopodobieństwo, że drugi bliźniak żyjący w innym środowisku rodzinnym również stanie się alkoholikiem. Jednak to ryzyko genetyczne było o połowę mniejsze u kobiet i wynosiło zaledwie 40%. Może to sugerować większe czynniki ochronne środowiska dla kobiet lub dziewcząt lub że niektóre geny związane z uzależnieniami znajdują się na chromosomie sprzężonym z płcią [158]. Jeszcze kolejna metaanaliza dotycząca badań bliźniąt i adopcji wykazała, że zaburzenia związane z używaniem alkoholu są dziedziczne w około 50% [324]. Wyniki innych badań sugerują, że istnieje wiele genów, z których każdy ma stosunkowo niewielki wpływ, ale które oddziałują ze sobą i środowiskiem, aby uczynić jednostkę bardziej lub mniej podatną na zaburzenia związane z używaniem substancji [91]. Alkoholizm jest także określany chorobą rodzinną. Jest to prawdopodobnie wynik przekazywania skłonności do alkoholizmu genetycznie, jak również duży wpływ środowiska rodzinnego i w dalszej mierze także szerszego kręgu społecznego. Dziedziczność zaburzeń związanych z używaniem substancji różni się w zależności od substancji (i miary używania tej substancji), wieku i płci. Metaanaliza badań bliźniąt z 2006 roku wykazała, że dziedziczność do używania wszystkich substancji uzależniających waha się od 40% do 60%; dziedziczność w zakresie od 30% do 60% obserwuje się w przypadku uzależnień od narkotyków [198].

## 2.2. Czynniki chroniące młodzież przed stosowaniem substancji psychoaktywnych

Według Światowej Organizacji Zdrowia ponad 100 000 młodych ludzi (głównie z krajów rozwijających się) każdego dnia zaczyna używać wyrobów tytoniowych, alkoholu i nielegalnych substancji psychoaktywnych [135]. Szacuje się także, że 60% ryzyka śmiertelności z wszystkich przyczyn w USA wynika z niezdrowych zachowań związanych ze stylem życia, takich jak niewystarczająca aktywność fizyczna, zła jakość diety, ale i również używania substancji psychoaktywnych, w tym palenie papierosów i picie alkoholu [74].

Wobec wszechobecnego faktu sięgania po substancje psychoaktywne przez młode osoby podejmowane są od wielu lat różne działania zapobiegawcze mające na celu identyfikację czynników, które wzmacniają w różny sposób młodzież i tym samym zmniejszają ryzyko sięgania po papierosy, alkohol, narkotyki i inne substancje. W literaturze można znaleźć wiele klasyfikacji czynników chroniących młodzież przed używaniem substancji psychoaktywnych. Według S. Fergusa i M.A. Zimmermana czynniki chroniące, które mogą pomóc młodzieży w zminimalizowaniu negatywnych skutków oddziaływania czynników ryzyka można podzielić na [122] atuty (czyli czynniki wewnętrzne, takie jak kompetencje, umiejętności, poczucie własnej skuteczności, itp.) oraz zasoby zewnętrzne (tj. wsparcie rodziców, dorosły mentor, organizacje społeczne promujące pozytywny rozwój itp.). A. Masten z kolei pogrupowała czynniki chroniące w cztery kategorie, tj. [122]:

- cechy indywidualne, np. dobre funkcjonowanie intelektualne, optymizm, uzdolnienia,
- cechy rodziny, np. silne i dające oparcie środowisko rodzinne, zaangażowanie rodziców w naukę i inne sprawy dziecka,
- cechy społeczności lokalnej, np. dobre środowisko zamieszkania, skuteczna praca szkoły,
- cechy polityki i kultury społeczeństwa, np. ochrona zdrowia, niski poziom społecznej akceptacji przemocy.

Według Światowego Raportu o Narkotykach do czynników ochronnych działających zapobiegawczo i zmniejszających ryzyko przyjmowania przez młodzież środków psychoaktywnych należą [349] zaangażowanie rodzica / opiekuna w opiekę i rozwój dziecka, poczucie przez nastolatka bezpieczeństwa fizycznego i społecznego, dobre zdrowie i prawidłowy rozwój psychiczny, zaangażowane dziecko w naukę i rozwój, środowisko

szkolne, nauka umiejętności radzenia sobie w stresie oraz nauka regulacji emocji. Zauważa się, że kombinacja określonych czynników ryzyka i czynników ochronnych, których zabrakło lub jest ich deficyt na danym etapie życia młodego człowieka, decyduje o jego podatności (lub nie) na zażywanie substancji psychoaktywnych.

Zwraca się uwagę, że głównie czynniki ochronne z domeny osobistej, rodziny, ale i także szeroko pojętej społeczności moderują powiązania między negatywnymi wydarzeniami życiowymi, a problemami związanymi z substancjami psychoaktywnymi [97]. Ponadto, jak podkreślają niektórzy badacze, ochrona przed substancjami psychoaktywnymi jest czymś więcej niż tylko brakiem ryzyka – wynika to chociażby z obserwacji nastolatków obciążonych wieloma czynnikami ryzyka, którzy jednak nie sięgają po narkotyki. Oznacza to, że w takich przypadkach mamy do czynienia z oddziaływaniem bardzo różnych złożonych czynników, które chronią przed ryzykownymi zachowaniami [222]. Zauważa się także, że efekt pojedynczego czynnika ochronnego wzrasta, gdy towarzyszą mu inne czynniki ochronne, wydaje się więc, że istnieje kumulatywny efekt wielu czynników ochronnych, co warto wykorzystać w praktyce [197].

Wśród czynników chroniących młodzież przed stosowaniem substancji psychoaktywnych można wyodrębnić kilka rodzajów, tj.:

- czynniki indywidualne,
- czynniki rodzinne,
- czynniki szkolne,
- czynniki rówieśnicze,
- czynniki społecznościowe i socjalne,
- programy profilaktyczne.

### **Indywidualne czynniki chroniące młodzież przed przyjmowaniem substancji psychoaktywnych**

Poczucie własnej wartości nastolatka oraz mocna i trwała odporność psychiczna, a także umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach są ważne z punktu widzenia profilaktyki stosowania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Zwraca się uwagę, że zwiększenie samooceny jest niezbędne do zapobiegania zaburzeniom emocjonalnym i behawioralnym u nastolatków, samoocena jest bowiem jednym z czynników kształtujących ludzkie zachowanie. Niska samoocena i mały szacunek do siebie mogą prowadzić do izolacji od rodziny i przyjaciół, a niekiedy także do zachowań agresywnych i antyspołecznych.

Uczniowie z wysoką samooceną cieszą się na ogół lepszym zdrowiem fizycznym i częściej odnoszą sukcesy w szkole w poczuciu własnej wartości i umiejętności odmawiania w przypadku zaproponowania im udziału w sytuacjach i zachowaniach, które im nie odpowiadają. Poczucie własnej wartości ma znaczący wpływ na zmniejszenie zażywania narkotyków wśród nastolatków i młodych dorosłych [135].

Budowanie odporności psychicznej młodzieży należy także do czynników ochronnych, mających duże znaczenie w profilaktyce zażywania substancji psychoaktywnych. Odporność psychiczna może być rozumiana jako zdolność jednostki do adaptacyjnego radzenia sobie ze stresorami, wyzwaniem i zagrożeniami w taki sposób, który przyczynia się do zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia w różnych, zmieniających się warunkach zewnętrznych. Odporność na czynniki zewnętrzne obejmuje lepszą samoregulację jednostki, motywację do proaktywnego stawiania czoła różnym wyzwaniom oraz skuteczne i rozsądne umiejętności rozwiązywania problemów [74,101]. Jak pokazują różne przykłady poprawa odporności psychicznej pozwoliła używającym wcześniej różnych substancji psychoaktywnych na nawiązanie romantycznych relacji i założenie rodziny z dotychczasowymi partnerami, co pozwoliło doświadczyć wyższego poziomu satysfakcji z życia, a nawet dostosować się do globalnego kryzysu zdrowotnego, jakim była pandemia COVID-19, przy – co bardzo ważne – spadku spożycia alkoholu. Zbudowanie odporności psychicznej nastolatka jest bardzo istotne, bowiem jak dowodzą różne badania, częstotliwość palenia papierosów jest uzależniona u niektórych palaczy od kontekstu społecznego – jest to widoczne u młodzieży i osób dorosłych, którzy palą papierosy głównie w towarzystwie osób innych [74].

Coraz częściej większą uwagę zwraca się także na rolę religii w używaniu substancji psychoaktywnych przez nastolatków. W większości doniesień naukowych zaangażowanie religijne uznano za ważny czynnik ochronny przed paleniem papierosów, piciem alkoholu i przyjmowaniem narkotyków. Częste uczęszczanie do kościoła działa jako czynnik ochronny przed używaniem tych substancji [204,222]. Ponadto, wyższy poziom religijności związany jest najczęściej z niższym poziomem picia alkoholu [197]. Zaangażowanie człowieka w instytucję religijną i związane z nią przekonania budują kapitał społeczny poprzez wspólnotę moralną, która oferuje społeczne i ideologiczne wsparcie dla pozytywnych wyborów, takich jak unikanie używania substancji psychoaktywnych. Zatem zaufanie społeczne i religijność mogą motywować nastolatków do unikania używania substancji psychoaktywnych poprzez odpowiednie więzi społeczne i instytucjonalne [350].

Co ważne – czynnikiem ochronnym jest zarówno osobista wiara w Boga, jak i religijność rodziców [141].

### **Rodzinne czynniki chroniące młodzież przed przyjmowaniem substancji psychoaktywnych**

Rodzina jest podstawowym miejscem rozwoju biopsychicznego młodzieży. Inne mikrosystemy, takie jak szkoła, kościół, itp. mają z reguły mniejsze znaczenie w rozwoju nastolatka [197]. Dziecko wychowując się w rodzinie może doświadczać zarówno dobrych, jak i negatywnych czynników, tj. niegodnych do naśladowania, a usposabiających do przyjmowania substancji psychoaktywnych. Rodzice wpływają na swoje dzieci, monitorując je, ustalając oczekiwania dotyczące zachowania i wpajając wartości i normy. Monitorowanie rodzicielskie jest określane jako wiedza rodzica na temat miejsca pobytu i aktywności dziecka. Monitorowanie rodzicielskie może być pasywne lub aktywne. Monitorowanie pasywne polega na otrzymywaniu informacji od dziecka na temat miejsca jego pobytu i aktywności, niezależnie od tego, czy dzieci dzielą się informacjami pod wpływem pytań rodziców, czy dobrowolnie. Jest to najczęstsza forma monitoringu rodziców względem dziecka. Aktywne monitorowanie z kolei wymaga bezpośredniego zaangażowania rodziców w działalność dziecka – polega na stałym, okresowym lub wyrwywkowym sprawdzaniu gdzie dziecko jest, z kim przebywa i co robi. W aktywnym monitoringu rodzic może także (stałe lub okresowo) przebywać z dzieckiem i wchodzić w interakcje ze znajomymi dziecka oraz na bieżąco samemu ustalać zasady udziału swojego dziecka w danej grupie. Zauważono, że aktywny nadzór rodzicielski i bieżące ustalanie zasad są powiązane z rzadszym używaniem substancji psychoaktywnych przez nastolatków. Nawet gdy rówieśnicy używający narkotyków wywierają presję na swoich przyjaciół, aby brali narkotyki, bieżący, aktywny nadzór rodzicielski zniechęca młodzież do inicjowania używania narkotyków i wpływa na ilość przyjmowania tych substancji [232].

Zwraca się uwagę, że nawet opiekunicy rodzice niekiedy z przyczyn ekonomicznych muszą dożo pracować, co ogranicza wtedy niestety czas, który mogą poświęcić swojemu dziecku. Zauważono, że nawet proste rzeczy, takie jak zmniejszająca się liczba wspólnych posiłków rodzinnych mają negatywny wpływ na późniejsze ryzyko używania substancji psychoaktywnych przez nastolatków i negatywny rozwój młodzieży [158]. Samo przebywanie więc razem podczas wspólnych posiłków w domu rodzinnym pozytywnie wpływa na budowanie więzi rodzinnych i zmniejsza ryzyko zażywania substancji psychoaktywnych. Podobny wniosek wynika z innego badania – udowodniono w nim, że

wspólne spożywanie posiłków w rodzinie pozytywnie wpływa na intencje rzucenia palenia u osób dorosłych [41]. Podkreśla się, że środowisko rodzinne jest czynnikiem ochronnym zwłaszcza dla dziewcząt – dziewczęta wydają się być trochę mniej niż chłopcy uwrażliwieni na wpływ środowiska (grup rówieśniczych), dziewczynki są bardziej uzależnione od pozytywnych relacji z rodzicami, aby określić swoją wartość [158].

W prewencji używania substancji psychoaktywnych ma również znaczenie w jakim stylu rodzicielskim rodzice wychowują swoje dziecko. Wyniki badań pokazują, że style rodzicielskie znacząco wpływają na ryzyko uzależnienia od narkotyków wśród nastolatków. Stabilne, pożądane style rodzicielskie obejmują długotrwałe utrzymywanie dobrych relacji, przekonań, postaw i zachowań. Stabilne style rodzicielskie pociągają za sobą postawy i zachowania wobec nastolatków i zapewniają pozytywne środowisko emocjonalne dla relacji rodzic-dziecko i rozwoju nastolatka. Uważa się, że złe style rodzicielskie są czynnikiem ryzyka nadużywania narkotyków przez nastolatków [174].

Spośród czterech stylów rodzicielskich, tj. autorytarny, autorytatywny, pobłażliwy i niezaangażowany tylko jeden z nich zdaje się pozytywnie wpływać na zmniejszenie ryzyka przyjmowania substancji psychoaktywnych. Takim stylem jest autorytatywny styl rodzicielski, który wykazuje wysoki poziom wsparcia, a także jest bardzo skutecznym stylem w eliminowaniu negatywnych emocji u dzieci. Autorytatywny styl rodzicielski oznacza, że rodzice stawiają jasne granice i wymagają od dziecka posłuszeństwa, ale jednocześnie są otwarci na rzeczową komunikację i zrozumienie potrzeb dziecka / nastolatka. Kluczowe dla tego stylu rodzicielskiego są rozmowy i wyjaśnianie wszelkich nieporozumień. Rodzice także starają się zrozumieć swoje dzieci i uczą je radzenia sobie z emocjami [289]. Wspierający nastolatka system rodzicielski jest najbezpieczniejszym, najzdrowszym i najskuteczniejszym naturalnym środowiskiem dla wzrostu i rozwoju biopsychicznego nastolatka, podczas gdy niedopasowane style rodzicielskie mogą powodować napięcia w relacjach rodzic-dziecko i powodować brak harmonii w środowisku rodzinnym, co przyczynia się do różnych napięć i zwiększa ryzyko m.in. przyjmowania substancji psychoaktywnych [104,174]. Nadzór rodzicielski jest najlepszy i najskuteczniejszy wtedy, gdy zapobiega i ogranicza używanie substancji przez nastolatków już na samym początku ich ewentualnego zażywania, a nie taki, który preferuje kary za używanie takich substancji [236].

Ważnym czynnikiem przyczyniającym się do zmniejszenia ryzyka przyjmowania substancji psychoaktywnych przez nastolatków są pozytywne relacje nastolatków z rodzeństwem i przyjaciółmi, którzy nie zażywają substancji psychoaktywnych [238].

Ponadto, zauważono także, że nastolatki z rodzin z obojgiem rodziców i z rodzin niepełnych (samotny rodzic) rzadziej sięgają po alkohol i inne substancje niż ci, którzy są wychowywani w rodzinach patchworkowych, tj. w rodzinach zrekonstruowanych lub wielorodzinnych, które powstają w wyniku ponownego zakładania rodzin przez jednego lub oboje rodziców po rozwodzie lub owdowieniu; rodzina taka składa się z dwojga partnerów, którzy posiadają dzieci ze swoich poprzednich związków i często również dziecko z nowego związku [20].

W prewencji zachowań związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież duże znaczenie ma także prawidłowa (tj. częsta, otwarta, nastawiona na zrozumienie problemu i rozwiązanie go) komunikacja rodziców z nastolatkami. Niektórzy rodzice często i aktywnie rozmawiają ze swoimi dziećmi na tematy związane z przyjmowaniem środków psychoaktywnych (alkoholu, papierosów, inne), w tym informują, przestrzegają przed nimi i/lub zakazują ich zażywania. Wspólne rozmowy i dobre relacje rodzic-dziecko, są kluczowe dla zrozumienia i prawidłowej oceny przez młodzież zjawiska zażywania przez niektóre osoby substancji psychoaktywnych [232,239].

### **Szkolne czynniki chroniące młodzież przed przyjmowaniem substancji psychoaktywnych**

Udział dzieci i młodzieży w zajęciach szkolnych jest uważany za ważny czynnik chroniący przed przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Zajęcia związane ze szkołą to nie tylko zajęcia w klasie szkolnej wynikające z udziału w lekcjach, ale także udział w różnych organizacjach społeczno-szkolnych, takich jak samorząd uczniowski, kluby, drużyny sportowe, zajęcia ze sztuki i praca w gazetce szkolnej. Zajęcia związane ze szkołą zapewniają okazje do socjalizacji w sposób ustrukturyzowany, zwykle pod nadzorem osoby dorosłej (np. nauczyciela, trenera, mentora, doradcy) w środowisku, które koncentruje się na osiągnięciach, rozwoju i poczuciu własnej wartości. Jak pokazują różne badania pozytywne nastawienie młodzieży do szkoły działa jako czynnik ochronny wobec przyjmowania substancji psychoaktywnych nie tylko dla uczniów osiągających wysokie wyniki w nauce, ale także dla uczniów osiągających słabe wyniki. Ponadto, istnieją dowody na to, że młodzież, od której oczekuje się osiągnięcia sukcesu w nauce, jest mniej skłonna do angażowania się w używanie substancji psychoaktywnych – przykładowo nastolatki zamierzający się uczyć w college'u są mniej skłonni do używania substancji psychoaktywnych, niż nastolatki, którzy nie planują edukacji w college'u [204]. Jak dowodzą jeszcze inne badania opisujące powiązanie szkolnych ocen z ryzykiem używania

substancji psychoaktywnych, uczniowie, którzy osiągają dobre wyniki w nauce mają mniejsze ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne, niż ich rówieśnicy, których wyniki w nauce są złe – jak wskazuje jedno badanie użytkowników substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego roku mieli większe prawdopodobieństwo opuszczenia szkoły w ciągu ostatniego miesiąca oraz większe szanse na uzyskanie niskich ocen. Uczniowie nieużywający substancji psychoaktywnych z kolei charakteryzowali się lepszymi ocenami w nauce i większym emocjonalnym zaangażowaniem szkolnym niż osoby używające substancji przez ostatnie lata. Ponadto, jak wynika z obserwacji naukowych uczniowie, którzy zażywali marihuanę mieli niższe oceny, niższe aspiracje naukowe, większe prawdopodobieństwo porzucenia szkoły średniej oraz mniejsze prawdopodobieństwo zapisania się na studia [31].

W budowaniu pozytywnych relacji ucznia ze szkołą i tym samym zmniejszeniu prawdopodobieństwa sięgania przez młodzież po substancje psychoaktywne sprzyja również dobry klimat w szkole, tj. przyjazne relacje między młodzieżą a nauczycielami, zaangażowanie uczniów w podejmowanie pewnych decyzji dotyczących szkoły oraz życzliwa współpraca nastolatka i jego rodziców ze szkołą [52,141].

Równie ważne dla prewencji przyjmowania substancji psychoaktywnych są zajęcia w klasie szkolnej, ale także zajęcia pozalekcyjne. Zwiększają one poczucie własnej wartości nastolatka, rozbudzają poczucie niezależności i pewności siebie, powodują skuteczność w działaniu, przyczyniają się do powstawania asertywności oraz konieczności podejmowania konkretnych decyzji, które są wiążące dla dalszych okresów. Zajęcia pozalekcyjne działają pozytywnie w zmniejszaniu ryzyka zamiaru spożywania alkoholu przez młodzież. Jak udowodniono na przykładzie badania, działania te są bardziej skuteczne jeśli są atrakcyjne dla młodzieży – zajęcia i warsztaty są ciekawe, rozwijają różne umiejętności, ale służą także do ustanawiania norm społecznych przeciwko używaniu substancji psychoaktywnych. Jak stwierdzono na przykładzie badania uczniowie po 2 latach uczestniczenia w różnych zajęciach pozalekcyjnych mieli znacznie mniejsze spożycie alkoholu i mniej zamiarów spożywania alkoholu niż osoby nieuczestniczące w tego typu zajęciach [64]. Udział w zajęciach pozalekcyjnych zmniejsza także ryzyko wykorzystywania wolnego czasu przez młodzież na angażowanie się w grupy osób, które przyjmują narkotyki – jak dowodzi kolejne badanie udział w zajęciach pozalekcyjnych zmniejszył w grupie młodzieży ryzyko nadużywania opioidów o 36% [270]. Ważnym czynnikiem mogącym mieć także wpływ na zmniejszenie ryzyka przyjmowania substancji

psychoaktywnych przez młodzież jest wspólne (grupowe) chodzenie do kina, teatru, czy praca w wolontariacie [204].

Uprawianie sportu przez młodzież niezależnie czy w ramach zajęć szkolnych czy pozalekcyjnych oraz podejmowanej niekiedy samodzielnie przez młodzież aktywności fizycznej (np. bieganie, jazda na rowerze, inne) również zmniejsza ryzyko przyjmowania substancji psychoaktywnych. Jak dowodzi badanie (N = 2503; 13-letni okres badania, badano siedzący tryb życia i aktywność fizyczną u dzieci narażonych na palenia papierosów) dzięki podejmowanej przez młodzież aktywności fizycznej – uprawianiu sportu, ryzyko rozpoczęcia palenia tytoniu wśród 13-latków może zostać zmniejszone o 60%. Według autorów tego badania jedynie 6 na 1000 dzieci angażujących się w umiarkowaną i intensywną aktywność fizyczną w wieku 11 lat rozpoczęło palenie tytoniu do 13. roku życia, podczas gdy ogólna częstość palenia w tej grupie wiekowej wynosiła 15 na 1000. Co więcej, nastolatki, które w wieku 13 i 15 lat nie paliły, w wieku 24 lat spędzały dziennie o 15 minut więcej dziennie na umiarkowanym i intensywnym ruchu w porównaniu do tych, które w wieku 13 i 15 lat miały już historię palenia [3].

### **Rówieśnicze czynniki chroniące młodzież przed przyjmowaniem substancji psychoaktywnych**

Istotnym czynnikiem w procesie prewencji, ale także później w procesie leczenia uzależnionych już osób od substancji psychoaktywnych jest przynależność młodego człowieka do grupy rówieśniczej i uzyskanie ze strony tej grupy aprobaty swojej osoby i uzyskania wsparcia. Jak dowodzą obserwacje naukowe, relacje najbardziej pomocne w inicjowaniu abstynencji alkoholowej obejmowały prawdziwe, autentyczne uznanie przez rówieśnika. Te pozytywne relacje obejmowały kontakty z innymi bez poczucia wstydu lub winy oraz posiadanie bliskich osób wspierających, mogących służyć pomocą i radą bez negatywnego oceniania. Uzyskane wsparcie i zrozumienie w grupie rówieśniczej wskazuje, że wzajemna aktywność skierowana na wspólny cel może katalizować osiągnięcie stabilnego powrotu do zdrowia, a ponadto, że wzmocnienie więzi ze światem społecznym może osłabić więzi z używaniem substancji psychoaktywnych [238]. Grupa rówieśnicza jest często głównym czynnikiem socjalizacji w etapie życia, jakim jest wyjście z nałogu i próba podjęcia bycia trzeźwym [86].

Ważnym zagadnieniem jest również umiejętność u młodzieży nieulegania i odmowa presji rówieśniczej, która niekiedy może się przyczyniać do sięgania przez młodzież niepalącą papierosów i niepijącą alkoholu do „próbowania” tych substancji. Nauka

odmawiania, nieulegania presji rówieśniczej, wychodzenie z niewygodnych sytuacji, w jakich mogą się znaleźć niektórzy nastolatki jest bardzo ważna i równie istotna, jak poczucie własnej wartości i odporność psychiczna u nastolatka. Umiejętności te są niezbędne do zachowania integralności osobistej i podejmowania niezależnych decyzji. Jak wskazują niektóre badania stosowanie substancji psychoaktywnych przez nastolatki wynika niekiedy z wcześniejszego ich używania przez rówieśników, a następnie nakłaniania do tego inne osoby. Przykładem może służyć badania T.M. Schwinna, który stwierdził, że używanie substancji przez niektóre dziewczęta (alkohol, papierosy, marihuana i inne narkotyki) może być silnie powiązane z używaniem tych substancji przez ich rówieśników. Ponadto, dziewczęta, które zgłaszają wyższy poziom używania alkoholu, papierosów, marihuany i innych narkotyków, mają wyższy poziom depresyjnego nastroju i lęku, co dodatkowo dowodzi współwystępowania używania substancji psychoaktywnych i problemów ze zdrowiem psychicznym u części nastolatków [285].

### **Społeczne i socjalne czynniki chroniące młodzież przed przyjmowaniem substancji psychoaktywnych**

U nastolatków, którzy częściej uczestniczą w różnych przejawach życia społecznego (zajęcia pozalekcyjne, przynależność do grup dyskusyjnych, organizacji wolontariackich, inne) obserwuje się większą odpowiedzialność społeczną i religijność, ale również obserwuje się rzadsze używanie papierosów, alkoholu, marihuany i innych narkotyków. Wyniki różnych badań potwierdzają duże znaczenie kapitału społecznego (zdolność ludzi do współpracy między sobą zarówno w obrębie grupy, jak i organizacji) dowodząc, że więzi społeczne mogą zniechęcać i zmniejszać ryzyko nastolatków od używania substancji psychoaktywnych [18,350].

### **Programy profilaktyczne**

W celu skutecznego przeciwdziałania przyjmowania substancji psychoaktywnych przez młodzież, ale i także osoby dorosłe, na różnych szczeblach (regionu, kraju) powstają i są realizowane różne programy profilaktyczne, których celem jest ograniczenie ryzyka sięgania po substancje psychoaktywne przez różne grupy społeczne, a zwłaszcza młodzież. Programy te muszą być dostosowane do specyficznych potrzeb danej grupy docelowej, uwzględniając takie czynniki jak wiek, wykształcenie, środowisko społeczne oraz poziom świadomości na temat zagrożeń związanych z substancjami psychoaktywnymi, a także ważne jest to, że powinny być one prowadzone w sposób atrakcyjny i angażujący. Dzięki

programom profilaktycznym opracowanym przez specjalistów, ale na podstawie zarówno ogólnych założeń, ale jednak z uwzględnieniem lokalnych czy osobistych potrzeb możliwe jest zbudowanie świadomego i odpowiedzialnego społeczeństwa, w którym będzie mniej problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych [74].

Czynnikiem chroniącym młodzież przed substancjami psychoaktywnymi mogą być także szeroko pojęte media (telewizja, Internet, filmy, aplikacje społecznościowe, itp.), jako narzędzie techniczne służące do przekazu informacji, ale pod warunkiem świadomego, mądrego i celowego przygotowania odpowiednich informacji i kierowania ich do określonych odbiorców. Media mogą wpływać pozytywnie poprzez różnego typu kampanie edukacyjne i uświadamiające, które przez wyjaśnianie faktów, obalanie mitów, czy też pokazywanie realnych historii dostarczają prawdziwych informacji. Ponadto, media mogą promować zdrowy styl życia, prezentować pozytywne wzorce zachowań, pokazywać atrakcyjność trzeźwości oraz informować o dostępnych możliwościach wsparcia w trudnych chwilach. Media mają jeszcze tą dużą zaletę, że (w przypadku przekazu przez Internet) docierają do ludzi tam, gdzie obecnie się znajdują i kiedy mają czas – przekaz medialny może być zatem po wielokroć oglądany przez wiele osób, w różnym czasie i różnych miejscach. Nowoczesne środki przekazu, głównie Internet, są bardzo lubiane i wykorzystywane przez młodzież [137]. Są prowadzone badania, które potwierdzają skuteczność kampanii prowadzonych przez media, na przykład w odniesieniu do ograniczenia palenia papierosów przez osoby dorosłe [11], czy zmniejszenia palenia papierosów w miejscu zamieszkania [172] oraz mogą być skuteczną strategią zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież [68]. Jednakże, jak piszą autorzy niektórych prac poruszających problem wykorzystania mediów w profilaktyce zażywania substancji psychoaktywnych, wymagają one jednak dalszych badań w celu określenia ich większej wiarygodności i długofalowych korzyści.

Większość badań nad przyczynami używania substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi oraz interwencji temu zapobiegających pochodzi z krajów o wysokich dochodach, szczególnie z USA. Nie jest jasne wobec tego, w jakim stopniu interwencje uznawane za efektywne w tych warunkach (na przykładzie USA, czy innych bogatych krajów) są możliwe i skuteczne do zastosowania w krajach, w których konteksty kulturowe, finansowe, społeczne, religijne i oparte na płci różnią się. Wobec powyższego zgłasza się różne zastrzeżenia i uwagi do ujednoliconego badania przyczynowości zażywania substancji psychoaktywnych oraz rekomendacji zapobiegawczych i terapeutycznych [308]:

- Epidemiologia używania substancji.

Na świecie występują znaczne różnice w zakresie używania różnych substancji psychoaktywnych, np. w krajach Bliskiego Wschodu spożycie alkoholu jest bardzo niskie, a standardowe interwencje profilaktyczne mogą być mniej istotne (jeśli w ogóle możliwe do zastosowania) w świetle wartości przypisywanych tej substancji.

- Społeczne i kulturowe poglądy na temat używania substancji psychoaktywnych.

Występują znaczne różnice kulturowe w sposobie, w jaki postrzegane jest używanie substancji psychoaktywnych i sam problem uzależnień; pogląd medyczny na uzależnienie od substancji psychoaktywnych (tj. niektórzy użytkownicy tych substancji tracą kontrolę nad ich używaniem i rozwijają zaburzenia wymagające leczenia) oraz pogląd moralny (tj. używanie substancji psychoaktywnych jest dobrowolne i wiąże się z podejmowaniem złych decyzji i zachowań); te konkurujące ze sobą poglądy społeczne mogą wpływać na preferencje dotyczące niektórych interwencji profilaktycznych i leczniczych oraz ich dostępność.

- Płeć.

Rola kobiet w społeczeństwie jest bardzo zróżnicowana. Piętno związane z używaniem substancji psychoaktywnych może być szczególnie widoczne u kobiet. Ponadto, w niektórych krajach (kraje Bliskiego Wschodu i Azji Południowej) może być wymagana zgoda małżonka, aby kobiety mogły szukać leczenia w związku z używaniem substancji psychoaktywnych.

- Wiek zmian w rolach życiowych.

W wielu krajach okres przechodzenia z wieku dojrzewania do dorosłości jest różny, co wiąże się z dłuższym lub krótszym pozostawaniem w systemie edukacji i późniejszym przyjmowaniem ról społecznych. To, w jakim wieku te zmiany zachodzą, wpływa na możliwość przeprowadzania działań profilaktycznych. Na przykład w krajach, gdzie mniej młodych ludzi kończy szkołę średnią, część osób z grupy ryzyka mogła już opuścić szkołę, zanim takie działania się rozpoczną. Utrudnia to wykorzystanie szkół, jako miejsca do walki z problemem zażywania substancji psychoaktywnych.

- Infrastruktura, dostępność usług i mechanizmy finansowania.

Dostępność infrastruktury medycznej i edukacyjnej wpływa na to, jakie interwencje zapobiegawcze można wdrożyć i w jaki sposób je realizować. Na przykład, jeśli w danym kraju brakuje wyspecjalizowanych usług, nawet najlepsze metody leczenia uzależnień mogą być trudne do wprowadzenia. Dostępność usług może być też ograniczona na terenach wiejskich. Dodatkowo, wysokie koszty działań często stanowią barierę dla ich szerokiego

stosowania, dlatego interwencje profilaktyczne i terapeutyczne muszą być oceniane nie tylko pod względem skuteczności, ale również opłacalności.

W celu zwiększeniu efektywności działań profilaktycznych i leczniczych zmierzających do zmniejszenia liczby młodzieży z problemami wynikającymi z przyjmowania substancji psychoaktywnych zwraca się uwagę na konieczność [122]:

- stawiania granic młodym ludziom i egzekwowania tych granic przez rodziców/opiekunów, jak też monitorowania przez rodziców/opiekunów czasu spędzanego przez dziecko wieczorem poza domem,
- uwrażliwiania nauczycieli na specyficzne potrzeby i zadania rozwojowe adolescentów,
- rozwijania praktycznych umiejętności wychowawczych dotyczących radzenia sobie z agresją uczniów i ich konfliktami,
- czynnego angażowania nauczycieli/wychowawców w sprawy uczniów poprzez pomaganie, wspieranie czy doradzanie, co ostatecznie powinno prowadzić do wzrostu pozytywnego stosunku do nauczycieli,
- wspierania działań konstruktywnych grup młodzieżowych, rozwijania pasji naukowych, artystycznych czy społecznych, podkreślając fakt, że każdy jest kreatywny, ma jakieś zdolności, tylko musi je odkryć,
- podwyższania samoświadomości młodych ludzi w funkcjonowaniu *online* oraz kształtowanie odpowiedzialności za swoje zachowanie w wykorzystywaniu nowych mediów,
- pracy nad wzrostem poczucia własnej skuteczności poprzez dobre wykonywanie pracy, której młody człowiek się podjął,
- nauki dostrzegania wielu możliwych prospołecznych rozwiązań napotykanym problemom,
- rozwijania optymizmu, umiejętności podejmowania decyzji, uczenia się przyjmowania cudzej perspektywy,
- uwzględniania cech osobowości (tj. sumienności, ugodowości i otwartości na doświadczenie) w oddziaływaniach skierowanych do młodych ludzi.

### III. PALENIE PAPIEROSÓW I PICIE ALKOHOLU PRZEZ MŁODZIEŻ W BADANIACH WŁASNYCH

---

#### 3.1. Założenia i cele pracy

##### 3.1.1. Założenia pracy

Młodzież w okresie adolescencji znajduje się w kluczowej fazie rozwoju charakteryzującej się różnymi transformacjami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Okres ten, determinowany jest przez złożoną interakcję czynników genetycznych, hormonalnych, środowiskowych i kulturowych, co powoduje u każdego nastolatka różnie nasilone stany napięcia, w tym niekiedy także skłonność do obniżonego nastroju. W kontekście dążenia do integracji społecznej w grupie rówieśniczej, a także w wyniku naturalnej ciekawości, potrzeby eksploracji, poszukiwania intensywnych doznań, przyjmowania roli dorosłego oraz charakterystycznej dla młodzieży tendencji do negowania norm społecznych, nastolatki mogą podejmować próby eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi, w tym z papierosami i/lub alkoholem. Inicjacja palenia papierosów i spożywania alkoholu w tym okresie rozwojowym, choć dla części nastolatków ma charakter eksperymentalny, jednak u znaczącej grupy może prowadzić do utrwalenia niekorzystnych wzorców zachowań, zwiększając długoterminowe ryzyko zdrowotne.

Założeniem prezentowanej pracy jest zbadanie i zidentyfikowanie problemu jakim jest palenie papierosów i picie alkoholu wśród młodzieży w Wielkopolsce, z uwzględnieniem relacji młodych ludzi z ich rodzicami oraz z tym, jak sami postrzegają oni swoje zdrowie. Poznanie wyników i wniosków z tej pracy może się przyczynić do lepszego zrozumienia zjawiska, jakim jest sięganie nastolatków po papierosy i alkohol, a także może się przyczynić do nakreślenia i wprowadzenia programów edukacyjno-wychowawczych, adresowanych do populacji młodzieży w całym kraju. Poprawa dobrostanu fizycznego i psychicznego młodzieży jest jednym z priorytetów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

### 3.1.2. Cele pracy

#### Cel główny badań:

Celem głównym badania jest analiza zachowań zdrowotnych, społecznych i psychicznych młodzieży z województwa wielkopolskiego, w szczególności związanych z paleniem papierosów, spożywaniem alkoholu, wpływem środowiska rodzinnego i rówieśniczego oraz ocena kondycji fizycznej i psychicznej młodych ludzi.

#### Cele szczegółowe badań:

1. Ustalenie wieku inicjacji młodzieży w paleniu papierosów i spożywaniu alkoholu.
2. Ocena dostępności papierosów i alkoholu z perspektywy młodzieży oraz analiza wzorców ich konsumpcji i skali potencjalnych problemów uzależnień.
3. Zbadanie przekonań młodzieży dotyczących palenia, zwłaszcza w kontekście kontroli masy ciała i akceptacji społecznej.
4. Analiza wpływu środowiska rówieśniczego na zachowania związane z paleniem i piciem alkoholu.
5. Porównanie postaw i zachowań wobec używek między dziewczętami a chłopcami.
6. Ocena świadomości i postaw rodziców wobec używania przez ich dzieci substancji psychoaktywnych, w tym roli rodziny w inicjacji alkoholowej oraz poziomu przyzwolenia na konsumpcję alkoholu w domu.
7. Określenie skali narażenia młodzieży na bierne palenie w domu.
8. Zbadanie jakości relacji z rodzicami, w tym dostępności ich wsparcia w trudnych sytuacjach oraz ich wiedzy o wykorzystaniu czasu wolnego przez dzieci.
9. Oszacowanie odsetka młodzieży z obniżoną kondycją psychiczną i fizyczną, w tym częstości występowania myśli samobójczych.

## 3.2. Materiał i metodyka badań

### 3.2.1. Grupa badana

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w miesiącach kwiecień – czerwiec 2023 roku na grupie uczennic i uczniów w wieku 13-19 lat. Na podstawie danych z Rejestru Szkół i Placówek Oświatowych (wyszukiwarka szkół i placówek oświatowych Ministerstwa Edukacji Narodowej; <https://rspo.gov.pl/zaawansowana>) spośród wszystkich szkół średnich w województwie wielkopolskim (w łącznej liczbie 616; dane za rok szkolny 2022/2023) wylosowano szkoły średnie (licea ogólnokształcące, zasadnicze szkoły zawodowe, technika) w łącznej liczbie 16, co stanowiło 2,6% szkół średnich w województwie wielkopolskim. Po uzyskaniu zgód od dyrektorów placówek oświatowych, przeprowadzono w wylosowanych szkołach badania ankietowe.

Do badania zrekrutowano 1329 osób. Przyjęto, że analizie statystycznej poddaje się prawidłowo wypełnione kwestionariusze. Do analizy statystycznej zakwalifikowano 1292 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy ankiet (odrzucono 37 niekompletnie wypełnionych ankiet), z czego 429 respondentów (33,2%) uczęszczało do liceum ogólnokształcącego, 463 uczniów (35,8%) do zasadniczej szkoły zawodowej, natomiast 400 uczniów (31,0%) do technikum.

Tab. 4. Nazwa i rodzaj szkoły, w których przeprowadzono badanie ankietowe.

| Lp. | Nazwa i rodzaj szkoły                                                                      | N    |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.  | Zespół Szkół Technicznych im. Marii Skłodowskiej Curie w Koninie                           | 94   |
| 2.  | Zespół Szkół Zawodowych im. gen. Władysława Sikorskiego w Słupcy                           | 92   |
| 3.  | Zespołu Szkół Ekonomiczno-Uslugowych im. Fryderyka Chopina w Żychlinie                     | 72   |
| 4.  | Zespół Szkół im. Emilii Sczanieckiej w Pniewach                                            | 67   |
| 5.  | Liceum Ogólnokształcące O!MEGA w Poznaniu                                                  | 12   |
| 6.  | Zespół Szkół Przemysłu Spożywczego im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich w Poznaniu              | 96   |
| 7.  | Zespół Szkół Zawodowych nr 6 im. Joachima Lelewela w Poznaniu                              | 89   |
| 8.  | Zespół Szkół Odzieżowych im. Władysława Reymonta w Poznaniu                                | 94   |
| 9.  | Zespół Szkół Ekonomicznych im. Stanisława Staszica w Poznaniu                              | 73   |
| 10. | I Liceum Ogólnokształcące im. Adama Asnyka w Kaliszu                                       | 105  |
| 11. | II Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Kościuszki w Kaliszu                               | 96   |
| 12. | III Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika w Kaliszu                               | 112  |
| 13. | IV Liceum Ogólnokształcące im. Ignacego Jana Paderewskiego w Kaliszu                       | 104  |
| 14. | Zespół Szkół Politechnicznych im. Bohaterów Monte Cassino we Wrześni                       | 82   |
| 15. | Zespół Szkół Rolnicze Centrum Kształcenia Ustawicznego im. Stanisława Staszica w Kościelcu | 49   |
| 16. | Zespół Szkół Technicznych w Kole                                                           | 55   |
|     | Ogółem                                                                                     | 1292 |

### 3.2.2. Kwestionariusz ankiety

Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniach był kwestionariusz ankiety, który obejmował 51 pytań dotyczących wieku inicjacji palenia papierosów i picia alkoholu, częstości spożywania tych używek, możliwości ich kupna lub innych metod zdobywania, miejsca przyjmowania używek oraz osób z bliskiego otoczenia nastolatków, które palą papierosy/piją alkohol oraz wiedzy rodziców o stosowaniu używek u swoich dzieci. Ponadto, ankietę zawierała pytania dotyczące samooceny stanu zdrowia młodzieży – czy odczuwają samotność, czy są zestresowani, czy mają myśli samobójcze, czy uważają się za osoby szczęśliwe i czy według nich życie ma sens. Pytania tematyczne zostały poprzedzone pytaniami metryczkowymi.

Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniach był kwestionariusz ankiety opracowany przez zespół naukowo-badawczy powołany przy Głównym Inspektoracie Sanitarnym. Kwestionariusz był wzorowany na kwestionariuszu stosowanym w badaniach GSHS (Global School-based Student Health Survey) i był wykorzystany w ogólnopolskich badaniach w roku 2017. W odpowiedzi na zmieniające się potrzeby badawcze, narzędzie zostało zmodyfikowane o pytania dotyczące zmiany stylu życia w kontekście palenia tytoniu i spożywania alkoholu, zgodnie z aktualnym piśmiennictwem i rekomendacjami w zakresie zdrowia publicznego.

Ankieta miała formę elektroniczną i była realizowana on-line poprzez platformę internetową Microsoft Forms. Link i kod QR do ankiety był przesłany do dyrekcji wybranych szkół średnich w wersji elektronicznej, a te następnie były przekazywane do nauczycieli poszczególnych klas. Kwestionariusz ankiety wypełniali uczniowie podczas zajęć w szkole na swoim smartfonie lub tablecie. Ankietę wypełniali wyłącznie ci uczniowie, którzy wyrazili gotowość i chęć udziału w badaniu. Starano się przebadć jak największą grupę uczniów. Zapewniono anonimowość respondentów i poufność danych – uczestnicy zostali zapewnieni, że adres IP urządzenia, z którego wypełniali ankietę, nie zostanie nigdzie utrwalony.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Kaliskim im. Prezydenta S. Wojciechowskiego w Kaliszu.

### 3.2.3. Opracowanie statystyczne

Na podstawie zebranych danych uzyskanych z ankietyzacji przeprowadzonej wśród młodzieży dokonano analizy statystycznej. Do analizy statystycznej zakwalifikowano 1292 poprawnie wypełnione kwestionariusze ankiet. Dane z ankiet zostały wprowadzone do bazy danych – analizy statystycznej dokonano wykorzystując środowisko programu Statistica. Badanie zależności przeprowadzono testem  $\chi^2$  Pearsona. W przypadku analizy danych z dwóch pytań, w których badano zależność krzyżową wykorzystano współczynnik tau-b Kendalla lub współczynnik korelacji Spearmana.

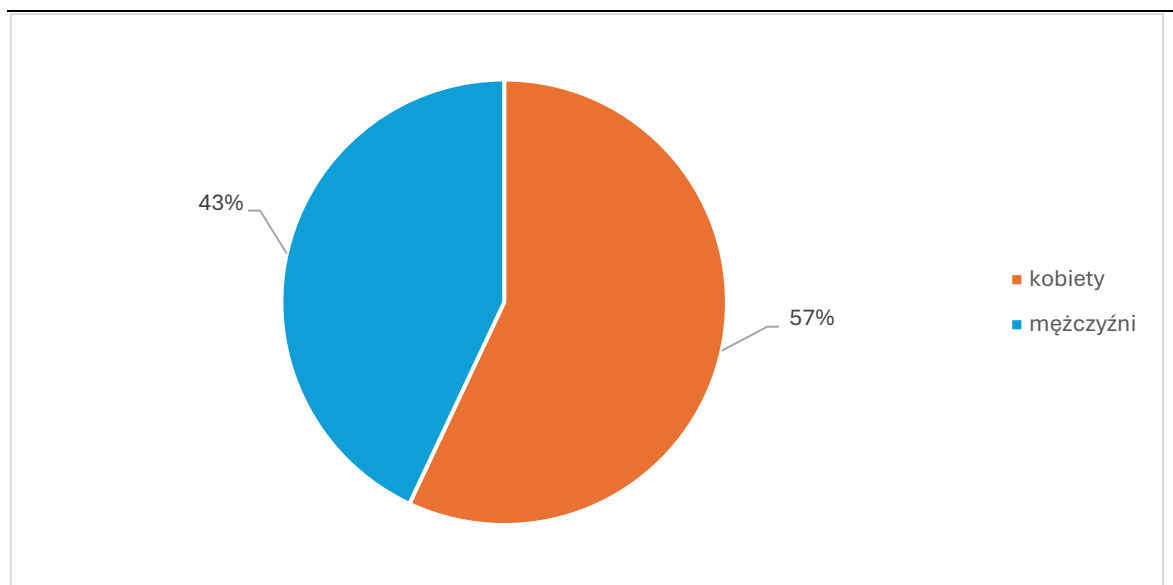
Wyniki testów zostały uznane za istotne statystycznie (wynik jest statystycznie istotny, jeśli wartość  $p$  jest równa lub mniejsza od poziomu istotności), jeżeli ich poziom istotności  $p$  nie był większy niż 0,05 ( $p \leq 0,05$ ).

### 3.2.4. Charakterystyka badanych

W badaniach wzięło udział 1292 uczniów, z czego 737 dziewcząt (57%) i 555 chłopców (43,0%) (tab. 5) (ryc. 4). Wiek badanych zawierał się w przedziale 13-19 lat (średnia wieku 15,5 lat).

Tab. 5. Rozkład liczbowy i procentowy nastolatków biorących udział w badaniu z podziałem na płeć.

|      |           | N    | %     |
|------|-----------|------|-------|
| Płeć | kobiety   | 737  | 57,0  |
|      | mężczyźni | 555  | 43,0  |
|      | Ogółem    | 1292 | 100,0 |

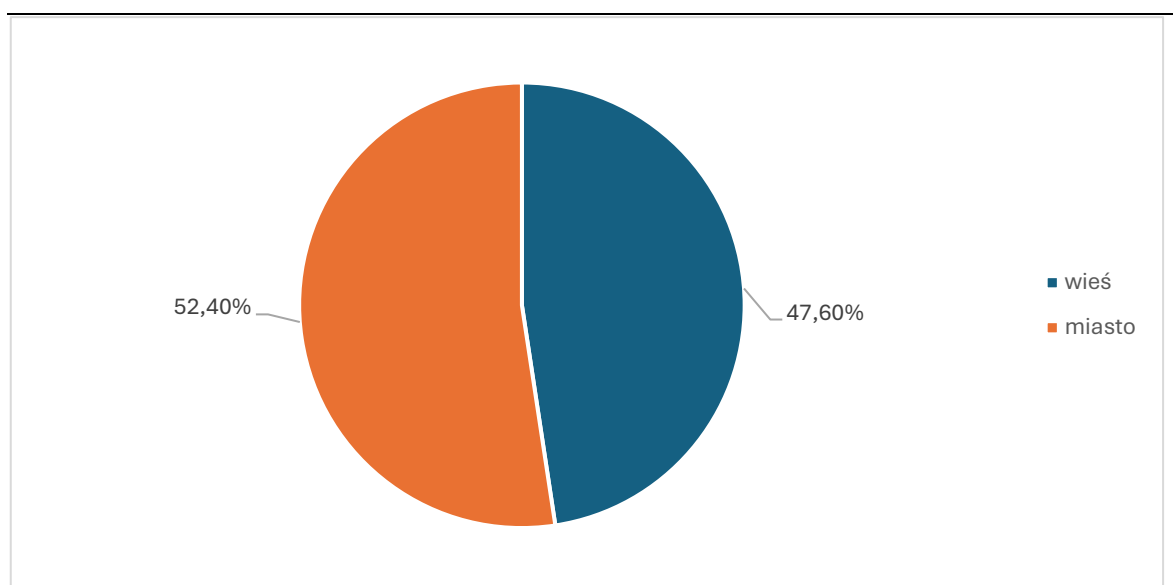


Ryc. 4. Rozkład procentowy nastolatków biorących udział w badaniu z podziałem na płeć.

Blisko połowa badanych nastolatków (47,6%;  $n = 615$ ) to osoby mieszkające na wsi, natomiast pozostała część ankietowanych to osoby mieszkające w mieście (52,4%;  $n = 677$ ). Zarówno w grupie osób mieszkających na wsi, jak i w mieście nieco większą grupę stanowiły dziewczęta, tj. wieś: 57,9% dziewczęta vs 42,1% chłopcy; miasto: 56,3% dziewczęta vs 43,7% chłopcy (tab. 6 (ryc. 5)).

Tab. 6. Badani nastolatki mieszkający na wsi i w mieście z podziałem na płeć.

|      |           | wieś |        | miasto |        |
|------|-----------|------|--------|--------|--------|
|      |           | N    | %      | N      | %      |
| Płeć | kobiety   | 356  | 57,9%  | 381    | 56,3%  |
|      | mężczyźni | 259  | 42,1%  | 296    | 43,7%  |
|      | Ogółem    | 615  | 100,0% | 677    | 100,0% |



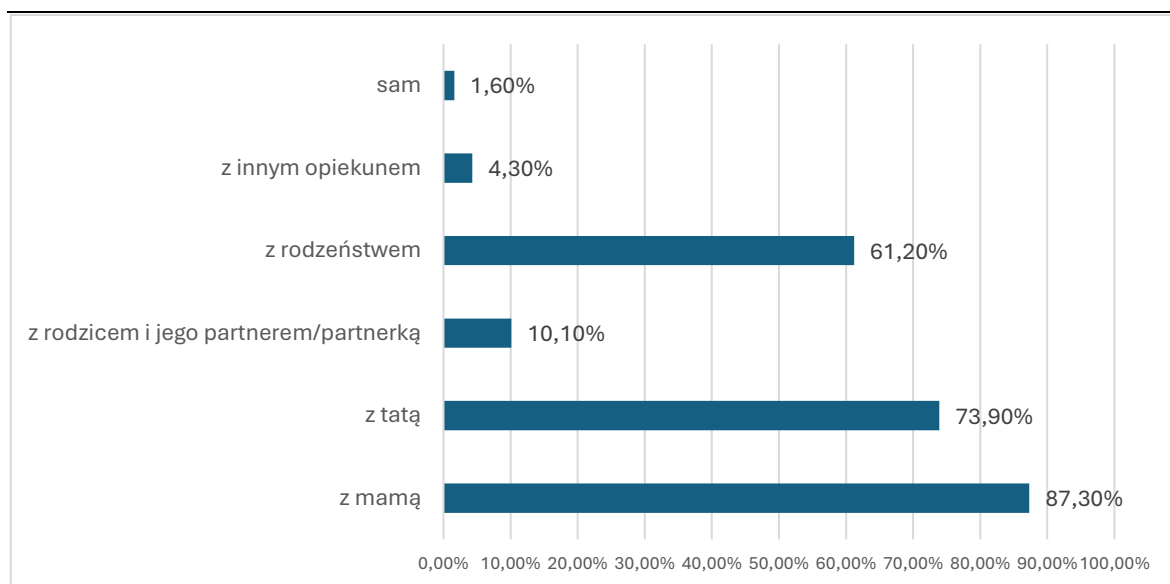
Ryc. 5. Rozkład procentowy miejsca zamieszkania nastolatków biorących udział w badaniu.

Badani nastolatki w chwili przeprowadzenia badań mieszkali najczęściej wspólnie ze swoją mamą (87,3%) i/lub tatą (73,9%). Zdecydowanie rzadziej deklarowali, że mieszkają wspólnie w rodzicem i jego partnerem/partnerką (10,1%), z rodzeństwem (61,2%) lub z innym opiekunem (4,3%). Uczniowie najrzadziej deklarowali, że mieszkają sami (1,6%) (tab. 7) (ryc. 6).

Tab. 7. Zamieszkanie wspólne lub samodzielne badanych nastolatków.

| Zamieszkanie wspólne / samodzielne    | N    | %     |
|---------------------------------------|------|-------|
| z mamą                                | 1128 | 87,3% |
| z tatą                                | 955  | 73,9% |
| z rodzicem i jego partnerem/partnerką | 130  | 10,1% |
| z rodzeństwem                         | 791  | 61,2% |
| z innym opiekunem                     | 56   | 4,3%  |
| sam                                   | 21   | 1,6%  |

Pytanie z wielokrotną odpowiedzią

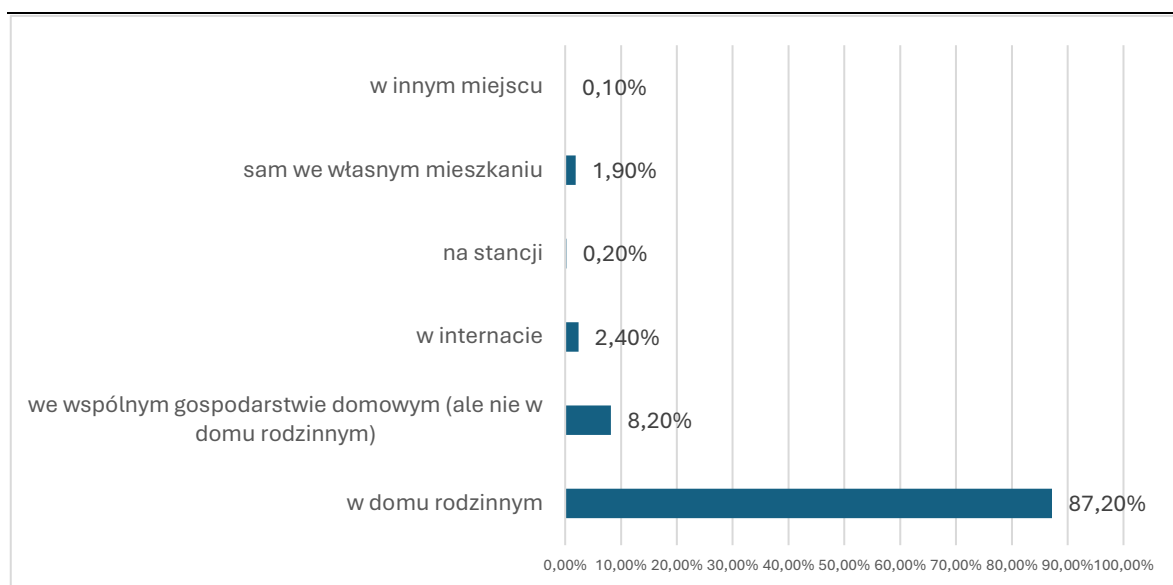


Ryc. 6. Zamieszkanie wspólne lub samodzielne badanych nastolatków.

Poddani badaniu nastolatki zdecydowanie najczęściej w chwili przeprowadzania badań mieszkali w domu rodzinnym (87,2%), w dalszej kolejności we wspólnym gospodarstwie domowym (ale nie w domu rodzinnym) (8,2%), w internacie (2,4%), na stacji (0,2%), samotnie we własnym mieszkaniu (1,9%) lub w innym miejscu (0,1%) (tab. 8) (ryc. 7).

Tab. 8. Rodzaj miejsca zamieszkania badanych nastolatków.

|                                      |                                                              | N    | %      |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------|--------|
| W jakim miejscu aktualnie mieszkasz? | w domu rodzinnym                                             | 1122 | 87,2%  |
|                                      | we wspólnym gospodarstwie domowym (ale nie w domu rodzinnym) | 105  | 8,2%   |
|                                      | w internacie                                                 | 31   | 2,4%   |
|                                      | na stacji                                                    | 3    | 0,2%   |
|                                      | sam we własnym mieszkaniu                                    | 25   | 1,9%   |
|                                      | w innym miejscu                                              | 1    | 0,1%   |
|                                      | Ogółem                                                       | 1287 | 100,0% |



Ryc. 7. Rodzaj miejsca zamieszkania badanych nastolatków.

Odsetek nastolatków deklaruujących różne miejsca zamieszkania nie różnił się istotnie w zależności od płci (tab. 9).

Tab. 9. Rodzaj miejsca zamieszkania badanych nastolatków z podziałem na płeć.

|                                      |                                                              | kobiety |        | mężczyźni |        |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|
|                                      |                                                              | N       | %      | N         | %      |
| W jakim miejscu aktualnie mieszkasz? | w domu rodzinnym                                             | 636     | 86,6%  | 486       | 88,0%  |
|                                      | we wspólnym gospodarstwie domowym (ale nie w domu rodzinnym) | 63      | 8,6%   | 42        | 7,6%   |
|                                      | w internacie                                                 | 19      | 2,6%   | 12        | 2,2%   |
|                                      | na stacji                                                    | 2       | 0,3%   | 1         | 0,1%   |
|                                      | sam we własnym mieszkaniu                                    | 14      | 1,9%   | 11        | 2,0%   |
|                                      | w innym miejscu                                              | 1       | 0,1%   | 0         | 0%     |
|                                      | Ogółem                                                       | 735     | 100,0% | 552       | 100,0% |

### 3.3. Wyniki badań

Wyniki badań własnych przedstawiono poniżej pogrupowane według kategorii problemowych, tj.:

1. Palenie papierosów przez młodzież.
2. Picie alkoholu przez młodzież.
3. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież – inne.
4. Samoocena stanu zdrowia młodzieży oraz zainteresowanie, wsparcie i ocena relacji z rodzicami lub opiekunami.
5. Zależności pomiędzy odpowiedziami na różne pytania.

#### 3.3.1. Palenie papierosów przez młodzież

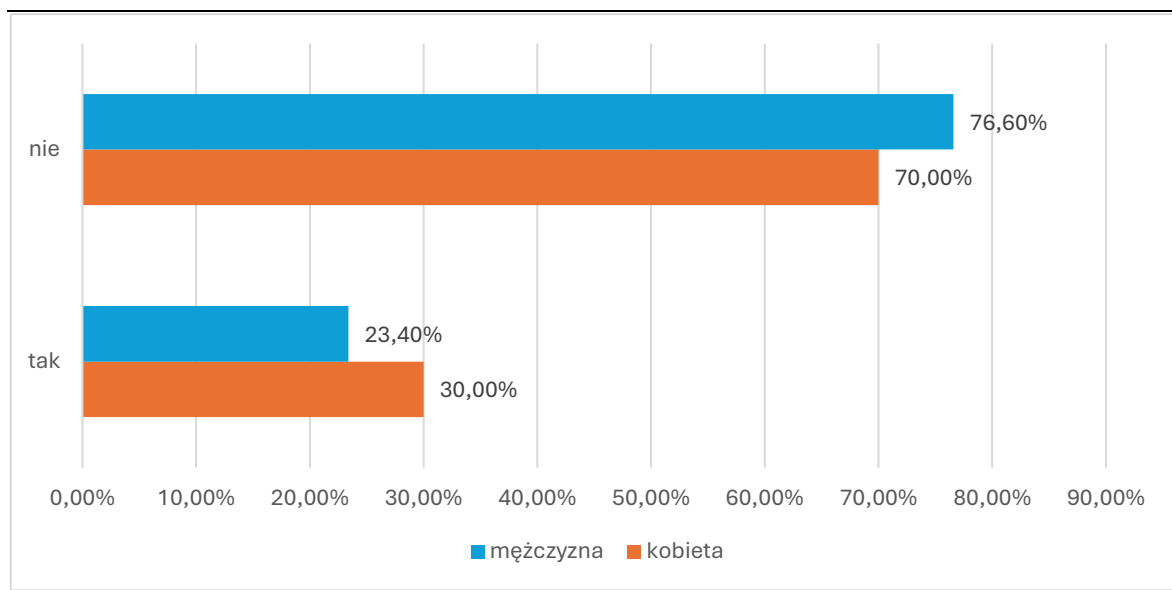
Na pytanie dotyczące palenia papierosów blisko 1/3 ankietowanych uczniów (27,2%) odpowiedziała twierdząco, przyznając, że pali papierosy. Pozostałe 72,8% uczniów zadeklarowało, że nie pali. Zwraca uwagę fakt, że palenie papierosów częściej deklarowały dziewczęta niż chłopcy – odpowiednio 30,0% dziewcząt w porównaniu do 23,4% chłopców (tab. 10) (ryc. 8).

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między płcią a paleniem papierosów ( $p = 0,009$ ).

Tab. 10. Palenie papierosów przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy palisz papierosy? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-----------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                       | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| Tak                   | 221     | 30,0%  | 130       | 23,4%  | 351    | 27,2%  |
| Nie                   | 516     | 70,0%  | 425       | 76,6%  | 941    | 72,8%  |
| Ogółem                | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p = 0,009$ .



Ryc. 8. Palenie papierosów przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.

Jak wynika z analizy wyników badań odsetek nastolatków, który pali papierosy jest niemal taki sam na wsi, jak i w mieście (26,7% vs 27,6%) (tab. 11).

Tab. 11. Palenie papierosów przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy palisz papierosy? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                       | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| Tak                   | 164    | 26,7%  | 187       | 27,6%  | 351    | 27,2%  |
| Nie                   | 451    | 73,3%  | 490       | 72,4%  | 941    | 72,8%  |
| Ogółem                | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,7.

Ankietowani nastolatki odpowiedzieli na pytanie, ile mieli lat, gdy po raz pierwszy zapalili papierosa. Z zebranych danych wynika, że: 28,2% badanych przyznało, że zapaliło pierwszego papierosa w wieku 14–15 lat, 21,7% zadeklarowało, że miało wtedy 12–13 lat, 14,4% sięgnęło po papierosa w wieku 16–17 lat, 10,9% zapaliło po raz pierwszy w wieku 10–11 lat. Niewielki odsetek młodzieży wskazał na jeszcze wcześniejszy wiek inicjacji: 3,5% zapaliło pierwszego papierosa poniżej 7. roku życia, 3,1% w wieku 8–9 lat. Zaledwie 17,1% respondentów przyznało, że nigdy nie paliło ani nie próbowało papierosów. Wyniki ujawniają wyraźne różnice między płciami: więcej chłopców niż dziewcząt nigdy nie paliło papierosów (20,2% vs 15,2%), jednocześnie większy odsetek chłopców niż dziewcząt zadeklarował, że zapalił pierwszego papierosa poniżej 7. roku życia

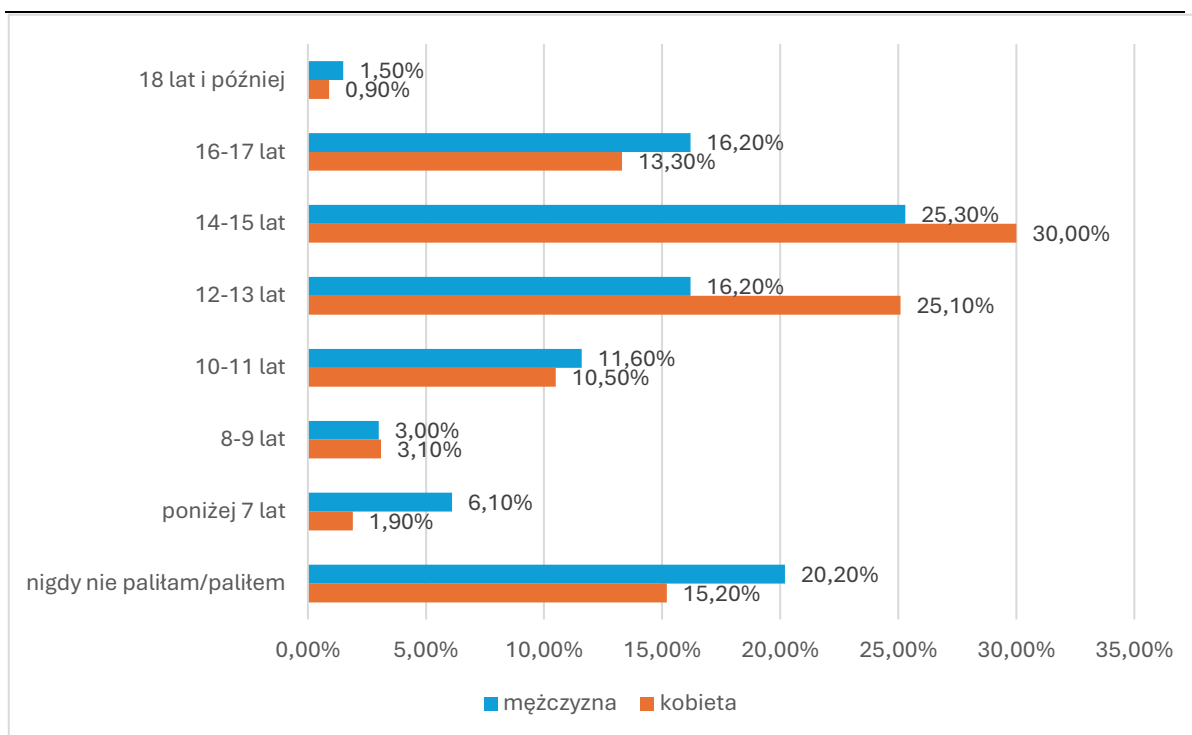
(6,1% vs 1,95%), dziewczęta częściej niż chłopcy sięgali po pierwszy papieros w wieku 12–13 lat (25,1% vs 16,2%) oraz 14–15 lat (30,0% vs 25,3%).

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między płcią a wiekiem inicjacji palenia papierosów ( $p = 0,039$ ) (tab. 12) (ryc. 9).

Tab. 12. Wiek, w którym nastolatki spróbowały pierwszego papierosa z podziałem na płeć badanych.

| Ile miałaś/miałeś lat<br>kiedy spróbowałaś/spróbowałeś<br>pierwszego papierosa? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                 | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy nie paliłam/paliłem                                                       | 49      | 15,2%  | 40        | 20,2%  | 89     | 17,1%  |
| poniżej 7 lat                                                                   | 6       | 1,9%   | 12        | 6,1%   | 18     | 3,5%   |
| 8-9 lat                                                                         | 10      | 3,1%   | 6         | 3,0%   | 16     | 3,1%   |
| 10-11 lat                                                                       | 34      | 10,5%  | 23        | 11,6%  | 57     | 10,9%  |
| 12-13 lat                                                                       | 81      | 25,1%  | 32        | 16,2%  | 113    | 21,7%  |
| 14-15 lat                                                                       | 97      | 30,0%  | 50        | 25,3%  | 147    | 28,2%  |
| 16-17 lat                                                                       | 43      | 13,3%  | 32        | 16,2%  | 75     | 14,4%  |
| 18 lat i później                                                                | 3       | 0,9%   | 3         | 1,5%   | 6      | 1,2%   |
| Ogółem                                                                          | 323     | 100,0% | 198       | 100,0% | 521    | 100,0% |

$p = 0,039$ .



Ryc. 9. Wiek, w którym nastolatki spróbowały pierwszego papierosa z podziałem na płeć badanych.

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między miejscem zamieszkania a wiekiem, w którym nastolatki po raz pierwszy spróbowały papierosa (tab. 13).

Tab. 13. Wiek, w którym nastolatki spróbowali pierwszego papierosa z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Ile miałś/miałaś lat kiedy spróbowałeś/spróbowałaś pierwszego papierosa? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                          | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy nie paliłam/paliłem                                                | 47     | 18,6%  | 42        | 15,7%  | 89     | 17,1%  |
| poniżej 7 lat                                                            | 7      | 2,8%   | 11        | 4,1%   | 18     | 3,5%   |
| 8-9 lat                                                                  | 9      | 3,6%   | 7         | 2,6%   | 16     | 3,1%   |
| 10-11 lat                                                                | 26     | 10,3%  | 31        | 11,6%  | 57     | 10,9%  |
| 12-13 lat                                                                | 47     | 18,6%  | 66        | 24,6%  | 113    | 21,7%  |
| 14-15 lat                                                                | 72     | 28,5%  | 75        | 28,0%  | 147    | 28,2%  |
| 16-17 lat                                                                | 41     | 16,2%  | 34        | 12,7%  | 75     | 14,4%  |
| 18 lat i później                                                         | 4      | 1,6%   | 2         | 0,7%   | 6      | 1,2%   |
| Ogółem                                                                   | 253    | 100,0% | 268       | 100,0% | 521    | 100,0% |

p = 0,539.

Analiza wyników badania wskazuje, że prawie połowa nastolatków, którzy palą papierosy i odpowiedzieli na to pytanie (47,3%), zadeklarowała, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy próbowała rzucić palenie. Co istotne, dziewczęta nieco częściej niż chłopcy podejmowały takie próby – odpowiednio 49,6% dziewcząt w porównaniu do 43,5% chłopców (tab. 14).

Tab. 14. Próba rzucenia palenia przez nastolatki w ciągu ostatnich 12 miesięcy z podziałem na płeć badanych.

| Czy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy próbowałeś/próbowałaś rzucić palenie? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                             | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, próbowałam/próbowałem rzucić palenie                                   | 138     | 49,6%  | 73        | 43,5%  | 211    | 47,3%  |
| NIE, nie próbowałam/próbowałem rzucić palenia                               | 140     | 50,4%  | 95        | 56,5%  | 235    | 52,7%  |
| Ogółem                                                                      | 278     | 100,0% | 168       | 100,0% | 446    | 100,0% |

p = 0,205.

Wśród palących nastolatków, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy próbowali rzucić palenie papierosów, większy odsetek stanowili uczniowie mieszkający na wsi – 52,6% w porównaniu do 42,6% młodzieży mieszkającej w mieście (tab. 15).

Analiza wykazała istotną statystycznie zależność między miejscem zamieszkania, a próbami rzucenia palenia (p = 0,034).

Tab. 15. Próba rzucenia palenia przez nastolatków w ciągu ostatnich 12 miesięcy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy próbowałeś/próbowałam rzucić palenie? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                             | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, próbowałam/próbowałam rzucić palenie                                   | 111    | 52,6%  | 100       | 42,6%  | 211    | 47,3%  |
| NIE, nie próbowałam/próbowałam rzucić palenia                               | 100    | 47,4%  | 135       | 57,4%  | 235    | 52,7%  |
| Ogółem                                                                      | 211    | 100,0% | 235       | 100,0% | 446    | 100,0% |

p = 0,034.

Część palącej papierosy młodzieży przyznała także przez ile dni paliła papierosy w ciągu ostatniego miesiąca. Jak wynika z analizy wyników aż ¼ badanych (25,6%) paliła papierosy każdego dnia, a kolejne 10% ankietowanych powyżej 20 dni w ostatnim miesiącu. Prawie połowa nastolatków (49,4%), którzy odpowiedzieli na to pytanie przyznała, że w ciągu ostatniego miesiąca paliła papierosy bardzo rzadko – okazjonalnie, tj. 28,8% nie paliło w ogóle (0 dni), 10,6% paliło 1-2 dni, 10,0% paliło papierosy 3-5 dni. Nie zaobserwowano dużych różnic w odpowiedziach na to pytanie pomiędzy chłopcami a dziewczętami (tab. 16).

Tab. 16. Liczba dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których nastolatki paliły papierosy z podziałem na płeć badanych.

| Podaj liczbę dni W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA, w których paliłeś/paliłaś papierosy? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                    | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| 0 dni                                                                              | 83      | 28,6%  | 53        | 29,1%  | 136    | 28,8%  |
| 1- 2 dni                                                                           | 31      | 10,7%  | 19        | 10,4%  | 50     | 10,6%  |
| 3- 5 dni                                                                           | 29      | 10,0%  | 18        | 9,9%   | 47     | 10,0%  |
| 6-9 dni                                                                            | 25      | 8,6%   | 12        | 6,6%   | 37     | 7,8%   |
| 10-19 dni                                                                          | 18      | 6,2%   | 16        | 8,8%   | 34     | 7,2%   |
| powyżej 20 dni                                                                     | 31      | 10,7%  | 16        | 8,8%   | 47     | 10,0%  |
| codziennie                                                                         | 73      | 25,2%  | 48        | 26,4%  | 121    | 25,6%  |
| Ogółem                                                                             | 290     | 100,0% | 182       | 100,0% | 472    | 100,0% |

p = 0,909.

Wśród nastolatków, którzy nie palili papierosów w ogóle w ciągu ostatniego miesiąca (0 dni), większy odsetek stanowili uczniowie mieszkający na wsi – 31,6% w porównaniu do 26,2% młodzieży z miasta. Z kolei w grupie nastolatków, którzy palili papierosy codziennie w ostatnim miesiącu, zdecydowanie więcej było osób mieszkających w mieście – 31,6% w porównaniu do 19,3% respondentów ze wsi (tab. 17).

Tab. 17. Liczba dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których nastolatki paliły papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Podaj liczbę dni W CIĄGU<br>OSTATNIEGO MIESIĄCA,<br>w których paliłeś/paliłaś papierosy? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                          | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| 0 dni                                                                                    | 72     | 31,6%  | 64        | 26,2%  | 136    | 28,8%  |
| 1- 2 dni                                                                                 | 23     | 10,1%  | 27        | 11,1%  | 50     | 10,6%  |
| 3- 5 dni                                                                                 | 25     | 11,0%  | 22        | 9,0%   | 47     | 10,0%  |
| 6-9 dni                                                                                  | 20     | 8,8%   | 17        | 7,0%   | 37     | 7,8%   |
| 10-19 dni                                                                                | 19     | 8,3%   | 15        | 6,1%   | 34     | 7,2%   |
| powyżej 20 dni                                                                           | 25     | 11,0%  | 22        | 9,0%   | 47     | 10,0%  |
| codziennie                                                                               | 44     | 19,3%  | 77        | 31,6%  | 121    | 25,6%  |
| Ogółem                                                                                   | 228    | 100,0% | 244       | 100,0% | 472    | 100,0% |

p = 0,11.

W badaniu dotyczącym zakupu papierosów przez młodzież, ankietowani odpowiedzieli na pytanie, czy w ciągu ostatniego miesiąca odmówiono im sprzedaży papierosów z powodu zbyt młodego wieku. Aż ¼ nastolatków (25,5%), którzy odpowiedzieli na to pytanie przyznało, że kupili papierosy bez kłopotu (nikt nie pytał o ich wiek), zaś blisko połowa badanej młodzieży (46,7%), która udzieliła odpowiedzi na to pytanie przyznało, że nie próbowało kupować papierosów w tym czasie. Tylko średnio co 10. badany nastolatek (9,0%), który chciał kupić papierosy nie zostały mu one sprzedane z powodu zbyt młodego wieku. Wśród młodzieży, która kupiła papierosy bez problemu zdecydowanie więcej było dziewcząt (30,0% vs 18,5%), z kolei w grupie nastolatków, której zdecydowanie częściej odmówiono sprzedaży papierosów z powodu zbyt młodego wyglądu więcej było chłopców (14,0% vs 5,7%). Te wyniki sugerują, że dziewczęta mogą być postrzegane jako starsze niż są w rzeczywistości, może to być związane z nałożonym makijażem i sposobem ubioru, co potencjalnie ułatwia im zakup papierosów. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy płcią, a odmową sprzedaży papierosów z powodu zbyt młodego wieku ( $p = 0,001$ ). Może to oznaczać, że różnice te nie są przypadkowe i mogą wskazywać na systematyczny wzorec w postrzeganiu wieku przez sprzedawców (tab. 18).

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy płcią nastolatków a odmawianiem im sprzedaży papierosów z powodu zbyt młodego wieku ( $p = 0,001$ ).

Tab. 18. Odmawianie sprzedaży nastolatkom papierosów z powodu ich zbyt młodego wieku z podziałem na płeć badanych.

| Czy W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA ktokolwiek odmówił Ci sprzedaży papierosów z powodu zbyt młodego wieku? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                         | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nie próbowałem kupować papierosów w tym czasie                                                          | 133     | 47,5%  | 81        | 45,5%  | 214    | 46,7%  |
| TAK, nie sprzedano mi papierosów z powodu zbyt młodego wieku                                            | 16      | 5,7%   | 25        | 14,0%  | 41     | 9,0%   |
| NIE, mam 18 lat i mogę kupować papierosy                                                                | 47      | 16,8%  | 39        | 21,9%  | 86     | 18,8%  |
| nie, kupiłem/am papierosy bez kłopotu i nikt nie pytał o mój wiek                                       | 84      | 30,0%  | 33        | 18,5%  | 117    | 25,5%  |
| Ogółem                                                                                                  | 280     | 100,0% | 178       | 100,0% | 458    | 100,0% |

p = 0,001.

W badaniu dotyczącym zakupu papierosów przez niepełnoletnich, analizowano również wpływ miejsca zamieszkania na prawdopodobieństwo zakupu papierosów bez kontroli wieku oraz na częstość odmowy sprzedaży z powodu zbyt młodego wyglądu. W miastach większy odsetek nastolatków kupił papierosy bez problemu niż na wsi (30,7% vs 20,0%). Jednocześnie to również w miastach częściej odmawiano sprzedaży papierosów z powodu zbyt młodego wieku (10,9% vs 6,8%) (tab. 19). Ten pozorny paradoks można tłumaczyć większą liczbą punktów sprzedaży i większą anonimowością w mieście – może to zarówno sprzyjać łatwiejszemu zakupowi, jak i częstszym kontrolom wiekowym.

Wykazano istotną statystycznie zależność między miejscem zamieszkania, a przypadkami odmowy sprzedaży papierosów z powodu zbyt młodego wieku (p = 0,004), co oznacza, że różnice między miastem a wsią są statystycznie istotne i nieprzypadkowe.

Tab. 19. Odmawianie sprzedaży nastolatkom papierosów z powodu ich zbyt młodego wieku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA ktokolwiek odmówił Ci sprzedaży papierosów z powodu zbyt młodego wieku? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                         | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nie próbowałem kupować papierosów w tym czasie                                                          | 121    | 55,0%  | 93        | 39,1%  | 214    | 46,7%  |
| TAK, nie sprzedano mi papierosów z powodu zbyt młodego wieku                                            | 15     | 6,8%   | 26        | 10,9%  | 41     | 9,0%   |
| NIE, mam 18 lat i mogę kupować papierosy                                                                | 40     | 18,2%  | 46        | 19,3%  | 86     | 18,8%  |
| nie, kupiłem/am papierosy bez kłopotu i nikt nie pytał o mój wiek                                       | 44     | 20,0%  | 73        | 30,7%  | 117    | 25,5%  |
| Ogółem                                                                                                  | 220    | 100,0% | 238       | 100,0% | 458    | 100,0% |

p = 0,004.

Wśród nastolatków, którzy w ciągu ostatniego miesiąca palili papierosy, badani zostali poproszeni o określenie średniej liczby papierosów wypalanych dziennie w dniach, w których palili. 5,3% badanych przyznało, że paliło ponad 20 papierosów dziennie (czyli więcej niż paczkę). Tego typu intensywne palenie częściej deklarowali chłopcy (8,8%) niż dziewczęta (3,1%). Największa grupa palących nastolatków wskazała, że paliła mniej niż 1 papierosa dziennie – 41,9% (częściej dziewczęta niż chłopcy: 43,4% vs 39,4%) oraz od 2 do 5 papierosów dziennie – 32,5% (również częściej dziewczęta: 36,8% vs 25,6%) (tab. 20).

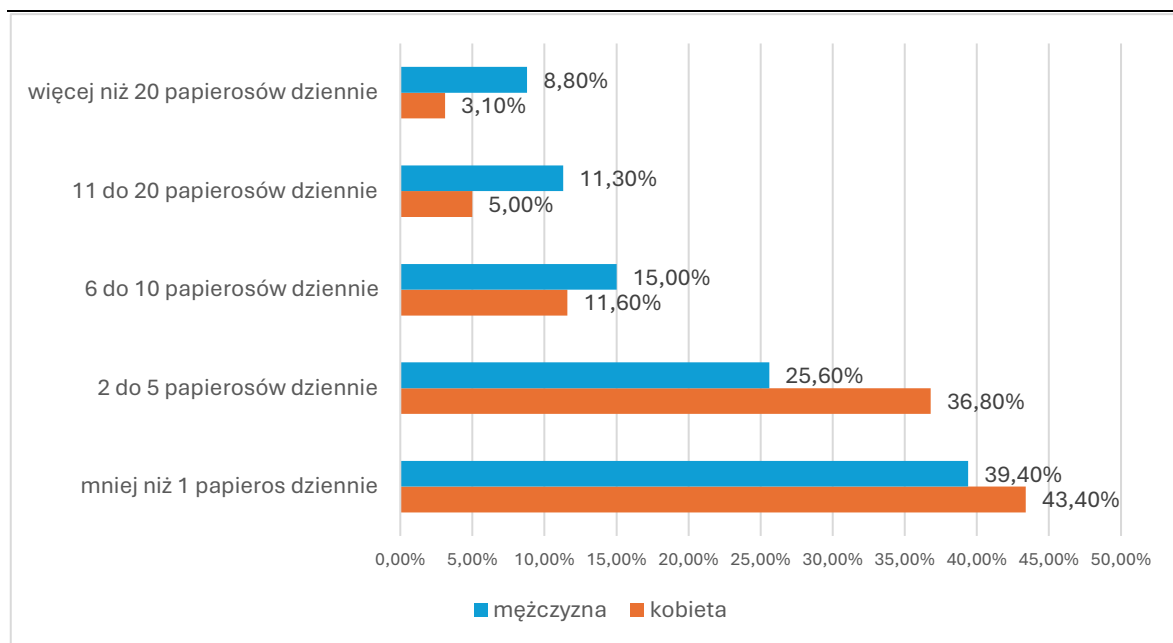
Powyższe dane wskazują zatem, że większość palących nastolatków pali okazjonalnie lub umiarkowanie. Cięższe wzorce palenia (powyżej 20 papierosów dziennie) są rzadkie, ale istotnie częstsze wśród chłopców. Dziewczęta częściej deklarują lżejsze wzorce palenia, co może wynikać z różnych motywacji (np. społecznych czy estetycznych) lub stylu życia.

Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy płcią a ilością wypalanych papierosów dziennie ( $p = 0,003$ ), co oznacza, że różnice między chłopcami a dziewczętami w intensywności palenia są znaczące i nieprzypadkowe.

Tab. 20. Dzienna średnia ilość wypalanych papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.

| Ile średnio dziennie wypalałeś/wypalałaś papierosów w dniach, w których paliłeś/paliłaś<br>W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                        | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| mniej niż 1 papieros dziennie                                                                                          | 112     | 43,4%  | 63        | 39,4%  | 175    | 41,9%  |
| 2 do 5 papierosów dziennie                                                                                             | 95      | 36,8%  | 41        | 25,6%  | 136    | 32,5%  |
| 6 do 10 papierosów dziennie                                                                                            | 30      | 11,6%  | 24        | 15,0%  | 54     | 12,9%  |
| 11 do 20 papierosów dziennie                                                                                           | 13      | 5,0%   | 18        | 11,3%  | 31     | 7,4%   |
| więcej niż 20 papierosów dziennie                                                                                      | 8       | 3,1%   | 14        | 8,8%   | 22     | 5,3%   |
| Ogółem                                                                                                                 | 258     | 100,0% | 160       | 100,0% | 418    | 100,0% |

$p = 0,003$ .



Ryc. 10. Dzienna średnia ilość wypalanych papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.

Młodzież mieszkająca na wsi częściej niż młodzież z miasta zadeklarowała (46,7% vs 37,7%), że wypalała średnio mniej niż 1 papierosa dziennie w ciągu ostatniego miesiąca (tab. 21).

Tab. 21. Dzienna średnia ilość wypalanych papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Ile średnio dziennie wypalałeś/wypalałaś papierosów w dniach, w których paliłeś/paliłaś<br>W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                        | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| mniej niż 1 papieros dziennie                                                                                          | 91     | 46,7%  | 84        | 37,7%  | 175    | 41,9%  |
| 2 do 5 papierosów dziennie                                                                                             | 60     | 30,8%  | 76        | 34,1%  | 136    | 32,5%  |
| 6 do 10 papierosów dziennie                                                                                            | 23     | 11,8%  | 31        | 13,9%  | 54     | 12,9%  |
| 11 do 20 papierosów dziennie                                                                                           | 10     | 5,1%   | 21        | 9,4%   | 31     | 7,4%   |
| więcej niż 20 papierosów dziennie                                                                                      | 11     | 5,6%   | 11        | 4,9%   | 22     | 5,3%   |
| Ogółem                                                                                                                 | 195    | 100,0% | 223       | 100,0% | 418    | 100,0% |

p = 0,249.

W kwestionariuszu ankiety młodzież miała możliwość wskazania różnych sposobów pozyskiwania papierosów w ciągu ostatniego miesiąca (pytanie wielokrotnego wyboru). Ponad połowa respondentów, którzy odpowiedzieli na to pytanie wskazała, że papierosy nabyli w drodze kupna w sklepie (54,7%), w dalszej kolejności młodzież była częstowana przez rówieśników (48,1%), zaś jeszcze w mniejszym odsetku przypadków (28,0%)

nastolatki dawali pieniądze innym, by kupiono im papierosy. Chłopcy częściej niż dziewczęta kupowali papierosy w sklepie (61,5% vs 50,6%), natomiast dziewczęta częściej niż chłopcy były częstowane papierosami przez rówieśników (50,2% vs 44,6%) oraz częściej niż chłopcy dawały pieniądze innym, by te osoby kupiły im papierosy (32,5% vs 20,3%) (tab. 22). Z powyższego można domniemywać, że zakup papierosów przez nastolatków w sklepie wciąż dominuje, mimo formalnych ograniczeń wiekowych. Chłopcy są bardziej samodzielni w zakupach, co może wskazywać na większą pewność siebie lub niższą kontrolę sprzedawców wobec chłopców.

Tab. 22. Sposób nabycia papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.

| W jaki sposób nabywałaś/nabywałś papierosy<br>W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA?<br>(możesz wybrać kilka odpowiedzi) | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| kupowałam w sklepie                                                                                            | 126     | 50,6%  | 91        | 61,5%  | 217    | 54,7%  |
| dawałam pieniądze innym,<br>by mi kupili papierosy                                                             | 81      | 32,5%  | 30        | 20,3%  | 111    | 28,0%  |
| byłam częstowana/częstowany<br>przez rówieśników                                                               | 125     | 50,2%  | 66        | 44,6%  | 191    | 48,1%  |
| byłam częstowana/częstowany<br>przez dorosłych                                                                 | 22      | 8,8%   | 24        | 16,2%  | 46     | 11,6%  |
| kupowałam/kupowałam taniej<br>na bazarze lub od handlarzy                                                      | 6       | 2,4%   | 8         | 5,4%   | 14     | 3,5%   |
| Ogółem                                                                                                         | 249     | 100,0% | 148       | 100,0% | 397    | 100,0% |

Pytanie z wielokrotną odpowiedzią

Nastolatki w mieście częściej niż na wsi kupowały papierosy w sklepie (61,6% vs 46,8%), natomiast nastolatki mieszkające na wsi częściej dawały pieniądze innym osobom, żeby te kupowały dla nich papierosy (31,2% vs 25,1%) (tab. 23).

Tab. 23. Sposób nabycia papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| W jaki sposób nabywałaś/nabywałś papierosy<br>W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA?<br>(możesz wybrać kilka odpowiedzi) | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| kupowałam w sklepie                                                                                            | 87     | 46,8%  | 130       | 61,6%  | 217    | 54,7%  |
| dawałam pieniądze innym,<br>by mi kupili papierosy                                                             | 58     | 31,2%  | 53        | 25,1%  | 111    | 28,0%  |
| byłam częstowana/częstowany<br>przez rówieśników                                                               | 89     | 47,8%  | 102       | 48,3%  | 191    | 48,1%  |
| byłam częstowana/częstowany<br>przez dorosłych                                                                 | 23     | 12,4%  | 23        | 10,9%  | 46     | 11,6%  |
| kupowałam/kupowałam taniej<br>na bazarze lub od handlarzy                                                      | 9      | 4,8%   | 5         | 2,4%   | 14     | 3,5%   |
| Ogółem                                                                                                         | 186    | 100,0% | 211       | 100,0% | 397    | 100,0% |

Pytanie z wielokrotną odpowiedzią

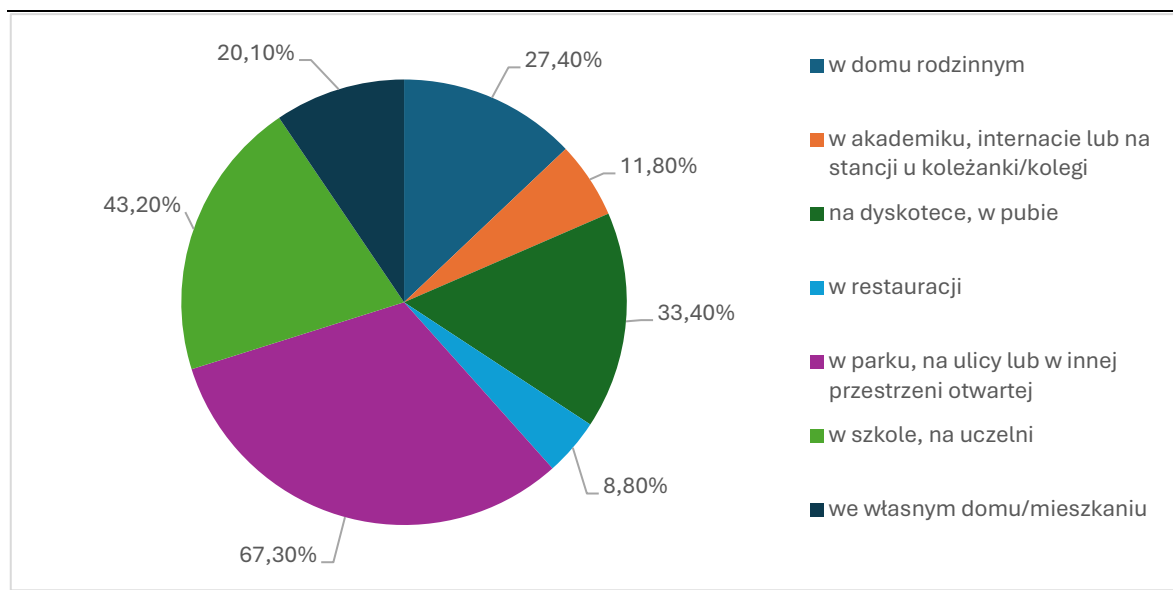
Młodzież określiła także, gdzie najczęściej pali papierosy. Jak wynika z odpowiedzi nastolatków (kwestionariusz ankiety zakładał możliwość wskazania kilku odpowiedzi) najczęściej palą oni papierosy w miejscach odosobnionych i zapewniających anonimowość, tj. w parku, na ulicy lub w innej przestrzeni otwartej (67,3%). Może to wynikać z chęci ukrycia się przed dorosłymi, nauczycielami lub rodzicami. Kolejnym najczęściej wskazywanym miejscem jest szkoła / uczelnia (43,2%) oraz dyskoteka / pub (33,4%). Dom rodzinny (27,4%), choć wskazywany rzadziej, wciąż pojawia się w odpowiedziach co czwartego palącego nastolatka, co może wskazywać na niską kontrolę rodzicielską lub tolerancję wobec palenia w niektórych rodzinach.

Dziewczęta częściej niż chłopcy paliły w przestrzeni otwartej (69,3% vs 63,9%), co może sugerować większą ostrożność i unikanie palenia w miejscach kontrolowanych (np. domu czy szkole). Chłopcy z kolei częściej niż dziewczęta palą w szkole/na uczelni (49,0% vs 39,8%), czy w restauracjach (15,6% vs 4,8%) – może to wynikać z większego poczucia swobody lub mniejszego strachu przed oceną społeczną (tab. 24) (ryc. 11).

Tab. 24. Miejsca, w których nastolatki najczęściej palą papierosy z podziałem na płeć badanych.

| Gdzie najczęściej palisz papierosy?<br>(możesz wybrać kilka odpowiedzi) | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                         | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| w domu rodzinnym                                                        | 69      | 27,5%  | 40        | 27,2%  | 109    | 27,4%  |
| w akademiku, internacie<br>lub na stacji u koleżanki/kolegi             | 28      | 11,2%  | 19        | 12,9%  | 47     | 11,8%  |
| na dyskotecę, w pubie                                                   | 85      | 33,9%  | 48        | 32,7%  | 133    | 33,4%  |
| w restauracji                                                           | 12      | 4,8%   | 23        | 15,6%  | 35     | 8,8%   |
| w parku, na ulicy<br>lub w innej przestrzeni otwartej                   | 174     | 69,3%  | 94        | 63,9%  | 268    | 67,3%  |
| w szkole, na uczelni                                                    | 100     | 39,8%  | 72        | 49,0%  | 172    | 43,2%  |
| we własnym domu/mieszkanie                                              | 52      | 20,7%  | 28        | 19,0%  | 80     | 20,1%  |
| Ogółem                                                                  | 251     | 100,0% | 147       | 100,0% | 398    | 100,0% |

Pytanie z wielokrotną odpowiedzią



Ryc. 11. Miejsca, w których nastolatki najczęściej palą papierosy.

Młodzież mieszkająca w mieście częściej niż nastolatki mieszkający na wsi palą papierosy w parku lub na ulicy (70,9% vs 63,2%), we własnym domu/mieszkanie (23,9% vs 15,7%), w szkole/na uczelni (45,1% vs 41,1%) oraz w akademiku/internacie (13,1% vs 10,3%). Młodzież mieszkająca na wsi nieco częściej niż młodzież z miasta pali papierosy na dyskotecę lub w pubie (34,1% vs 32,9%) (tab. 25).

Tab. 25. Miejsca, w których nastolatki najczęściej palą papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Gdzie najczęściej palisz papierosy?<br>(możesz wybrać kilka odpowiedzi) | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                         | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| w domu rodzinnym                                                        | 49     | 26,5%  | 60        | 28,2%  | 109    | 27,4%  |
| w akademiku, internacie<br>lub na stacji u koleżanki/kolegi             | 19     | 10,3%  | 28        | 13,1%  | 47     | 11,8%  |
| na dyskotecę, w pubie                                                   | 63     | 34,1%  | 70        | 32,9%  | 133    | 33,4%  |
| w restauracji                                                           | 15     | 8,1%   | 20        | 9,4%   | 35     | 8,8%   |
| w parku, na ulicy<br>lub w innej przestrzeni otwartej                   | 117    | 63,2%  | 151       | 70,9%  | 268    | 67,3%  |
| w szkole, na uczelni                                                    | 76     | 41,1%  | 96        | 45,1%  | 172    | 43,2%  |
| we własnym domu/mieszkanie                                              | 29     | 15,7%  | 51        | 23,9%  | 80     | 20,1%  |
| Ogółem                                                                  | 185    | 100,0% | 213       | 100,0% | 398    | 100,0% |

Pytanie z wielokrotną odpowiedzią

Młodzież najczęściej pali papierosy w grupie rówieśniczej – z koleżankami i kolegami (76,0%), co świadczy o silnym wpływie grupy społecznej. 17,7% młodzieży pali papierosy samotnie – może to wskazywać na potrzebę regulowania emocji, nawyk lub uzależnienie. Palenie z członkami rodziny (4,1%) lub z przypadkowymi osobami (2,2%) jest rzadkie, ale obecne – może to wskazywać na niski, ale niecałkowity poziom akceptacji

palenia w środowisku domowym lub społecznym. Chłopcy częściej niż dziewczęta palą papierosy z członkami rodziny (7,4% vs 2,3%), co może sugerować większą obecność palenia w środowisku domowym chłopców. Dziewczęta częściej palą papierosy z rówieśnikami lub samotnie (19,0% vs 15,4%) – może to wskazywać na większe znaczenie relacji rówieśniczych i emocjonalnych u dziewcząt w kontekście palenia (tab. 26).

Wyniki analizy statystycznej wykazały istotną zależność pomiędzy płcią a osobą/osobami, z którymi młodzież pali papierosy ( $p = 0,014$ ).

Tab. 26. Osoby, z którymi nastolatki naj częściej palą papierosy z podziałem na płeć badanych.

| Z kim najczęściej palisz papierosy?  | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                      | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| z koleżankami, kolegami              | 204     | 77,6%  | 109       | 73,2%  | 313    | 76,0%  |
| z członkami rodziny                  | 6       | 2,3%   | 11        | 7,4%   | 17     | 4,1%   |
| z osobami, które przypadkowo spotkam | 3       | 1,1%   | 6         | 4,0%   | 9      | 2,2%   |
| sama/sam                             | 50      | 19,0%  | 23        | 15,4%  | 73     | 17,7%  |
| Ogółem                               | 263     | 100,0% | 149       | 100,0% | 412    | 100,0% |

$p = 0,014$ .

Młodzież mieszkająca w mieście nieco częściej niż nastolatki mieszkający na wsi palą papierosy samotnie (19,0% vs 16,3%), natomiast nastolatki mieszkający na wsi nieco częściej niż mieszkający w mieście palą papierosy z koleżankami/kolegami (77,0% vs 75,0%) (tab. 27).

Tab. 27. Osoby, z którymi nastolatki naj częściej palą papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Z kim najczęściej palisz papierosy?  | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                      | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| z koleżankami, kolegami              | 151    | 77,0%  | 162       | 75,0%  | 313    | 76,0%  |
| z członkami rodziny                  | 9      | 4,6%   | 8         | 3,7%   | 17     | 4,1%   |
| z osobami, które przypadkowo spotkam | 4      | 2,0%   | 5         | 2,3%   | 9      | 2,2%   |
| sama/sam                             | 32     | 16,3%  | 41        | 19,0%  | 73     | 17,7%  |
| Ogółem                               | 196    | 100,0% | 216       | 100,0% | 412    | 100,0% |

$p = 0,874$ .

Zdecydowana większość ankietowanej młodzieży, która pali papierosy przyznała (68,7%), że wstając rano nie odczuwa potrzeby zapalenia papierosa, co może sugerować niższy poziom uzależnienia w tej grupie. Jednak istotna część nastolatków wykazuje objawy uzależnienia nikotynowego - 7,6% deklaruje, że codziennie rano odczuwa silną potrzebę zapalenia papierosa, a kolejne 23,7% odczuwa tę potrzebę często. Łącznie stanowi to ponad

31% młodych palaczy, u których można podejrzewać rozwijające się uzależnienie fizjologiczne.

Chęć zapalenia papierosa rano jest bardziej odczuwalna przez chłopców niż przez dziewczęta. Chęć zapalenia papierosa rano występuje u nich zawsze (9,9% vs 6,2%) lub często (25,5% vs 22,6%) (tab. 28). Może to wskazywać na większe nasilenie uzależnienia wśród chłopców.

Tab. 28. Potrzeba porannego zapalenia papierosa u nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy wstając rano<br>masz potrzebę zapalenia papierosa? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                        | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| NIE, rano nie<br>mam potrzeby zapalenia papierosa      | 195     | 71,2%  | 104       | 64,6%  | 299    | 68,7%  |
| TAK, często rano<br>mam potrzebę zapalenia papierosa   | 62      | 22,6%  | 41        | 25,5%  | 103    | 23,7%  |
| TAK, zawsze rano<br>mam potrzebę zapalenia papierosa   | 17      | 6,2%   | 16        | 9,9%   | 33     | 7,6%   |
| Ogółem                                                 | 274     | 100,0% | 161       | 100,0% | 435    | 100,0% |

p = 0,241.

Młodzież mieszkająca na wsi rzadziej odczuwa poranną potrzebę zapalenia papierosa (75,2% vs 62,7%). Młodzież miejska częściej wykazuje objawy silniejszego uzależnienia, w większym stopniu odczuwa chęć porannego zapalenia papierosa – potrzeba taka jest odczuwana zawsze (9,3% vs 5,7%) lub często (28,0% vs 19,0%) (tab. 29).

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy faktem odczuwania potrzeby zapalenia papierosa rano a miejscem zamieszkania (p = 0,018).

Tab. 29. Potrzeba porannego zapalenia papierosa u nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy wstając rano<br>masz potrzebę zapalenia papierosa? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                        | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| NIE, rano nie<br>mam potrzeby zapalenia papierosa      | 158    | 75,2%  | 141       | 62,7%  | 299    | 68,7%  |
| TAK, często rano<br>mam potrzebę zapalenia papierosa   | 40     | 19,0%  | 63        | 28,0%  | 103    | 23,7%  |
| TAK, zawsze rano<br>mam potrzebę zapalenia papierosa   | 12     | 5,7%   | 21        | 9,3%   | 33     | 7,6%   |
| Ogółem                                                 | 210    | 100,0% | 225       | 100,0% | 435    | 100,0% |

p = 0,018.

Większość nastolatków (54,4%) przyznała, że ich rodzice nie wiedzą, że palą papierosy, co oznacza tym samym, że rodzice prawie co drugiego nastolatka (45,6%) jednak wiedzą, że ich dziecko pali papierosy. Brak wiedzy u rodziców o paleniu papierosów przez

ich dziecko ma miejsce częściej w przypadku dziewcząt niż chłopców (56,6% vs 50,6%) (tab. 30). Dane te wskazują na niedostateczny poziom świadomości rodziców na temat zachowań ryzykownych swoich dzieci oraz na potrzebę zwiększenia otwartości komunikacji w rodzinach.

Tab. 30. Wiedza rodziców nastolatków o fakcie palenia papierosów przez ich dzieci z podziałem na płeć badanych.

| Czy twoi rodzice wiedzą, że palisz papierosy? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                               | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                           | 115     | 43,4%  | 77        | 49,4%  | 192    | 45,6%  |
| NIE                                           | 150     | 56,6%  | 79        | 50,6%  | 229    | 54,4%  |
| Ogółem                                        | 265     | 100,0% | 156       | 100,0% | 421    | 100,0% |

p = 0,235.

Zdecydowanie częściej rodzice nastolatków mieszkających na wsi nie wiedzą o fakcie palenia papierosów przez swoje dzieci (59,1% vs 50,0%) (tab. 31).

Tab. 31. Wiedza rodziców nastolatków o fakcie palenia papierosów przez ich dzieci z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy twoi rodzice wiedzą, że palisz papierosy? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                               | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                           | 83     | 40,9%  | 109       | 50,0%  | 192    | 45,6%  |
| NIE                                           | 120    | 59,1%  | 109       | 50,0%  | 229    | 54,4%  |
| Ogółem                                        | 203    | 100,0% | 218       | 100,0% | 421    | 100,0% |

p = 0,061.

Znaczna część młodzieży codziennie przebywa w otoczeniu osób palących - 36,3% nastolatków przyznało, że codziennie w ciągu ostatniego tygodnia ktoś palił papierosy w ich obecności. Oznacza to, że średnio co trzeci nastolatek jest regularnie narażony na bierne palenie. Dziewczęta częściej niż chłopcy przebywają w otoczeniu palaczy. Codzienne narażenie zadeklarowało 39,1% dziewcząt w porównaniu do 32,6% chłopców. W sumie blisko co 5. nastolatek określił, że w ciągu ostatniego tygodnia ktoś palił w jego obecności albo 5-6 dni (8,0%) lub 3-4 dni (11,8%) (tab. 32). Oznacza to, że prawie 1 na 5 nastolatków przebywał w dymie tytoniowym przez większość dni w tygodniu.

Zależność pomiędzy liczbą dni narażenia a płcią jest statystycznie istotna (p = 0,003). To potwierdza, że dziewczęta są istotnie częściej narażone na bierne palenie niż chłopcy.

Tab. 32. Liczba dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których ktoś w obecności nastolatków palił papierosy z podziałem na płeć badanych.

| Ile dni w ciągu ostatniego tygodnia ktoś palił papierosy w Twojej obecności? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                              | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                        | 153     | 20,8%  | 145       | 26,1%  | 298    | 23,1%  |
| 1-2 dni                                                                      | 142     | 19,3%  | 127       | 22,9%  | 269    | 20,8%  |
| 3-4 dni                                                                      | 83      | 11,3%  | 70        | 12,6%  | 153    | 11,8%  |
| 5-6 dni                                                                      | 71      | 9,6%   | 32        | 5,8%   | 103    | 8,0%   |
| codziennie                                                                   | 288     | 39,1%  | 181       | 32,6%  | 469    | 36,3%  |
| Ogółem                                                                       | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,003.

Młodzież mieszkająca w mieście częściej przebywa codziennie w towarzystwie osób palących aniżeli zamieszkująca tereny wiejskie (38,1% vs 34,3%) (tab. 33). Miejsce zamieszkania jest zatem czynnikiem wpływającym na częstotliwość biernego palenia – młodzież miejska jest bardziej narażona na codzienny kontakt z dymem tytoniowym.

Tab. 33. Liczba dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których ktoś w obecności nastolatków palił papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Ile dni w ciągu ostatniego tygodnia ktoś palił papierosy w Twojej obecności? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                              | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                        | 145    | 23,6%  | 153       | 22,6%  | 298    | 23,1%  |
| 1-2 dni                                                                      | 126    | 20,5%  | 143       | 21,1%  | 269    | 20,8%  |
| 3-4 dni                                                                      | 76     | 12,4%  | 77        | 11,4%  | 153    | 11,8%  |
| 5-6 dni                                                                      | 57     | 9,3%   | 46        | 6,8%   | 103    | 8,0%   |
| codziennie                                                                   | 211    | 34,3%  | 258       | 38,1%  | 469    | 36,3%  |
| Ogółem                                                                       | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,378.

Większość nastolatków mieszka w środowisku wolnym od palenia papierosów - 60,2% badanej młodzieży przyznało, że żadne z osób, z którymi mieszkają, nie pali papierosów. To sugeruje, że środowisko domowe jest często wolne od nałogu tytoniowego. Blisko 1/3 badanych przyznała, że pali jedno z rodziców lub obydwój rodzice, tj. pali ojciec lub opiekun (12,2%), pali matka lub opiekunka (10,4%) lub palą oboje (9,1%). 4,6% nastolatków zauważyło, że rodzeństwo pali papierosy, co może być również czynnikiem wpływającym na nawyki młodzieży. Wśród dziewcząt, częściej niż wśród chłopców, pojawia się odpowiedź, że ojciec lub matka, lub oboje palą papierosy (13,7% dziewcząt vs 10,1% chłopców) (tab. 34). Może to sugerować większą skłonność dziewcząt, do dostrzegania tego typu zachowań w rodzinie lub większą otwartość w rozmowach na ten temat.

Tab. 34. Osoba zamieszkująca z nastolatkiem, która pali papierosy z podziałem na płeć badanych.

| Która z osób zamieszkujących z Tobą pali papierosy? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                     | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nikt                                                | 427     | 57,9%  | 351       | 63,2%  | 778    | 60,2%  |
| moja matka lub opiekunka                            | 79      | 10,7%  | 55        | 9,9%   | 134    | 10,4%  |
| mój ojciec lub opiekun                              | 101     | 13,7%  | 56        | 10,1%  | 157    | 12,2%  |
| OBOJE                                               | 74      | 10,0%  | 44        | 7,9%   | 118    | 9,1%   |
| moje rodzeństwo                                     | 34      | 4,6%   | 26        | 4,7%   | 60     | 4,6%   |
| moja partnerka/partner, żona/mąż                    | 7       | 0,9%   | 6         | 1,1%   | 13     | 1,0%   |
| sublokatorzy                                        | 15      | 2,0%   | 17        | 3,1%   | 32     | 2,5%   |
| Ogółem                                              | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,235.

Z badań własnych wynika, że w środowisku wiejskim, częściej niż w mieście, nastolatki dorastają w rodzinach, gdzie palenie papierosów jest obecne u obojga rodziców (10,7% vs 7,7%) (tab. 35).

Tab. 35. Osoba zamieszkująca z nastolatkiem, która pali papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Która z osób zamieszkujących z Tobą pali papierosy? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                     | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nikt                                                | 367    | 59,7%  | 411       | 60,7%  | 778    | 60,2%  |
| moja matka lub opiekunka                            | 53     | 8,6%   | 81        | 12,0%  | 134    | 10,4%  |
| mój ojciec lub opiekun                              | 80     | 13,0%  | 77        | 11,4%  | 157    | 12,2%  |
| OBOJE                                               | 66     | 10,7%  | 52        | 7,7%   | 118    | 9,1%   |
| moje rodzeństwo                                     | 29     | 4,7%   | 31        | 4,6%   | 60     | 4,6%   |
| moja partnerka/partner, żona/mąż                    | 8      | 1,3%   | 5         | 0,7%   | 13     | 1,0%   |
| sublokatorzy                                        | 12     | 2,0%   | 20        | 3,0%   | 32     | 2,5%   |
| Ogółem                                              | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,13.

Ankietowana młodzież została także zapytana o wyrażenie swojego zdania w kwestii postrzegania atrakcyjności palącego papierosy chłopaka/mężczyzny. Palenie papierosów nie jest postrzegane przez młodzież jako coś, co podnosi atrakcyjność (46,9%) – wręcz przeciwnie. Większość uważa je za cechę obniżającą atrakcyjność lub nie mającą na nią wpływu. Wyniki te mogą być podstawą do budowania kampanii profilaktycznych, które odwołują się do wizerunku i społecznego postrzegania palenia (tab. 36).

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy przekonaniem o atrakcyjności palącego papierosy chłopaka/mężczyzny a płcią (p < 0,001).

Tab. 36. Atrakcyjność chłopaka/mężczyzny palącego papierosy z podziałem na płeć badanych.

| Czy twoim zdaniem chłopak/mężczyzna palący papierosy jest bardziej atrakcyjny? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, jest bardziej atrakcyjny                                                  | 49      | 6,6%   | 35        | 6,3%   | 84     | 6,5%   |
| NIE, jest mniej atrakcyjny                                                     | 313     | 42,5%  | 293       | 52,8%  | 606    | 46,9%  |
| nie ma różnicy między palącym a niepalącym                                     | 375     | 50,9%  | 227       | 40,9%  | 602    | 46,6%  |
| Ogółem                                                                         | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p < 0,001$ .

Postrzeganie palenia jako atrakcyjnej cechy chłopaka/mężczyzny jest marginalne i niezależne od kontekstu społeczno-geograficznego – 6,3% młodzieży mieszkającej na wsi oraz 6,6% z miasta uważa, że palenie papierosów przysparza atrakcyjności (tab. 37).

Tab. 37. Atrakcyjność chłopaka/mężczyzny palącego papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy twoim zdaniem chłopak/mężczyzna palący papierosy jest bardziej atrakcyjny? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, jest bardziej atrakcyjny                                                  | 39     | 6,3%   | 45        | 6,6%   | 84     | 6,5%   |
| NIE, jest mniej atrakcyjny                                                     | 292    | 47,5%  | 314       | 46,4%  | 606    | 46,9%  |
| nie ma różnicy między palącym a niepalącym                                     | 284    | 46,2%  | 318       | 47,0%  | 602    | 46,6%  |
| Ogółem                                                                         | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p = 0,917$ .

Większość nastolatków uważa, że palenie papierosów obniża atrakcyjność dziewczyny/kobiety – 52,1% młodzieży twierdzi, że paląca dziewczyna/kobieta jest mniej atrakcyjna oraz nie ma różnicy między palącą a niepalącą (42,6%). Jedynie 5,3% badanych uznaje, że palenie zwiększa atrakcyjność dziewczyny/kobiety. Ten pogląd częściej wyrażali chłopcy (6,5%) niż dziewczęta (4,3%) (tab. 38).

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy przekonaniem o atrakcyjności palącej papierosy dziewczyny/kobiety a płcią ( $p < 0,001$ ).

Tab. 38. Atrakcyjność dziewczyny/kobiety palącej papierosy z podziałem na płeć badanych.

| Czy twoim zdaniem dziewczyna/kobieta paląca papierosy jest bardziej atrakcyjna? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                 | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, jest bardziej atrakcyjna                                                   | 32      | 4,3%   | 36        | 6,5%   | 68     | 5,3%   |
| NIE, jest mniej atrakcyjna                                                      | 329     | 44,6%  | 344       | 62,0%  | 673    | 52,1%  |
| nie ma różnicy między palącą a niepalącą                                        | 376     | 51,0%  | 175       | 31,5%  | 551    | 42,6%  |
| Ogółem                                                                          | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p < 0,001$ .

Miejsce zamieszkania nie wpływa na ocenę atrakcyjności palących dziewcząt – 5,2% młodzieży ze wsi i 5,3% z miasta uważa, że palenie nadaje atrakcyjności

dziewczynie/kobiecie. Jednocześnie 51,2% młodzieży wiejskiej i 52,9% miejskiej uznaje, że palenie zmniejsza atrakcyjność (tab. 39).

Tab. 39. Atrakcyjność dziewczyny/kobiety palącej papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy twoim zdaniem dziewczyna/kobieta paląca papierosy jest bardziej atrakcyjna? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                 | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, jest bardziej atrakcyjna                                                   | 32     | 5,2%   | 36        | 5,3%   | 68     | 5,3%   |
| NIE, jest mniej atrakcyjna                                                      | 315    | 51,2%  | 358       | 52,9%  | 673    | 52,1%  |
| nie ma różnicy między palącą a niepalącą                                        | 268    | 43,6%  | 283       | 41,8%  | 551    | 42,6%  |
| Ogółem                                                                          | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,812.

Prawie ¼ młodzieży (23,6%) jest zdania, że palenie papierosów wspomaga odchudzanie, z kolei 9,4% nastolatków twierdzi, że pomaga przytyć. Większość młodzieży nie łączy palenia z masą ciała - 67,0% badanych stwierdziło, że palenie papierosów nie ma wpływu na masę ciała. Dziewczęta częściej niż chłopcy wiążą palenie z odchudzaniem - 25,0% dziewcząt vs 21,8% chłopców uważa, że palenie pomaga schudnąć (tab. 40). Może to wskazywać, na wpływ presji związanej z wyglądem zewnętrznym oraz idealizację smukłej sylwetki wśród dziewcząt.

Tab. 40. Palenie papierosów a zmiana masy ciała – zdanie nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy uważasz, że palenie papierosów pomaga zmienić masę ciała? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                               | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, pomaga przytyć                                           | 66      | 9,0%   | 56        | 10,1%  | 122    | 9,4%   |
| TAK, pomaga w odchudzaniu                                     | 184     | 25,0%  | 121       | 21,8%  | 305    | 23,6%  |
| nie ma wpływu na wagę ciała                                   | 487     | 66,1%  | 378       | 68,1%  | 865    | 67,0%  |
| Ogółem                                                        | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,374.

Odsetek odpowiedzi nastolatków na temat wpływu palenia papierosów na masę ciała jest zbliżony, niezależny od miejsca zamieszkania (tab. 41).

Tab. 41. Palenie papierosów a zmiana masy ciała – zdanie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy uważasz, że palenie papierosów pomaga zmienić masę ciała? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                               | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, pomaga przytyć                                           | 49     | 8,0%   | 73        | 10,8%  | 122    | 9,4%   |
| TAK, pomaga w odchudzaniu                                     | 146    | 23,7%  | 159       | 23,5%  | 305    | 23,6%  |
| nie ma wpływu na wagę ciała                                   | 420    | 68,3%  | 445       | 65,7%  | 865    | 67,0%  |
| Ogółem                                                        | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,22.

Co czwarty nastolatek uważa, że palenie sprzyja nawiązywaniu relacji. 24,8% badanych jest zdania, że palący chłopak/mężczyzna ma więcej kolegów/przyjaciół. To wskazuje, że istnieje wśród młodzieży pewien społeczny stereotyp, łączący palenie z większą popularnością. Pogląd ten jest w podobnym stopniu powszechny wśród dziewcząt i chłopców - 25,6% chłopców oraz 24,3% dziewcząt wyraża przekonanie, że palenie może zwiększać liczbę znajomych. Sugeruje to, że zarówno chłopcy, jak i dziewczęta dostrzegają (lub przypisują) społeczne korzyści paleniu w kontekście męskim.

Chłopcy jednak częściej niż dziewczęta mają przeciwnie zdanie – 13,3% chłopców twierdzi, że palący mężczyzna nie ma więcej kolegów, wobec 9,1% dziewcząt. Może to oznaczać, że chłopcy mają bardziej zróżnicowane opinie – niektórzy dostrzegają „społeczne korzyści”, inni je wyraźnie odrzucają (tab. 42).

Tab. 42. Palenie papierosów przez chłopaka/mężczyznę a grono kolegów/przyjaciół – zdanie nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy chłopak/mężczyzna palący papierosy ma więcej kolegów/przyjaciół? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|----------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                      | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, ma więcej kolegów/przyjaciół                                    | 179     | 24,3%  | 142       | 25,6%  | 321    | 24,8%  |
| NIE, nie ma więcej kolegów/przyjaciół                                | 67      | 9,1%   | 74        | 13,3%  | 141    | 10,9%  |
| palenie nie ma wpływu na liczbę kolegów/przyjaciół                   | 491     | 66,6%  | 339       | 61,1%  | 830    | 64,2%  |
| Ogółem                                                               | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,031.

Przekonanie, że palący chłopak/mężczyzna ma więcej kolegów/przyjaciół jest równie powszechne wśród młodzieży z miasta i ze wsi (tab. 43).

Tab. 43. Palenie papierosów przez chłopaka/mężczyznę a grono kolegów/przyjaciół – zdanie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy chłopak/mężczyzna palący papierosy ma więcej kolegów/przyjaciół? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|----------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                      | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, ma więcej kolegów/przyjaciół                                    | 159    | 25,9%  | 162       | 23,9%  | 321    | 24,8%  |
| NIE, nie ma więcej kolegów/przyjaciół                                | 69     | 11,2%  | 72        | 10,6%  | 141    | 10,9%  |
| palenie nie ma wpływu na liczbę kolegów/przyjaciół                   | 387    | 62,9%  | 443       | 65,4%  | 830    | 64,2%  |
| Ogółem                                                               | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,639.

Co piąty nastolatek uważa, że paląca dziewczyna ma więcej koleżanek/przyjaciółek – 22,1% badanych sądzi, że palenie papierosów zwiększa liczbę kontaktów towarzyskich wśród dziewcząt/kobiet. Takie przekonanie wyraża podobny odsetek badanych chłopców

i dziewcząt (23,2% vs 21,2%). Oznacza to, że zarówno chłopcy, jak i dziewczęta w podobnym stopniu dostrzegają społeczną funkcję palenia wśród dziewcząt. Chłopcy częściej wyrażają odmienne zdanie niż dziewczęta twierdząc, że paląca dziewczyna/kobieta nie ma więcej koleżanek/przyjaciółek (15,9% vs 11,3%) (tab. 44). Sugeruje to, że chłopcy częściej niż dziewczęta krytycznie oceniają społeczne korzyści palenia przez kobiety.

Tab. 44. Palenie papierosów przez dziewczynę/kobietę a grono kolegów/przyjaciół – zdanie nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy dziewczyna/kobieta paląca papierosy ma więcej koleżanek/przyjaciółek? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                           | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, ma więcej koleżanek/przyjaciółek                                     | 156     | 21,2%  | 129       | 23,2%  | 285    | 22,1%  |
| NIE, nie ma więcej koleżanek/przyjaciółek                                 | 83      | 11,3%  | 88        | 15,9%  | 171    | 13,2%  |
| palenie nie ma wpływu na liczbę koleżanek/przyjaciółek                    | 498     | 67,6%  | 338       | 60,9%  | 836    | 64,7%  |
| Ogółem                                                                    | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,02.

Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków na pytanie czy paląca papierosy dziewczyna/kobieta ma więcej koleżanek/przyjaciółek a miejscem zamieszkania (tab. 45).

Tab. 45. Palenie papierosów przez dziewczynę/kobietę a grono kolegów/przyjaciół – zdanie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy dziewczyna/kobieta paląca papierosy ma więcej koleżanek/przyjaciółek? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                           | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK, ma więcej koleżanek/przyjaciółek                                     | 134    | 21,8%  | 151       | 22,3%  | 285    | 22,1%  |
| NIE, nie ma więcej koleżanek/przyjaciółek                                 | 89     | 14,5%  | 82        | 12,1%  | 171    | 13,2%  |
| palenie nie ma wpływu na liczbę koleżanek/przyjaciółek                    | 392    | 63,7%  | 444       | 65,6%  | 836    | 64,7%  |
| Ogółem                                                                    | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,458.

Ankietowani nastolatkowie przyznali w większości, że w ich otoczeniu są osoby, które palą papierosy, tj. niektóre z koleżanek/kolegów palą papierosy (55,0%), większość koleżanek/kolegów pali papierosy (27,3%) lub nawet wszystkie/wszyscy koleżanki/koledzy palą papierosy (3,1%). Jedynie średnio co 7. nastolatek przyznał, że żadna/żaden z jego koleżanek/kolegów nie pali papierosów (14,6%). Co ważne, dziewczęta częściej niż chłopcy przyznały, że większość ich znajomych pali papierosy (30,1% vs 23,6%). Jednocześnie dziewczęta rzadziej twierdzą, że nikt z ich otoczenia nie pali papierosów (13,8% vs 15,5%) (tab. 46). Palenie w grupie rówieśniczej stanowi silny czynnik środowiskowy, który może

wpływać na postawy i zachowania młodzieży wobec papierosów. Presja grupy lub chęć dopasowania się do otoczenia, w którym palenie jest normą, może sprzyjać inicjacji palenia, szczególnie wśród dziewcząt.

Tab. 46. Palenie papierosów przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy ktoś z twoich kolegów/koleżanek lub przyjaciół/przyjaciółek pali papierosy? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                 | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| NIE, żadna/żaden z moich koleżanek/kolegów nie pali papierosów                  | 102     | 13,8%  | 86        | 15,5%  | 188    | 14,6%  |
| niektóre/niektórzy z moich koleżanek/kolegów palą papierosy                     | 392     | 53,2%  | 319       | 57,5%  | 711    | 55,0%  |
| większość z moich koleżanek/kolegów pali papierosy                              | 222     | 30,1%  | 131       | 23,6%  | 353    | 27,3%  |
| wszystkie/wszyscy moje/moi koleżanki/koledzy palą papierosy                     | 21      | 2,8%   | 19        | 3,4%   | 40     | 3,1%   |
| Ogółem                                                                          | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,075.

Wśród nastolatków, którzy zadeklarowali, że żadna/żaden z ich koleżanek/kolegów nie pali papierosów, 16,1% pochodzi ze wsi, podczas gdy tylko 13,1% to osoby mieszkające w miastach. Młodzież miejska może być bardziej narażona na palenie wśród swoich znajomych, co może być wynikiem większej anonimowości, różnorodności grup społecznych oraz łatwiejszego dostępu do osób, które palą (tab. 47).

Tab. 47. Palenie papierosów przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy ktoś z twoich kolegów/koleżanek lub przyjaciół/przyjaciółek pali papierosy? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                 | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| NIE, żadna/żaden z moich koleżanek/kolegów nie pali papierosów                  | 99     | 16,1%  | 89        | 13,1%  | 188    | 14,6%  |
| niektóre/niektórzy z moich koleżanek/kolegów palą papierosy                     | 339    | 55,1%  | 372       | 54,9%  | 711    | 55,0%  |
| większość z moich koleżanek/kolegów pali papierosy                              | 158    | 25,7%  | 195       | 28,8%  | 353    | 27,3%  |
| wszystkie/wszyscy moje/moi koleżanki/koledzy palą papierosy                     | 19     | 3,1%   | 21        | 3,1%   | 40     | 3,1%   |
| Ogółem                                                                          | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,38.

### 3.3.2. Picie alkoholu przez młodzież

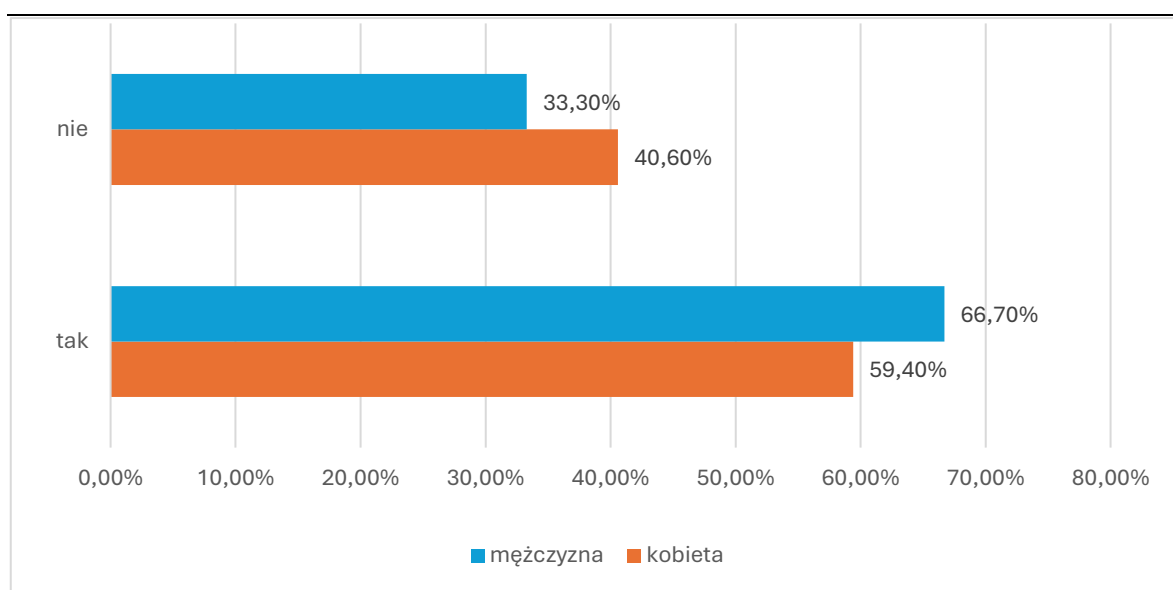
Ankietowani nastolatki przyznali w większości, że spożywali już alkohol – na pytanie „czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol?” aż 62,5% badanej młodzieży odpowiedziało twierdząco, przy czym wśród tych osób był nieco większy odsetek mężczyzn niż kobiet (66,7% vs 59,4%) (tab. 48) (ryc. 12).

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy płcią a spożywaniem alkoholu kiedykolwiek w życiu ( $p = 0,008$ ), co oznacza, że, płeć ma istotny wpływ na prawdopodobieństwo sięgania po alkohol – chłopcy częściej niż dziewczęta mają za sobą doświadczenia z alkoholem.

Tab. 48. Picie alkoholu kiedykolwiek wcześniej przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                       | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                   | 438     | 59,4%  | 370       | 66,7%  | 808    | 62,5%  |
| NIE                                   | 299     | 40,6%  | 185       | 33,3%  | 484    | 37,5%  |
| Ogółem                                | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p = 0,008$ .



Ryc. 12. Picie alkoholu kiedykolwiek wcześniej przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.

W analizie odpowiedzi nastolatków na pytanie „Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol?” nie stwierdzono dużych różnic w zależności od miejsca zamieszkania (miasto vs wieś). Doświadczenia związane z piciem alkoholu są podobne niezależnie od

miejsca zamieszkania młodzieży. Wskazuje to, że czynnik środowiskowy w tym przypadku nie różnicuje istotnie skali kontaktu z alkoholem wśród nastolatków (tab. 49).

Tab. 49. Picie alkoholu kiedykolwiek wcześniej przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                       | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                   | 381    | 62,0%  | 427       | 63,1%  | 808    | 62,5%  |
| NIE                                   | 234    | 38,0%  | 250       | 36,9%  | 484    | 37,5%  |
| Ogółem                                | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

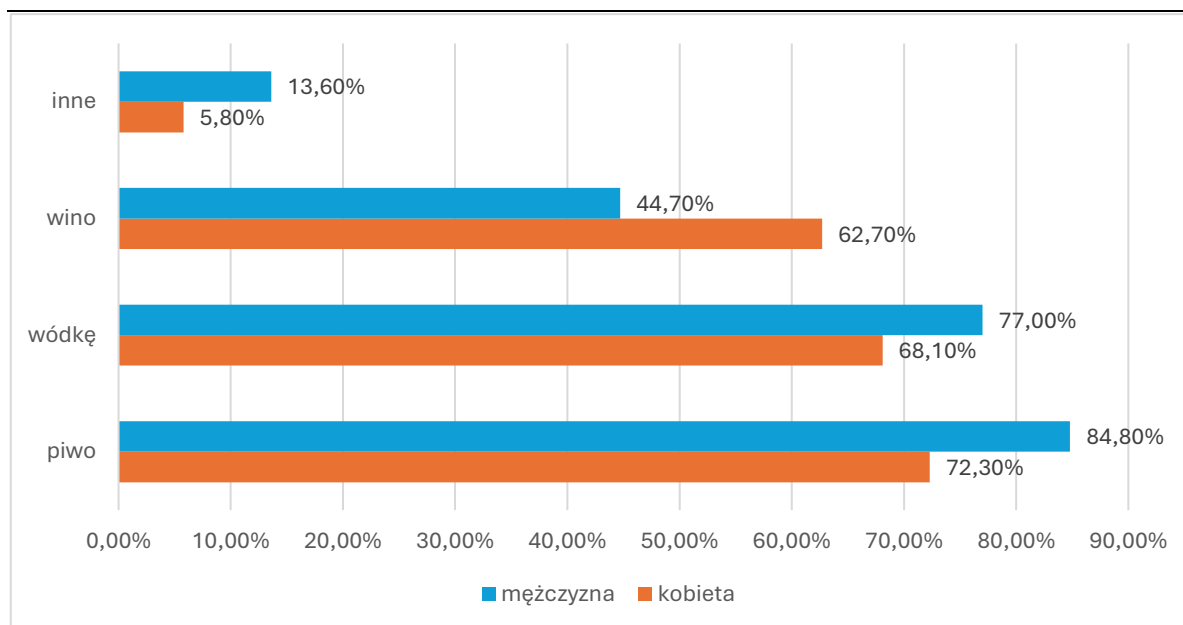
p = 0,678.

Ankietowani nastolatki, którzy deklarowali, że kiedykolwiek pili alkohol określili również jakie jego rodzaje spożywali. Kwestionariusz pozwalał na zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi. Nastolatki najczęściej spożywały piwo (78,1%), wódkę (72,2%), wino (54,3%), inne rodzaje alkoholu (9,5%), np. drinki, gin, rum, tequilę, whisky, brandy czy likier. Chłopcy zdecydowanie częściej niż dziewczęta przyznali, że piją piwo (84,8% vs 72,3%) i wódkę (77,0% vs 68,1%). Dziewczęta zdecydowanie częściej niż chłopcy piją wino (62,7% vs 44,7%), co może wskazywać na różnice kulturowe lub społeczne w preferencjach alkoholowych już na etapie wieku nastoletniego. Chłopcy częściej niż dziewczęta sięgają po piwo, wódkę i inne mocne trunki (13,6% vs 5,8%) (tab. 50) (ryc. 13).

Tab. 50. Rodzaj wypijanego przez nastolatków alkoholu z podziałem na płeć badanych.

| Jeśli pijesz alkohol, to który z niżej wymienionych? (możesz wybrać kilka odpowiedzi) | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                       | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| piwo                                                                                  | 310     | 72,3%  | 317       | 84,8%  | 627    | 78,1%  |
| wódkę                                                                                 | 292     | 68,1%  | 288       | 77,0%  | 580    | 72,2%  |
| wino                                                                                  | 269     | 62,7%  | 167       | 44,7%  | 436    | 54,3%  |
| inne                                                                                  | 25      | 5,8%   | 51        | 13,6%  | 76     | 9,5%   |
| Ogółem                                                                                | 429     | 100,0% | 374       | 100,0% | 803    | 100,0% |

Pytanie z wielokrotną odpowiedzią



Ryc. 13. Rodzaj wypijanego przez nastolatków alkoholu z podziałem na płeć badanych.

Młodzież mieszkająca w mieście w porównaniu z młodzieżą zamieszkującą wieś nieco częściej spożywa piwo (79,3% vs 76,7%) oraz wino (55,8% vs 52,6%). Młodzież mieszkająca na wsi nieco częściej niż nastolatki z miasta spożywa wódkę (72,8% vs 71,7%) oraz innego rodzaju alkohol (10,5% vs 8,6%) (tab. 51).

Tab. 51. Rodzaj wypijanego przez nastolatków alkoholu z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jeśli pijesz alkohol, to który z niżej wymienionych? (możesz wybrać kilka odpowiedzi) | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                       | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| piwo                                                                                  | 293    | 76,7%  | 334       | 79,3%  | 627    | 78,1%  |
| wódkę                                                                                 | 278    | 72,8%  | 302       | 71,7%  | 580    | 72,2%  |
| wino                                                                                  | 201    | 52,6%  | 235       | 55,8%  | 436    | 54,3%  |
| inne                                                                                  | 40     | 10,5%  | 36        | 8,6%   | 76     | 9,5%   |
| Ogółem                                                                                | 382    | 100,0% | 421       | 100,0% | 803    | 100,0% |

Pytanie z wielokrotną odpowiedzią

Badani nastolatki zostali zapytani, ile razy w ciągu ostatnich 30 dni pili alkohol (nie licząc pojedynczego łyku do spróbowania). Wyniki wskazują, że spożycie alkoholu wśród młodzieży jest powszechne, choć zróżnicowane pod względem częstotliwości. Codziennie alkohol pije 1,8% nastolatków. Nie piło w ogóle w ostatnim miesiącu – 28,9% badanych. Prawie 2/3 ankietowanych (w sumie 69,5%) przyznało, że w ciągu ostatniego miesiąca spożywało alkohol pod różnymi postaciami 1-2 razy (39,1%), 3-9 razy (25,5%), 10-19 razy (3,8%) lub aż ponad 20 razy w miesiącu (1,1%). Chłopcy przyznają się do

częstszego picia alkoholu niż dziewczęta – chłopcy częściej niż dziewczęta spożywają alkohol codziennie (3,3% vs 0,4%) lub ponad 20 razy w miesiącu (1,8% vs 0,4%) (tab. 52).

Mimo że regularne picie (np. codzienne) dotyczy tylko niewielkiej grupy, częstsze spożycie wyraźnie częściej deklarują chłopcy. Wyniki mogą wskazywać na potrzebę wzmoczonej profilaktyki i edukacji szczególnie wśród chłopców, zwłaszcza w kontekście ryzykownych wzorców picia.

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy ilością spożywanego alkoholu w jakiegokolwiek postaci w ciągu ostatniego miesiąca a płcią ( $p = 0,003$ ).

Tab. 52. Liczba przypadków picia alkoholu przez nastolatków w jakiegokolwiek postaci w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.

| ILE RAZY W CIĄGU<br>OSTATNIEGO MIESIĄCA<br>piłeś/piłaś alkohol w jakiegokolwiek<br>postaci (piwo, wino, wódka,<br>drinki)? (wyłączając przypadki<br>wypicia nie więcej niż jednego<br>łyka dla spróbowania) | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                                             | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| 0 razy                                                                                                                                                                                                      | 125     | 27,2%  | 121       | 30,8%  | 246    | 28,9%  |
| 1-2 razy                                                                                                                                                                                                    | 197     | 42,9%  | 136       | 34,6%  | 333    | 39,1%  |
| 3-9 razy                                                                                                                                                                                                    | 116     | 25,3%  | 101       | 25,7%  | 217    | 25,5%  |
| 10-19 razy                                                                                                                                                                                                  | 17      | 3,7%   | 15        | 3,8%   | 32     | 3,8%   |
| ponad 20 razy                                                                                                                                                                                               | 2       | 0,4%   | 7         | 1,8%   | 9      | 1,1%   |
| codziennie                                                                                                                                                                                                  | 2       | 0,4%   | 13        | 3,3%   | 15     | 1,8%   |
| Ogółem                                                                                                                                                                                                      | 459     | 100,0% | 393       | 100,0% | 852    | 100,0% |

$p = 0,003$ .

Młodzież z miasta częściej niż nastolatowie mieszkający na wsi piją alkohol codziennie (2,2% vs 1,2%) (tab. 53).

Tab. 53. Liczba przypadków picia alkoholu przez nastolatków w jakiegokolwiek postaci w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| ILE RAZY W CIĄGU<br>OSTATNIEGO MIESIĄCA<br>piłeś/piłaś alkohol w jakiegokolwiek<br>postaci (piwo, wino, wódka,<br>drinki)? (wyłączając przypadki<br>wypicia nie więcej niż jednego<br>łyka dla spróbowania) | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                                             | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| 0 razy                                                                                                                                                                                                      | 110    | 27,4%  | 136       | 30,2%  | 246    | 28,9%  |
| 1-2 razy                                                                                                                                                                                                    | 162    | 40,4%  | 171       | 37,9%  | 333    | 39,1%  |
| 3-9 razy                                                                                                                                                                                                    | 105    | 26,2%  | 112       | 24,8%  | 217    | 25,5%  |
| 10-19 razy                                                                                                                                                                                                  | 14     | 3,5%   | 18        | 4,0%   | 32     | 3,8%   |
| ponad 20 razy                                                                                                                                                                                               | 5      | 1,2%   | 4         | 0,9%   | 9      | 1,1%   |
| codziennie                                                                                                                                                                                                  | 5      | 1,2%   | 10        | 2,2%   | 15     | 1,8%   |
| Ogółem                                                                                                                                                                                                      | 401    | 100,0% | 451       | 100,0% | 852    | 100,0% |

$p = 0,766$ .

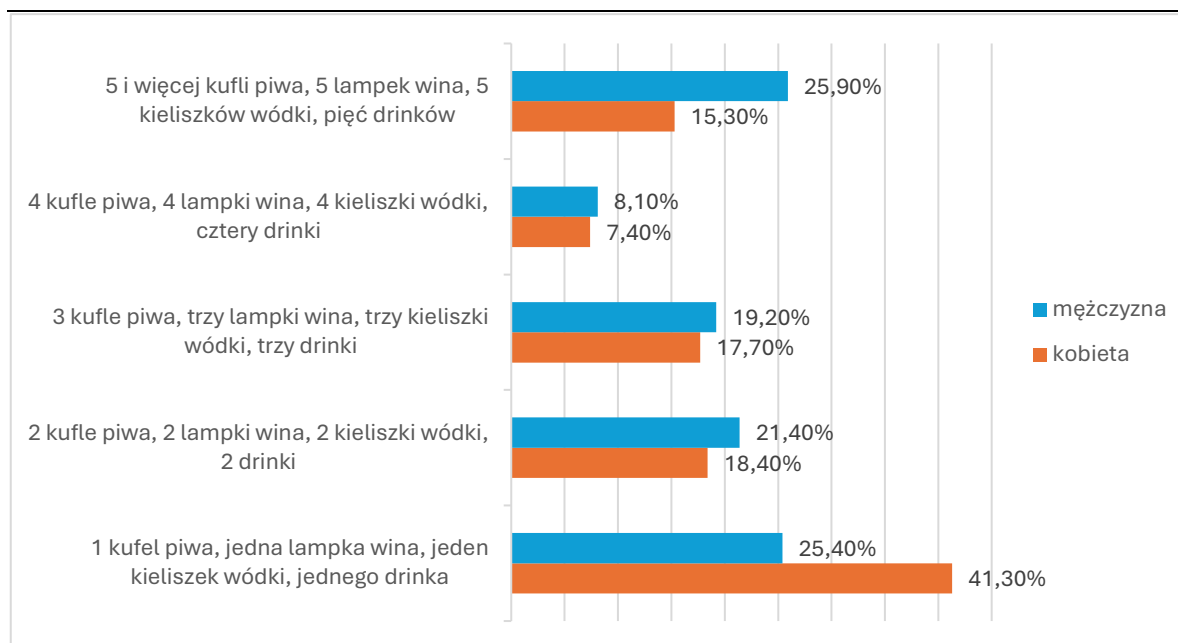
Wśród nastolatków, którzy przyznali się do spożywania alkoholu, przeanalizowano, ile alkoholu zazwyczaj wypijają jednorazowo. Wyniki wskazują na wyraźne różnice między płciami, a także na obecność ryzykownych wzorców picia wśród części młodzieży. Z badań własnych wynika, że 1/3 badanej młodzieży (ok. 33%) wskazała, że zazwyczaj wypija niewielką ilość alkoholu – np. 1 kufel piwa, jedną lampkę wina, 1 kieliszek wódki lub drinka. 20,3% nastolatków przyznało, że zwykle wypija co najmniej 5 porcji alkoholu jednorazowo (np. 5 kufli piwa, 5 kieliszków wódki itp.) – co może wskazywać na epizody intensywnego picia (tzw. binge drinking). Chłopcy zdecydowanie częściej niż dziewczęta (25,9% vs 15,3%) wypiją więcej alkoholu, tj. „5 i więcej kufli piwa, 5 lampek wina, 5 kieliszków wódki, 5 drinków”. Dziewczęta z kolei, jeśli piją alkohol, to zazwyczaj w małych ilościach (41,3% vs 25,4%) „1 kufel piwa, jedna lampka wina, 1 kieliszek wódki, jednego drinka” (tab. 54) (ryc. 14).

Wykazano istotną zależność między płcią a ilością wypijanego alkoholu ( $p < 0,001$ ), co oznacza, że chłopcy znacznie częściej niż dziewczęta sięgają po większe ilości alkoholu podczas jednego spożycia.

Tab. 54. Ilość jednorazowo wypijanego przez nastolatka alkoholu z podziałem na płeć badanych.

| Jeżeli masz okazję pić alkohol, ile jednorazowo zazwyczaj wypijasz (np. piwa, wina, wódki) | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                            | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| 1 kufel piwa, jedna lampka wina, 1 kieliszek wódki, jednego drinka                         | 173     | 41,3%  | 94        | 25,4%  | 267    | 33,8%  |
| 2 kufle piwa, 2 lampki wina, 2 kieliszki wódki, 2 drinki                                   | 77      | 18,4%  | 79        | 21,4%  | 156    | 19,8%  |
| 3 kufle piwa, 3 lampki wina, 3 kieliszki wódki, 3 drinki                                   | 74      | 17,7%  | 71        | 19,2%  | 145    | 18,4%  |
| 4 kufle piwa, 4 lampki wina, 4 kieliszki wódki, 4 drinki                                   | 31      | 7,4%   | 30        | 8,1%   | 61     | 7,7%   |
| 5 i więcej kufli piwa, 5 lampek wina, 5 kieliszków wódki, 5 drinków                        | 64      | 15,3%  | 96        | 25,9%  | 160    | 20,3%  |
| Ogółem                                                                                     | 419     | 100,0% | 370       | 100,0% | 789    | 100,0% |

$p < 0,001$ .



Ryc. 14. Ilość jednorazowo wypijanego przez nastolatka alkoholu z podziałem na płeć badanych.

Młodzież mieszkająca na wsi częściej przyznała (23,1% vs 17,8%), że wypija większe ilości alkoholu – „5 i więcej kufli piwa, 5 lampek wina, 5 kieliszków wódki, 5 drinków” (tab. 55).

Tab. 55. Ilość jednorazowo wypijanego przez nastolatka alkoholu z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jeżeli masz okazję pić alkohol, ile jednorazowo zazwyczaj wypijasz (np. piwa, wina, wódki) | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                            | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| 1 kufel piwa, jedna lampka wina, 1 kieliszek wódki, jednego drinka                         | 125    | 33,5%  | 142       | 34,1%  | 267    | 33,8%  |
| 2 kufle piwa, 2 lampki wina, 2 kieliszki wódki, 2 drinki                                   | 70     | 18,8%  | 86        | 20,7%  | 156    | 19,8%  |
| 3 kufle piwa, 3 lampki wina, 3 kieliszki wódki, 3 drinki                                   | 70     | 18,8%  | 75        | 18,0%  | 145    | 18,4%  |
| 4 kufle piwa, 4 lampki wina, 4 kieliszki wódki, 4 drinki                                   | 22     | 5,9%   | 39        | 9,4%   | 61     | 7,7%   |
| 5 i więcej kufli piwa, 5 lampek wina, 5 kieliszków wódki, 5 drinków                        | 86     | 23,1%  | 74        | 17,8%  | 160    | 20,3%  |
| Ogółem                                                                                     | 373    | 100,0% | 416       | 100,0% | 789    | 100,0% |

p = 0,184.

Ankietowani nastolatki zostali zapytani, w jakim wieku po raz pierwszy spożyli alkohol, wypijając więcej niż jeden łyk (czyli nie tylko do spróbowania). Zdecydowanie najczęściej (83,4%) młodzież odpowiedziała, że po raz pierwszy alkohol spożyła

w przedziale wiekowym 12-17 lat, przy czym najczęściej w wieku 14-15 lat (40,1%), 12-13 lat (22,0%) oraz 16-17 lat (21,3%). Zdecydowanie niepokojącym jest fakt, że aż 14,1% młodzieży wypilo alkohol po raz pierwszy w wieku poniżej 12 lat, tj. poniżej 7 r.ż. (5,7%), w wieku 8-9 lat (3,7%) oraz w wieku 10-11 lat (4,7%). Oznacza, że średnio co siódmy nastolatek (1 na 7) ma za sobą inicjację alkoholową przed 12. rokiem życia (wypijając więcej niż jeden łyk do spróbowania). Dane te wskazują na znaczące obniżenie wieku inicjacji alkoholowej, w tym u części dzieci nawet przed 7. rokiem życia – co jest alarmującym sygnałem dla rodziców, szkół i instytucji profilaktyki. Istnieją wyraźne różnice płciowe, które warto uwzględnić przy planowaniu działań edukacyjnych i profilaktycznych.

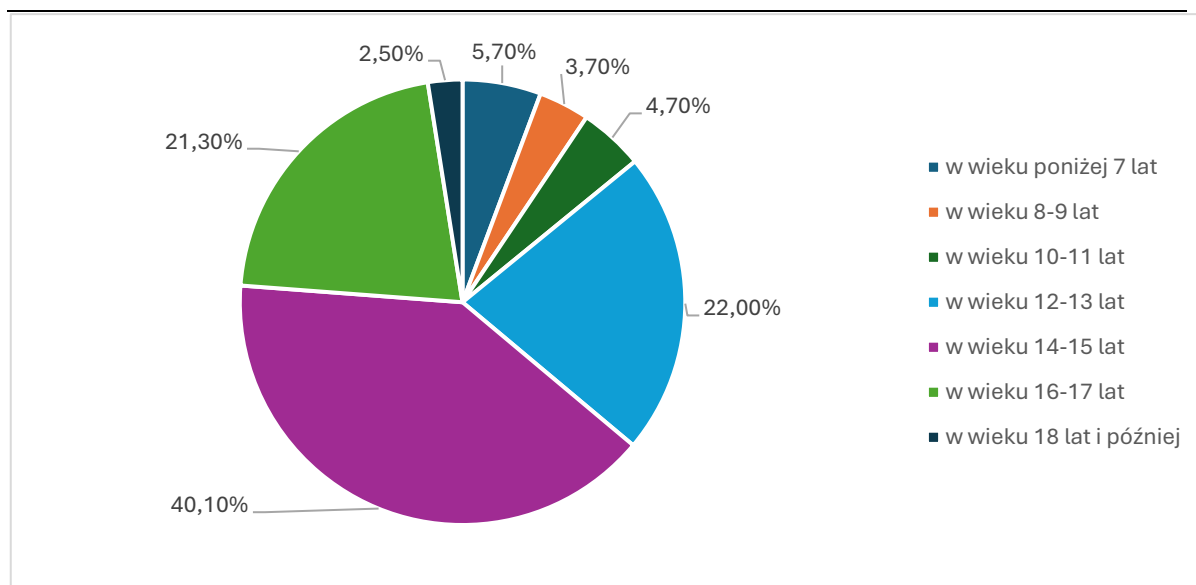
Wykazano istotność statystyczną pomiędzy płcią a wiekiem pierwszego spożycia alkoholu ( $p = 0,044$ ), co oznacza, że chłopcy częściej niż dziewczęta inicjują picie alkoholu w bardzo młodym wieku (poniżej 10 lat) (5,5% vs 2,2%) (tab. 56) (ryc. 15) (ryc. 16). Dziewczęta częściej niż chłopcy rozpoczynają picie w wieku 12-13 lat (24,9% vs 18,7%).

Niezbędna jest wczesna interwencja profilaktyczna, edukacja rodziców/opiekunów oraz wzmocnienie działań wychowawczych w szkołach podstawowych, jeszcze przed wiekiem 12 lat.

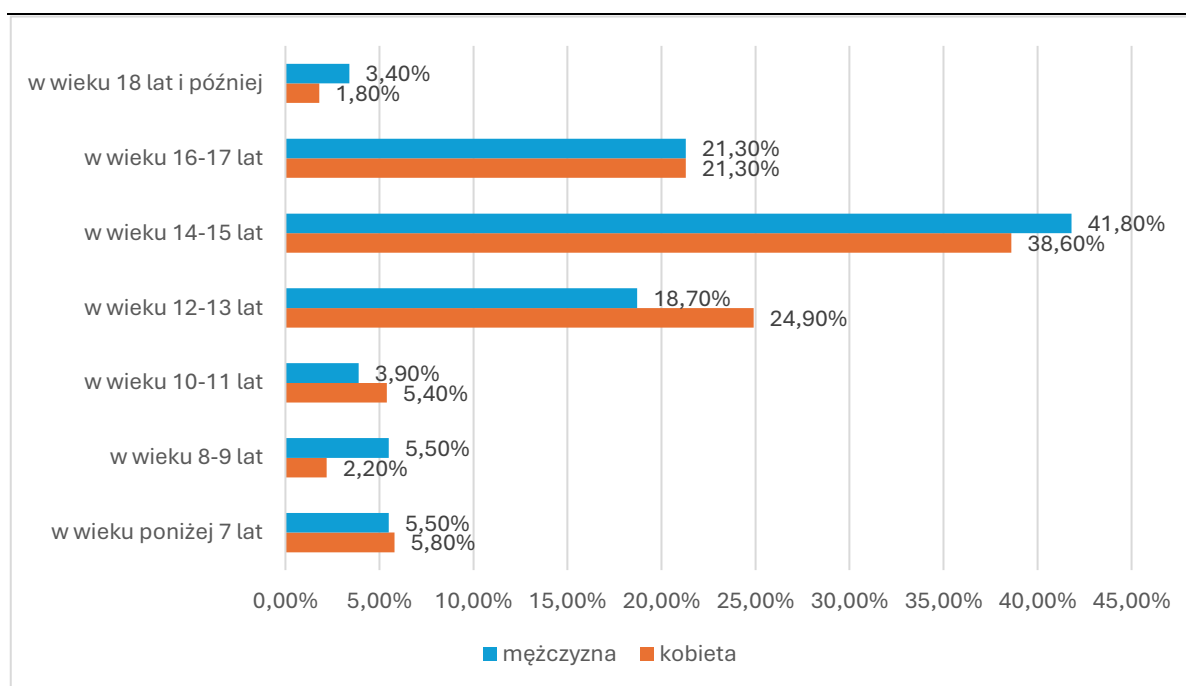
Tab. 56. Wiek, w którym nastolatki/pierwszy raz wypili alkohol z podziałem na płeć badanych.

| Ile miałś/miałaś lat, kiedy PIERWSZY RAZ WYPIŁAŚ/ WYPIŁEŚ ALKOHOL (np. piwo, wino, wódka, drinki)? (wypijając więcej niż jeden łyk do spróbowania) | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                    | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| w wieku poniżej 7 lat                                                                                                                              | 26      | 5,8%   | 21        | 5,5%   | 47     | 5,7%   |
| w wieku 8-9 lat                                                                                                                                    | 10      | 2,2%   | 21        | 5,5%   | 31     | 3,7%   |
| w wieku 10-11 lat                                                                                                                                  | 24      | 5,4%   | 15        | 3,9%   | 39     | 4,7%   |
| w wieku 12-13 lat                                                                                                                                  | 111     | 24,9%  | 72        | 18,7%  | 183    | 22,0%  |
| w wieku 14-15 lat                                                                                                                                  | 172     | 38,6%  | 161       | 41,8%  | 333    | 40,1%  |
| w wieku 16-17 lat                                                                                                                                  | 95      | 21,3%  | 82        | 21,3%  | 177    | 21,3%  |
| w wieku 18 lat i później                                                                                                                           | 8       | 1,8%   | 13        | 3,4%   | 21     | 2,5%   |
| Ogółem                                                                                                                                             | 446     | 100,0% | 385       | 100,0% | 831    | 100,0% |

$p = 0,044$ .



Ryc. 15. Wiek, w którym nastolatkom pierwszy raz wypili alkohol.



Ryc. 16. Wiek, w którym nastolatkom pierwszy raz wypili alkohol z podziałem na płeć badanych.

Wśród osób, które sięgały po raz pierwszy po alkohol w bardzo młodym wieku, tj. poniżej 7 r.ż. oraz w wieku 8-9 lat więcej osób pochodziło ze wsi – w wieku poniżej 7 r.ż. (6,6% vs 4,8%), zaś w wieku 8-9 lat (4,6% vs 3,0%). Wśród osób, które próbowały po raz pierwszy alkoholu w wieku 16-17 lat więcej osób mieszka w mieście (24,5% vs 17,7%) (tab. 57). Edukacja i programy wsparcia powinny być dostosowane do specyfiki i wyzwań, które występują w różnych typach miejscowości – szczególnie jeśli chodzi o wczesną inicjację alkoholową.

Tab. 57. Wiek, w którym nastolatkwie pierwszy raz wypili alkohol z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Ile miałś/miałaś lat, kiedy PIERWSZY RAZ WYPIŁAŚ/ WYPIŁEŚ ALKOHOL (np. piwo, wino, wódka, drinki)? (wypijając więcej niż jeden łyk do spróbowania) | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                    | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| w wieku poniżej 7 lat                                                                                                                              | 26     | 6,6%   | 21        | 4,8%   | 47     | 5,7%   |
| w wieku 8-9 lat                                                                                                                                    | 18     | 4,6%   | 13        | 3,0%   | 31     | 3,7%   |
| w wieku 10-11 lat                                                                                                                                  | 17     | 4,3%   | 22        | 5,0%   | 39     | 4,7%   |
| w wieku 12-13 lat                                                                                                                                  | 92     | 23,3%  | 91        | 20,9%  | 183    | 22,0%  |
| w wieku 14-15 lat                                                                                                                                  | 164    | 41,5%  | 169       | 38,8%  | 333    | 40,1%  |
| w wieku 16-17 lat                                                                                                                                  | 70     | 17,7%  | 107       | 24,5%  | 177    | 21,3%  |
| w wieku 18 lat i później                                                                                                                           | 8      | 2,0%   | 13        | 3,0%   | 21     | 2,5%   |
| Ogółem                                                                                                                                             | 395    | 100,0% | 436       | 100,0% | 831    | 100,0% |

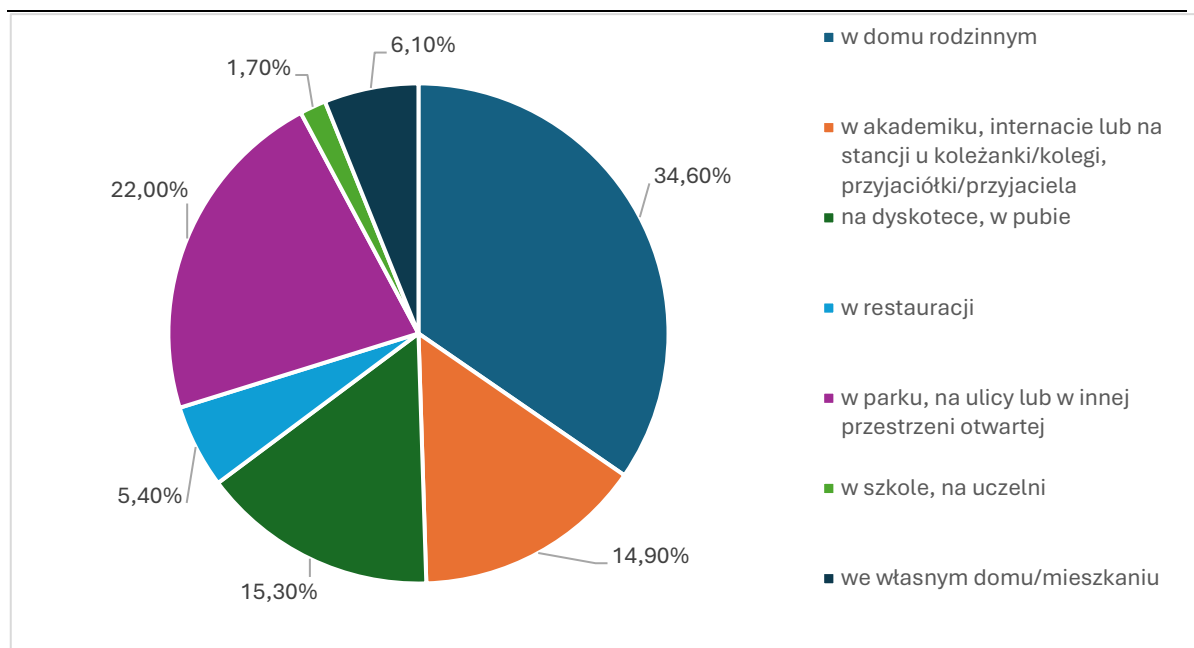
p = 0,174.

Młodzież najczęściej (największy odsetek badanych) przyznała, że alkohol po raz pierwszy wypić w domu rodzinnym (34,6%), zaś dopiero w dalszej kolejności – mniejsza ilość wskazań – że wypić alkohol po raz pierwszy w parku lub na ulicy (22,0%), na dyskotecę lub w pubie (15,3%) czy też w akademiku/internacie (14,9%). W domu rodzinnym alkohol po raz pierwszy piły przede wszystkim dziewczęta (37,9% vs 30,8%). Może to sugerować atmosferę większej swobody lub akceptacji w rodzinach, które pozwalają na picie alkoholu przez młodzież. Chłopcy częściej niż dziewczęta wypijali po raz pierwszy alkohol w parku/na ulicy (24,1% vs 20,3%), w akademiku/internacie (17,0% vs 13,1%) lub w szkole/na uczelni (2,7% vs 0,9%) (tab. 58) (ryc. 17). Prewencja i edukacja dotycząca spożycia alkoholu przez młodzież powinna skupić się nie tylko na ograniczeniu dostępu do alkoholu w miejscach publicznych (np. parki, ulice), ale również w domach rodzinnych, gdzie młodsze osoby mogą doświadczać pierwszych kontaktów z alkoholem. Programy edukacyjne skierowane do rodziców mogą pomóc w zwiększeniu świadomości na temat skutków umożliwiania młodzieży dostępu do alkoholu w domu.

Tab. 58. Miejsce, w którym nastolatkwie po raz pierwszy pili alkohol z podziałem na płeć badanych.

| Gdzie po raz pierwszy w życiu wypić/wypić alkohol?                                 | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                    | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| w domu rodzinnym                                                                   | 170     | 37,9%  | 116       | 30,8%  | 286    | 34,6%  |
| w akademiku, internacie lub na stacji u koleżanki/kolegi, przyjaciółki/przyjaciela | 59      | 13,1%  | 64        | 17,0%  | 123    | 14,9%  |
| na dyskotecę, w pubie                                                              | 70      | 15,6%  | 56        | 14,9%  | 126    | 15,3%  |
| w restauracji                                                                      | 24      | 5,3%   | 21        | 5,6%   | 45     | 5,4%   |
| w parku, na ulicy lub w innej przestrzeni otwartej                                 | 91      | 20,3%  | 91        | 24,1%  | 182    | 22,0%  |
| w szkole, na uczelni                                                               | 4       | 0,9%   | 10        | 2,7%   | 14     | 1,7%   |
| we własnym domu/mieszkanu                                                          | 31      | 6,9%   | 19        | 5,0%   | 50     | 6,1%   |
| Ogółem                                                                             | 449     | 100,0% | 377       | 100,0% | 826    | 100,0% |

p = 0,076.



Ryc. 17. Miejsce, w którym nastolatki po raz pierwszy pili alkohol.

Młodzież na wsi nieco częściej niż w mieście po alkohol po raz pierwszy sięgała w domu rodzinnym (36,9% vs 32,6%), co może sugerować różnice w postawach rodzicielskich oraz większą akceptację dla picia alkoholu w środowiskach wiejskich. Młodzież w mieście z kolei częściej pierwsze doświadczenie z alkoholem ma w akademikach lub internatach, co może być związane z większą dostępnością alkoholu w takich miejscach oraz większym wpływem grup rówieśniczych (16,2% vs 13,5%) (tab. 59).

Tab. 59. Miejsce, w którym nastolatki po raz pierwszy pili alkohol z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Gdzie po raz pierwszy w życiu wypijał/wypiłaś alkohol?                             | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                    | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| w domu rodzinnym                                                                   | 145    | 36,9%  | 141       | 32,6%  | 286    | 34,6%  |
| w akademiku, internacie lub na stacji u koleżanki/kolegi, przyjaciółki/przyjaciela | 53     | 13,5%  | 70        | 16,2%  | 123    | 14,9%  |
| na dyskotecę, w pubie                                                              | 64     | 16,3%  | 62        | 14,3%  | 126    | 15,3%  |
| w restauracji                                                                      | 22     | 5,6%   | 23        | 5,3%   | 45     | 5,4%   |
| w parku, na ulicy lub w innej przestrzeni otwartej                                 | 83     | 21,1%  | 99        | 22,9%  | 182    | 22,0%  |
| w szkole, na uczelni                                                               | 9      | 2,3%   | 5         | 1,2%   | 14     | 1,7%   |
| we własnym domu/mieszkanu                                                          | 17     | 4,3%   | 33        | 7,6%   | 50     | 6,1%   |
| Ogółem                                                                             | 393    | 100,0% | 433       | 100,0% | 826    | 100,0% |

p = 0,223.

Blisko połowa młodzieży (40,5%), która przyznała się do picia alkoholu, stwierdziło, że nigdy się nie upiło, co może wskazywać na kontrolowane podejście do spożywania alkoholu w tej grupie. Istnieje znacząca różnica płciowa w doświadczeniu upijania się. Dziewczęta częściej niż chłopcy zadeklarowały, że nigdy się nie upiły (42,2% vs 38,3%), ale również częściej niż chłopcy doświadczyły tego w wieku 14-15 lat (24,3% vs 19,2%). Wiek 16-17 lat (24,2% badanych) wydaje się być kluczowym okresem, w którym młodzież zaczyna doświadczać silniejszych efektów alkoholu, z większym odsetkiem chłopców (29%) niż dziewcząt (20%) w tej grupie wiekowej. Warto również zauważyć, że młodsze dzieci (poniżej 7 roku życia) także mogą być narażone na wczesne doświadczenia związane z alkoholem, choć te przypadki są rzadkie i dotyczą zaledwie 2,4% badanych (tab. 60).

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy wiekiem, w którym po raz pierwszy nastolatek się upił a płcią ( $p < 0,001$ ).

Tab. 60. Wiek, w którym nastolatkom po raz pierwszy się upili z podziałem na płeć badanych.

| Ile miałas/miałeś lat, kiedy po raz pierwszy się upiłaś/upiłeś? (zaburzenia lub utrata świadomości, zaburzenia mowy, zmiany nastroju, zaburzenia chodu, wymioty, złe samopoczucie) | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                    | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy w życiu się nie upiłam/upiłem                                                                                                                                                | 193     | 42,2%  | 148       | 38,3%  | 341    | 40,5%  |
| w wieku 18 lat i później                                                                                                                                                           | 14      | 3,1%   | 14        | 3,6%   | 28     | 3,3%   |
| w wieku 16-17 lat                                                                                                                                                                  | 92      | 20,1%  | 112       | 29,0%  | 204    | 24,2%  |
| w wieku 14-15 lat                                                                                                                                                                  | 111     | 24,3%  | 74        | 19,2%  | 185    | 21,9%  |
| w wieku 12-13 lat                                                                                                                                                                  | 39      | 8,5%   | 15        | 3,9%   | 54     | 6,4%   |
| w wieku 10-11 lat                                                                                                                                                                  | 3       | 0,7%   | 2         | 0,5%   | 5      | 0,6%   |
| w wieku 8-9 lat                                                                                                                                                                    | 2       | 0,4%   | 4         | 1,0%   | 6      | 0,7%   |
| w wieku poniżej 7 lat                                                                                                                                                              | 3       | 0,7%   | 17        | 4,4%   | 20     | 2,4%   |
| Ogółem                                                                                                                                                                             | 457     | 100,0% | 386       | 100,0% | 843    | 100,0% |

$p < 0,001$ .

Nie stwierdzono dużych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków dotyczących wieku w którym po raz pierwszy się upili, w zależności od miejsca zamieszkania (wieś vs miasto) (tab. 61). To oznacza, że zarówno młodzież mieszkająca na wsi, jak i w mieście doświadczyła pierwszego upicia się w podobnym wieku, niezależnie od miejsca zamieszkania.

Tab. 61. Wiek, w którym nastolatki po raz pierwszy się upili z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Ile miałś/miałaś lat, kiedy po raz pierwszy się upiłeś/upiłaś? (zaburzenia lub utrata świadomości, zaburzenia mowy, zmiany nastroju, zaburzenia chodu, wymioty, złe samopoczucie) | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                   | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy w życiu się nie upiłam/upiłem                                                                                                                                               | 159    | 39,7%  | 182       | 41,2%  | 341    | 40,5%  |
| w wieku 18 lat i później                                                                                                                                                          | 15     | 3,7%   | 13        | 2,9%   | 28     | 3,3%   |
| w wieku 16-17 lat                                                                                                                                                                 | 98     | 24,4%  | 106       | 24,0%  | 204    | 24,2%  |
| w wieku 14-15 lat                                                                                                                                                                 | 89     | 22,2%  | 96        | 21,7%  | 185    | 21,9%  |
| w wieku 12-13 lat                                                                                                                                                                 | 25     | 6,2%   | 29        | 6,6%   | 54     | 6,4%   |
| w wieku 10-11 lat                                                                                                                                                                 | 1      | 0,2%   | 4         | 0,9%   | 5      | 0,6%   |
| w wieku 8-9 lat                                                                                                                                                                   | 3      | 0,7%   | 3         | 0,7%   | 6      | 0,7%   |
| w wieku poniżej 7 lat                                                                                                                                                             | 11     | 2,7%   | 9         | 2,0%   | 20     | 2,4%   |
| Ogółem                                                                                                                                                                            | 401    | 100,0% | 442       | 100,0% | 843    | 100,0% |

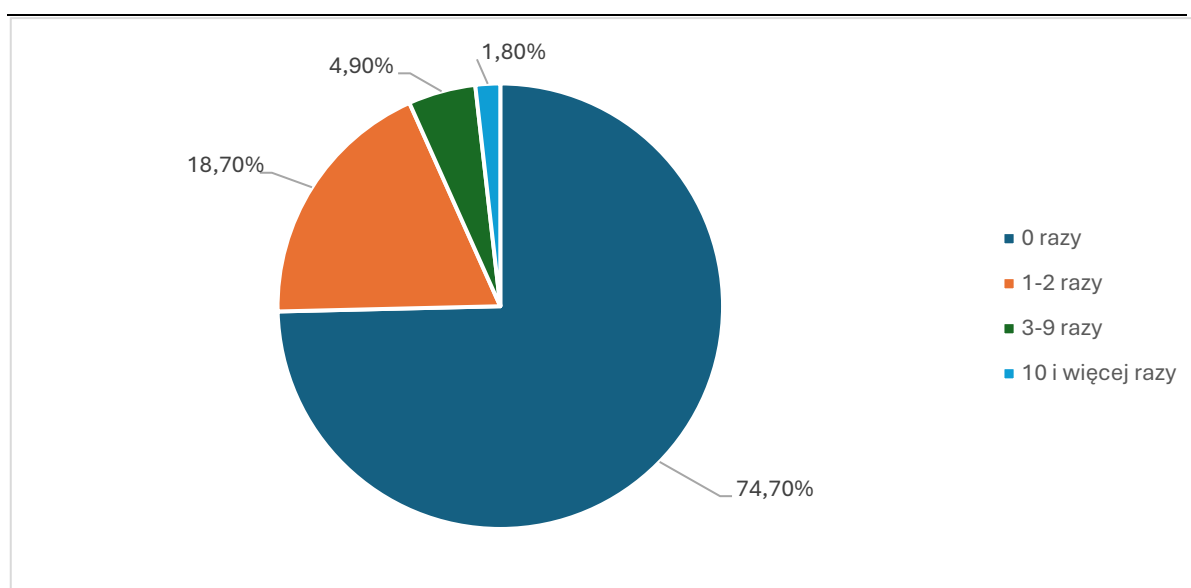
p = 0,921.

Prawie ¾ ankietowanej młodzieży (74,7%), która przyznała, że spożywa alkohol napisała, że w ciągu ostatniego miesiąca z powodu picia alkoholu nigdy nie miało kaca, nie czuło się źle, nie miało kłopotów rodzinnych lub nie zachowywało się tak, że miało problemy w szkole lub złamało prawo. Może to sugerować, że część młodych ludzi spożywa alkohol w umiarkowanych ilościach, bez wyraźnych negatywnych konsekwencji. Chociaż większość młodzieży nie doświadcza poważnych trudności, to około 20% z nich przynajmniej raz w ciągu ostatniego miesiąca zmagало się z problemami związanymi z alkoholem. Daje to sygnał, że nawet umiarkowane picie może prowadzić do komplikacji, które w dłuższym okresie mogą mieć wpływ na zdrowie i życie społeczne. Została wykazana statystyczna zależność między liczbą problemów a płcią (p = 0,034), co sugeruje, że płeć ma wpływ na częstotliwość występowania tych problemów. Chłopcy (3,1%) w tej grupie badanych, częściej niż dziewczęta (0,75) przyznali, że doświadczyli problemów związanych z alkoholem – takich jak kac, złe samopoczucie, czy kłopoty rodzinne i związane z prawem (tab. 62) (ryc. 18). Może to wskazywać, na różnice w zachowaniach alkoholowych w zależności od płci, gdzie chłopcy mogą być bardziej narażeni na negatywne konsekwencje picia alkoholu.

Tab. 62. Liczba przypadków kaca, złego samopoczucia lub innych problemów u nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca po spożyciu alkoholu z podziałem na płeć badanych.

| ILE RAZY W CIĄGU<br>OSTATNIEGO MIESIĄCA<br>z powodu picia alkoholu miałas/eś<br>kaca, źle się czułaś/eś miałas/eś<br>kłopoty rodzinne<br>lub zachowywałaś/eś się tak,<br>że miałas/eś problemy w szkole<br>lub złamałaś/eś prawo? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                                                                   | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| 0 razy                                                                                                                                                                                                                            | 346     | 75,7%  | 282       | 73,4%  | 628    | 74,7%  |
| 1-2 razy                                                                                                                                                                                                                          | 89      | 19,5%  | 68        | 17,7%  | 157    | 18,7%  |
| 3-9 razy                                                                                                                                                                                                                          | 19      | 4,2%   | 22        | 5,7%   | 41     | 4,9%   |
| 10 i więcej razy                                                                                                                                                                                                                  | 3       | 0,7%   | 12        | 3,1%   | 15     | 1,8%   |
| Ogółem                                                                                                                                                                                                                            | 457     | 100,0% | 384       | 100,0% | 841    | 100,0% |

p = 0,034.



Ryc. 18. Liczba przypadków kaca, złego samopoczucia lub innych problemów u nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca po spożyciu alkoholu z podziałem na płeć badanych.

Nieco częściej kaca, złe samopoczucie, kłopoty rodzinne czy problemy w szkole lub z prawem w ciągu ostatniego miesiąca w liczbie 1-2 razy miała młodzież mieszkająca na wsi, aniżeli w mieście (20,1% vs 17,4%) (tab. 63).

Tab. 63. Liczba przypadków kaca, złego samopoczucia lub innych problemów u nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca po spożyciu alkoholu z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| ILE RAZY W CIĄGU<br>OSTATNIEGO MIESIĄCA<br>z powodu picia alkoholu miałeś/eś<br>kaca, źle się czułaś/eś miałaś/eś<br>kłopoty rodzinne<br>lub zachowywałaś/eś się tak,<br>że miałaś/eś problemy w szkole<br>lub złamałaś/eś prawo? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                                                                   | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| 0 razy                                                                                                                                                                                                                            | 293    | 73,6%  | 335       | 75,6%  | 628    | 74,7%  |
| 1-2 razy                                                                                                                                                                                                                          | 80     | 20,1%  | 77        | 17,4%  | 157    | 18,7%  |
| 3-9 razy                                                                                                                                                                                                                          | 18     | 4,5%   | 23        | 5,2%   | 41     | 4,9%   |
| 10 i więcej razy                                                                                                                                                                                                                  | 7      | 1,8%   | 8         | 1,8%   | 15     | 1,8%   |
| Ogółem                                                                                                                                                                                                                            | 398    | 100,0% | 443       | 100,0% | 841    | 100,0% |

p = 0,768.

Choć około 30% młodzieży twierdzi, że rodzice nie pozwalają na picie alkoholu w domu, to w pozostałej grupie zauważalna jest różnorodność w podejściu rodziców. Część rodziców pozwala na picie alkoholu wyłącznie w określonych okolicznościach (np. uroczystości rodzinne – 29,0%), co może wskazywać na próbę kontrolowania konsumpcji w kontekście sytuacyjnym. Z kolei pozwalanie na picie alkoholu przy wyjątkowych okazjach (18,7%), bez okazji (10,7%) lub zawsze (12,1%) może świadczyć o bardziej liberalnym podejściu, które jednak niesie ze sobą ryzyko zmniejszonej świadomości dotyczącej potencjalnych skutków takiego zachowania. Zaskakująco, chłopcy częściej niż dziewczęta (16,0% vs 8,8%) przyznają, że rodzice pozwalają im pić alkohol w domu, zwłaszcza jeśli chodzi o pozwolenie na picie alkoholu zawsze (tab. 64). Może to sugerować, że rodzice chłopców są bardziej tolerancyjni w kwestii spożywania alkoholu w młodym wieku, lub chłopcy są bardziej skłonni do przyznawania się do takich sytuacji. Widać, że wśród badanej młodzieży istnieje pewna rozbieżność w regulacjach dotyczących picia alkoholu w domu. Oznacza to, że rodziny mają różne zasady i granice, które mogą wpływać na postawy młodzieży wobec alkoholu. Warto, aby rodzice byli świadomi wpływu, jaki ich podejście ma na zachowanie dzieci i by promowali odpowiedzialność w zakresie konsumpcji alkoholu.

Tab. 64. Przyzwolenie rodziców na picie alkoholu przez nastolatków w domu z podziałem na płeć badanych.

| JAK CZĘSTO RODZICE POZWALAJĄ<br>Ci pić alkohol w domu? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                        | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy nie pozwalają                                    | 123     | 27,2%  | 123       | 32,2%  | 246    | 29,5%  |
| rzadko,<br>jedynie przy wyjątkowych okazjach           | 90      | 19,9%  | 66        | 17,3%  | 156    | 18,7%  |
| czasami<br>przy okazji uroczystości rodzinnych         | 151     | 33,4%  | 91        | 23,8%  | 242    | 29,0%  |
| czasami, bez okazji                                    | 48      | 10,6%  | 41        | 10,7%  | 89     | 10,7%  |
| zawsze pozwalają                                       | 40      | 8,8%   | 61        | 16,0%  | 101    | 12,1%  |
| Ogółem                                                 | 452     | 100,0% | 382       | 100,0% | 834    | 100,0% |

p = 0,001.

Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków w temacie zezwolenia rodziców na spożywanie alkoholu w domu a miejscem zamieszkania (tab. 65).

Tab. 65. Przyzwolenie rodziców na picie alkoholu przez nastolatków w domu z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| JAK CZĘSTO RODZICE POZWALAJĄ<br>Ci pić alkohol w domu? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                        | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy nie pozwalają                                    | 113    | 28,7%  | 133       | 30,2%  | 246    | 29,5%  |
| rzadko,<br>jedynie przy wyjątkowych okazjach           | 84     | 21,3%  | 72        | 16,4%  | 156    | 18,7%  |
| czasami<br>przy okazji uroczystości rodzinnych         | 117    | 29,7%  | 125       | 28,4%  | 242    | 29,0%  |
| czasami, bez okazji                                    | 35     | 8,9%   | 54        | 12,3%  | 89     | 10,7%  |
| zawsze pozwalają                                       | 45     | 11,4%  | 56        | 12,7%  | 101    | 12,1%  |
| Ogółem                                                 | 394    | 100,0% | 440       | 100,0% | 834    | 100,0% |

p = 0,236.

Nastolatki, którzy wcześniej przyznali, że okazjonalnie i w różnej postaci spożywają alkohol przyznali w zdecydowanej większości (72,7%), że ich rodzice o tym fakcie są poinformowani; dotyczy to zarówno ankietowanych chłopców, jak i dziewczęta (71,7% vs 73,6%) (tab. 66).

Tab. 66. Wiedza rodziców o spożywaniu alkoholu przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy twoi rodzice wiedzą,<br>że pijesz alkohol? (wyłączając<br>przypadki wypicia nie więcej<br>niż jednego łyka<br>dla spróbowania) | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                    | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                                                                                                                | 323     | 73,6%  | 268       | 71,7%  | 591    | 72,7%  |
| NIE                                                                                                                                | 116     | 26,4%  | 106       | 28,3%  | 222    | 27,3%  |
| Ogółem                                                                                                                             | 439     | 100,0% | 374       | 100,0% | 813    | 100,0% |

p = 0,541.

Nieco większy jest odsetek młodzieży mieszkającej w mieście niż na wsi, która twierdzi, że rodzice są poinformowani o fakcie spożywania przez nią alkoholu (74,0% vs 71,2%) (tab. 67).

Tab. 67. Wiedza rodziców o spożywaniu alkoholu przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy twoi rodzice wiedzą, że pijesz alkohol? (wyłączając przypadki wypicia nie więcej niż jednego łyka dla spróbowania) | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                        | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                                                                                                    | 275    | 71,2%  | 316       | 74,0%  | 591    | 72,7%  |
| NIE                                                                                                                    | 111    | 28,8%  | 111       | 26,0%  | 222    | 27,3%  |
| Ogółem                                                                                                                 | 386    | 100,0% | 427       | 100,0% | 813    | 100,0% |

p = 0,378.

Młodzież najczęściej pije alkohol z koleżankami/kolegami, znajomymi lub z przyjaciółmi (73,7%), natomiast w dalszej kolejności z członkami swojej rodziny (19,5%). Średnio co 20. nastolatek (4,9%) twierdzi, że pije alkohol sam, przy czym w tej grupie jest dwukrotnie więcej chłopców niż dziewcząt (7,0% vs 3,2%) (tab. 68).

Tab. 68. Osoby, z którymi nastolatki piją najczęściej alkohol z podziałem na płeć badanych.

| Z kim najczęściej pijesz alkohol?                | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                  | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| z koleżankami, kolegami, znajomymi, przyjaciółmi | 325     | 73,9%  | 273       | 73,6%  | 598    | 73,7%  |
| z członkami rodziny                              | 94      | 21,4%  | 64        | 17,3%  | 158    | 19,5%  |
| z osobami, które przypadkowo spotkam             | 7       | 1,6%   | 8         | 2,2%   | 15     | 1,8%   |
| sam                                              | 14      | 3,2%   | 26        | 7,0%   | 40     | 4,9%   |
| Ogółem                                           | 440     | 100,0% | 371       | 100,0% | 811    | 100,0% |

p = 0,045.

Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków dotyczących tego, z kim najczęściej spożywają alkohol, a miejscem zamieszkania (miasto vs. wieś) (tab. 69).

Tab. 69. Osoby, z którymi nastolatkwie piją najczęściej alkohol z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Z kim najczęściej pijesz alkohol?                | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                  | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| z koleżankami, kolegami, znajomymi, przyjaciółmi | 282    | 73,4%  | 316       | 74,0%  | 598    | 73,7%  |
| z członkami rodziny                              | 77     | 20,1%  | 81        | 19,0%  | 158    | 19,5%  |
| z osobami, które przypadkowo spotkam             | 7      | 1,8%   | 8         | 1,9%   | 15     | 1,8%   |
| sam                                              | 18     | 4,7%   | 22        | 5,2%   | 40     | 4,9%   |
| Ogółem                                           | 384    | 100,0% | 427       | 100,0% | 811    | 100,0% |

p = 0,974.

Ankietowana młodzież, która wcześniej przyznała, że okazjonalnie i w różnej postaci spożywa alkohol określiła także miejsce, gdzie najczęściej spożywa alkohol. Jak wynika z odpowiedzi badanych nastolatkwie spożywają alkohol najczęściej w domu rodzinnym (26,9%), na dyskotecę/w pubie (24,7%), w parku/na ulicy (21,3%) lub w akademiku/internacie (16,0%). Większy odsetek dziewcząt niż chłopców przyznał, że spożywa alkohol w domu rodzinnym (28,7% vs 24,8%) oraz na dyskotecę w pubie (27,1% vs 21,8%). Wskazanie na dom rodzinny sugeruje, że niektóre dziewczęta mogą spożywać alkohol w atmosferze rodzinnej lub podczas mniej formalnych, kontrolowanych sytuacji. Spożywanie alkoholu w dyskotecę lub pubie jest zgodne z próbami integracji społecznej i zdobywania doświadczeń w ramach młodzieżowej rozrywki.

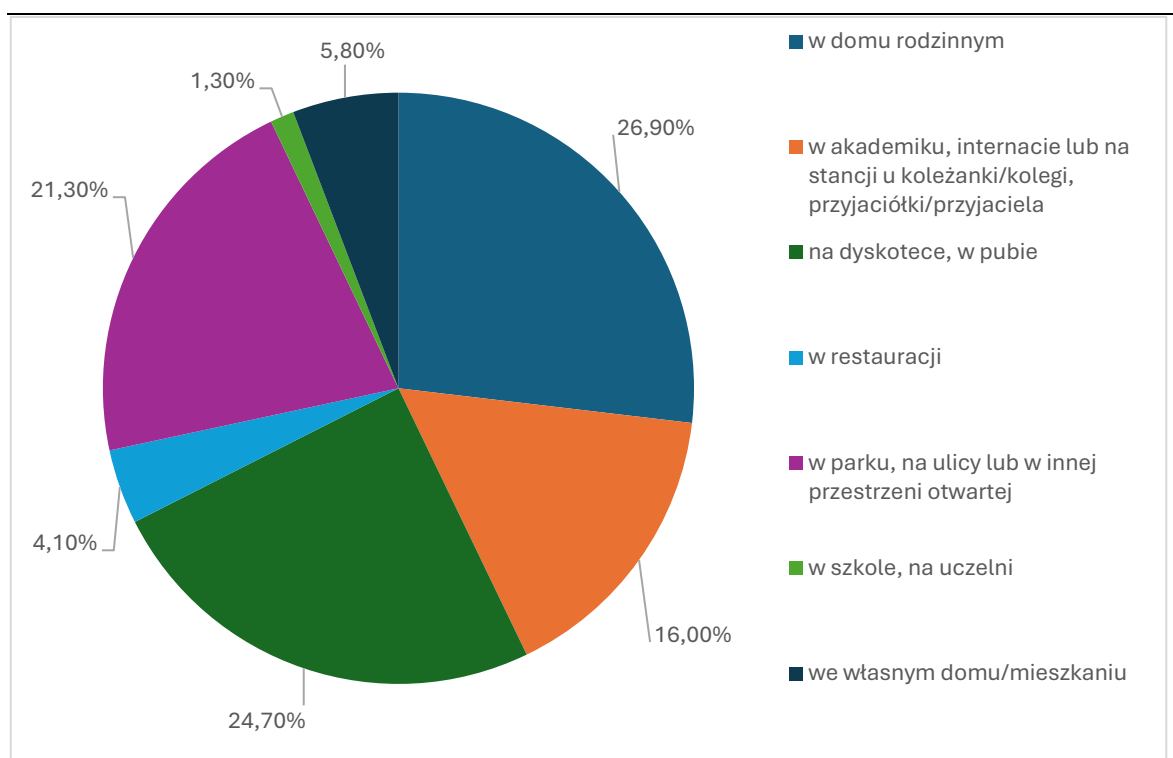
Chłopcy częściej niż dziewczęta przyznali, że piją alkohol w parku/na ulicy (25,3% vs 17,8%) (tab. 70) (ryc. 19). Wyższy odsetek chłopców spożywających alkohol w parku lub na ulicy może wskazywać na bardziej poszukujące, eksperymentalne zachowania lub na spożywanie alkoholu w sytuacjach, które nie zawsze są odpowiednio nadzorowane przez dorosłych. Tego typu miejsca, takie jak publiczne przestrzenie, mogą sprzyjać bardziej spontanicznemu i mniej kontrolowanemu piciu. Częstsze spożywanie alkoholu w przestrzeniach takich jak dyskoteki, puby, parki czy ulice może być związane z presją rówieśniczą. Dziewczęta mogą częściej wybierać miejsca, które wydają się bardziej bezpieczne i zorganizowane (np. puby), natomiast chłopcy mogą być bardziej skłonni do picia alkoholu w miejscach otwartych, gdzie występuje mniej ograniczeń. Różnice w miejscach spożywania alkoholu mogą również wynikać z różnych wzorców kulturowych i oczekiwań dotyczących zachowań młodzieży. Może to odzwierciedlać także różne role społeczne przypisywane dziewczętom i chłopcom w kontekście alkoholu.

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy miejscem spożywania alkoholu a płcią (p = 0,015).

Tab. 70. Miejsca, w których nastolatki piją najczęściej alkohol z podziałem na płeć badanych.

| Gdzie najczęściej pijesz alkohol?                                                  | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                    | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| w domu rodzinnym                                                                   | 124     | 28,7%  | 91        | 24,8%  | 215    | 26,9%  |
| w akademiku, internacie lub na stacji u koleżanki/kolegi, przyjaciółki/przyjaciela | 66      | 15,3%  | 62        | 16,9%  | 128    | 16,0%  |
| na dyskotecę, w pubie                                                              | 117     | 27,1%  | 80        | 21,8%  | 197    | 24,7%  |
| w restauracji                                                                      | 22      | 5,1%   | 11        | 3,0%   | 33     | 4,1%   |
| w parku, na ulicy lub w innej przestrzeni otwartej                                 | 77      | 17,8%  | 93        | 25,3%  | 170    | 21,3%  |
| w szkole, na uczelni                                                               | 2       | 0,5%   | 8         | 2,2%   | 10     | 1,3%   |
| we własnym domu/mieszkanu                                                          | 24      | 5,6%   | 22        | 6,0%   | 46     | 5,8%   |
| Ogółem                                                                             | 432     | 100,0% | 367       | 100,0% | 799    | 100,0% |

p = 0,015.



Ryc. 19. Miejsca, w których nastolatki piją najczęściej alkohol.

Nastolatki mieszkające na wsi częściej przyznały, że spożywają alkohol w domu rodzinnym (28,6% vs 25,4%), zaś mieszkający w mieście deklarują, że częściej spożywają alkohol we własnym domu/mieszkanu (7,1% vs 4,2%) (tab. 71).

Tab. 71. Miejsca, w których nastolatki piją najczęściej alkohol z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Gdzie najczęściej pijesz alkohol?                                                  | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                    | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| w domu rodzinnym                                                                   | 108    | 28,6%  | 107       | 25,4%  | 215    | 26,9%  |
| w akademiku, internacie lub na stacji u koleżanki/kolegi, przyjaciółki/przyjaciela | 55     | 14,6%  | 73        | 17,3%  | 128    | 16,0%  |
| na dyskotecę, w pubie                                                              | 97     | 25,7%  | 100       | 23,7%  | 197    | 24,7%  |
| w restauracji                                                                      | 17     | 4,5%   | 16        | 3,8%   | 33     | 4,1%   |
| w parku, na ulicy lub w innej przestrzeni otwartej                                 | 79     | 21,0%  | 91        | 21,6%  | 170    | 21,3%  |
| w szkole, na uczelni                                                               | 5      | 1,3%   | 5         | 1,2%   | 10     | 1,3%   |
| we własnym domu/mieszkaniu                                                         | 16     | 4,2%   | 30        | 7,1%   | 46     | 5,8%   |
| Ogółem                                                                             | 377    | 100,0% | 422       | 100,0% | 799    | 100,0% |

p = 0,518.

Ponad połowa (55,8%) ankietowanej młodzieży, zapytana czy w ciągu ostatniego miesiąca ktokolwiek odmówił im sprzedaży alkoholu z powodu zbyt młodego wyglądu, odpowiedziała, że w ogóle nie próbowała kupować alkoholu w tym czasie.

Część osób (21,1%) zadeklarowała, że ma ukończone 18 lat i może swobodnie kupować alkohol. Kolejna grupa (13,7%) stwierdziła, że kupiła alkohol bez żadnego problemu – nikt nie zapytał ich o wiek. Tylko 9,4% badanych przyznało, że odmówiono im sprzedaży alkoholu z powodu ich młodego wyglądu. Zauważalna była różnica między płciami – częściej odmowę sprzedaży z powodu młodego wieku zgłaszają chłopcy (11,2%) niż dziewczęta (7,9%). Jednocześnie to także chłopcy częściej deklarują, że kupują alkohol bez żadnych przeszkód (15,9% vs 11,8%) (tab. 72).

Tab. 72. Odmawianie sprzedaży nastolatkom alkoholu z powodu ich zbyt młodego wieku z podziałem na płeć badanych.

| Czy w CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA ktokolwiek odmówił Ci sprzedaży alkoholu (piwa, wina, wódki) z POWODU ZBYT MŁODEGO WIEKU? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                           | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy nie próbowałam kupować alkoholu w tym czasie                                                                        | 279     | 61,2%  | 189       | 49,3%  | 468    | 55,8%  |
| TAK, nie sprzedano mi alkoholu z powodu zbyt młodego wieku                                                                | 36      | 7,9%   | 43        | 11,2%  | 79     | 9,4%   |
| NIE, mam 18 lat i mogę kupować alkohol                                                                                    | 87      | 19,1%  | 90        | 23,5%  | 177    | 21,1%  |
| nie, kupiłam/am alkohol bez kłopotu i nikt nie pytał o mój wiek                                                           | 54      | 11,8%  | 61        | 15,9%  | 115    | 13,7%  |
| Ogółem                                                                                                                    | 456     | 100,0% | 383       | 100,0% | 839    | 100,0% |

p = 0,007.

Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków na pytanie, czy w ciągu ostatniego miesiąca ktokolwiek odmówił im sprzedaży alkoholu, w zależności od miejsca zamieszkania (tab. 73).

Tab. 73. Odmawianie sprzedaży nastolatkom alkoholu z powodu ich zbyt młodego wieku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy w CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA ktokolwiek odmówił Ci sprzedaży alkoholu (piwa, wina, wódki) z POWODU ZBYT MŁODEGO WIEKU? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                           | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy nie próbowałem kupować alkoholu w tym czasie                                                                        | 238    | 59,8%  | 230       | 52,2%  | 468    | 55,8%  |
| TAK, nie sprzedano mi alkoholu z powodu zbyt młodego wieku                                                                | 35     | 8,8%   | 44        | 10,0%  | 79     | 9,4%   |
| NIE, mam 18 lat i mogę kupować alkohol                                                                                    | 74     | 18,6%  | 103       | 23,4%  | 177    | 21,1%  |
| Nie, kupiłem/am alkohol bez kłopotu i nikt nie pytał o mój wiek                                                           | 51     | 12,8%  | 64        | 14,5%  | 115    | 13,7%  |
| Ogółem                                                                                                                    | 398    | 100,0% | 441       | 100,0% | 839    | 100,0% |

p = 0,158.

Nastolatkarzowie odpowiedzieli na pytanie, czy ktokolwiek z ich koleżanek, kolegów lub przyjaciół pije alkohol. Aż 43,7% badanych stwierdziło, że większość ich znajomych spożywa alkohol, a kolejne 11,7% przyznało, że wszyscy ich znajomi piją alkohol. Łącznie daje to 55,4% respondentów, którzy zadeklarowali, że alkohol spożywa większość lub wszyscy ich znajomi. Zaledwie 13,8% nastolatków wskazało, że nikt z ich otoczenia nie pije alkoholu, natomiast 30,9% odpowiedziało, że alkohol spożywa jedynie niewielka część ich znajomych. Wśród osób, które twierdzą, że większość ich znajomych pije alkohol, przeważają chłopcy (47,0%) w porównaniu do dziewcząt (41,1%) (tab. 74).

Tab. 74. Picie alkoholu przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy ktokolwiek z Twoich koleżanek/kolegów, przyjaciół/przyjaciół pije alkohol? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nikt z moich przyjaciół i znajomych nie pije alkoholu                          | 101     | 13,7%  | 77        | 13,9%  | 178    | 13,8%  |
| niewielu                                                                       | 245     | 33,2%  | 154       | 27,7%  | 399    | 30,9%  |
| większość                                                                      | 303     | 41,1%  | 261       | 47,0%  | 564    | 43,7%  |
| wszyscy                                                                        | 88      | 11,9%  | 63        | 11,4%  | 151    | 11,7%  |
| Ogółem                                                                         | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,125.

Nie odnotowano istotnych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków na pytanie, czy ktokolwiek z ich przyjaciół lub znajomych pije alkohol, w zależności od miejsca zamieszkania (tab. 75).

Tab. 75. Picie alkoholu przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy ktokolwiek z Twoich koleżanek/kolegów, przyjaciół/przyjaciół pije alkohol? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nikt z moich przyjaciół i znajomych nie pije alkoholu                          | 84     | 13,7%  | 94        | 13,9%  | 178    | 13,8%  |
| niewiele                                                                       | 186    | 30,2%  | 213       | 31,5%  | 399    | 30,9%  |
| większość                                                                      | 277    | 45,0%  | 287       | 42,4%  | 564    | 43,7%  |
| wszyscy                                                                        | 68     | 11,1%  | 83        | 12,3%  | 151    | 11,7%  |
| Ogółem                                                                         | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,781.

Ankietowani nastolatkowie zostali zapytani również o to, ilu spośród ich koleżanek, kolegów lub przyjaciół piło alkohol w ciągu ostatnich 7 dni. Z analizy odpowiedzi wynika, że jedynie 24,3% badanych zadeklarowało, iż żaden z ich znajomych nie spożywał alkoholu w tym czasie. Oznacza to, że aż 75,7% respondentów przyznało, że co najmniej część ich znajomych piła alkohol w ostatnim tygodniu: 3,5% wskazało, że wszyscy ich znajomi spożywali alkohol, 20,8%, że większość, a 51,4%, że niewielka część znajomych. W grupie respondentów, którzy zadeklarowali, że wszyscy ich znajomi pili alkohol w ciągu ostatnich 7 dni, przeważali chłopcy (4,9%) w porównaniu do dziewcząt (2,4%) (tab. 76). Analiza wykazała istotną zależność statystyczną pomiędzy płcią a liczbą znajomych, którzy spożywali alkohol w ostatnim tygodniu (p = 0,015).

Tab. 76. Picie alkoholu przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków w ciągu ostatnich 7 dni z podziałem na płeć badanych.

| Ilu spośród Twoich koleżanek/kolegów, przyjaciół/przyjaciół PIŁ ALKOHOL W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                  | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nikt z moich przyjaciół i znajomych nie pije alkoholu                                            | 176     | 23,9%  | 138       | 24,9%  | 314    | 24,3%  |
| niewiele piło alkohol w przeciągu ostatniego tygodnia                                            | 401     | 54,4%  | 263       | 47,4%  | 664    | 51,4%  |
| większość piło alkohol w przeciągu ostatniego tygodnia                                           | 142     | 19,3%  | 127       | 22,9%  | 269    | 20,8%  |
| wszyscy pili alkohol w przeciągu ostatniego tygodnia                                             | 18      | 2,4%   | 27        | 4,9%   | 45     | 3,5%   |
| Ogółem                                                                                           | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,015.

Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetkach odpowiedzi nastolatków dotyczących liczby znajomych, którzy spożywali alkohol w ciągu ostatnich 7 dni, w zależności od miejsca zamieszkania (tab. 77).

Tab. 77. Picie alkoholu przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków w ciągu ostatnich 7 dni z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Ilu spośród Twoich koleżanek/kolegów, przyjaciół/przyjaciół PIŁ ALKOHOL W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                  | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nikt z moich przyjaciół i znajomych nie pije alkoholu                                            | 155    | 25,2%  | 159       | 23,5%  | 314    | 24,3%  |
| niewielu piło alkohol w przeciągu ostatniego tygodnia                                            | 311    | 50,6%  | 353       | 52,1%  | 664    | 51,4%  |
| większość piła alkohol w przeciągu ostatniego tygodnia                                           | 128    | 20,8%  | 141       | 20,8%  | 269    | 20,8%  |
| wszyscy pili alkohol w przeciągu ostatniego tygodnia                                             | 21     | 3,4%   | 24        | 3,5%   | 45     | 3,5%   |
| Ogółem                                                                                           | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,905.

Średnio 1 na 5 badanych nastolatków (21,2%) przyznał, że jedna z bliskich im osób (rodzic, opiekun, brat, siostra, dziadek lub babcia) spożywa alkohol częściej niż raz w tygodniu. Nieco częściej taką odpowiedź wskazywały dziewczęta (22,0%) niż chłopcy (20,0%) (tab. 78).

Tab. 78. Spożywanie alkoholu częściej niż jeden raz na tydzień przez osoby bliskie nastolatkom z podziałem na płeć badanych.

| Czy ktokolwiek z Twoich bliskich (rodziców lub opiekunów, braci, sióstr, dziadków lub babć) pije alkohol CZĘŚCIEJ NIŻ JEDEN RAZ NA TYDZIEŃ? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                             | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| Tak                                                                                                                                         | 162     | 22,0%  | 109       | 20,0%  | 271    | 21,2%  |
| Nie                                                                                                                                         | 573     | 78,0%  | 437       | 80,0%  | 1010   | 78,8%  |
| Ogółem                                                                                                                                      | 735     | 100,0% | 546       | 100,0% | 1281   | 100,0% |

p = 0,368.

Nastolatkwie, którzy przyznali, że któraś z bliskich im osób pije alkohol częściej niż raz w tygodniu (n = 271), wskazali najczęściej na: ojca (n = 156), matkę (n = 47), dziadka (n = 42), obojga rodziców (n = 16), brata (n = 8), babcię (n = 2).

Nie odnotowano istotnych różnic w odsetku odpowiedzi na to pytanie w zależności od miejsca zamieszkania badanych nastolatków (tab. 79).

Tab. 79. Spożywanie alkoholu częściej niż jeden raz na tydzień przez osoby bliskie nastolatkom z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy ktokolwiek z Twoich bliskich (rodziców lub opiekunów, braci, siostr, dziadków lub babć) pije alkohol CZĘŚCIEJ NIŻ JEDEN RAZ NA TYDZIEŃ? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                             | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| Tak                                                                                                                                         | 126    | 20,7%  | 145       | 21,6%  | 271    | 21,2%  |
| Nie                                                                                                                                         | 484    | 79,3%  | 526       | 78,4%  | 1010   | 78,8%  |
| Ogółem                                                                                                                                      | 610    | 100,0% | 671       | 100,0% | 1281   | 100,0% |

p = 0,676.

### 3.3.3. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież - inne

Ankietowana młodzież została zapytana o powody stosowania używek (tytoniu, alkoholu, dopalaczy, narkotyków). Nieco ponad połowa respondentów (59,7%) odpowiedziała przecząco, deklarując, że nie używa żadnych substancji psychoaktywnych. Pozostali nastolatki przyznali się do stosowania używek i wskazali powody ich przyjmowania. Z odpowiedzi wynika, że młodzież sięga po używki z różnych przyczyn, z których najczęściej wskazywane to: ciekawość (9,6%), przekonanie, że po ich użyciu lepiej radzą sobie w życiu (8,2%), chęć zabicia czasu (5,8%). Zwraca uwagę również fakt, że część badanych wskazała na uzależnienie (4,4%) oraz presję otoczenia („bo inni to robią” – 3,5%). Dziewczeta nieco częściej niż chłopcy deklarowały brak kontaktu z używkami (61,3% vs 57,7%). Warto podkreślić, że dziewczeta niemal dwukrotnie częściej niż chłopcy jako powód sięgania po używki wskazywały lepsze radzenie sobie w życiu po ich zażyciu (10,4% vs 5,4%). Z kolei chłopcy trzykrotnie częściej niż dziewczeta przyznali, że stosują używki „dla dobrej zabawy w towarzystwie” (5,0% vs 1,6%) (tab. 80).

W analizie wykazano istotność statystyczną zależności pomiędzy przyczynami stosowania używek a płcią badanych ( $p < 0,001$ ).

Tab. 80. Przyczyny stosowania używek przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Dlaczego stosujesz używki<br>(tytoń, alkohol, dopalacze lub narkotyki) | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                        | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nie stosuję używek                                                     | 449     | 61,3%  | 320       | 57,7%  | 769    | 59,7%  |
| dla zabicia czasu                                                      | 36      | 4,9%   | 39        | 7,0%   | 75     | 5,8%   |
| bo inni to robią                                                       | 21      | 2,9%   | 24        | 4,3%   | 45     | 3,5%   |
| po nich lepiej sobie dają radę w życiu                                 | 76      | 10,4%  | 30        | 5,4%   | 106    | 8,2%   |
| chcę dorównać rówieśnikom                                              | 4       | 0,5%   | 6         | 1,1%   | 10     | 0,8%   |
| bo jestem uzależniony                                                  | 35      | 4,8%   | 22        | 4,0%   | 57     | 4,4%   |
| z ciekawości                                                           | 77      | 10,5%  | 47        | 8,5%   | 124    | 9,6%   |
| dla dobrej zabawy w towarzystwie                                       | 12      | 1,6%   | 28        | 5,0%   | 40     | 3,1%   |
| inne                                                                   | 23      | 3,1%   | 39        | 7,0%   | 62     | 4,8%   |
| Ogółem                                                                 | 733     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1288   | 100,0% |

p < 0,001.

Nie odnotowano istotnych różnic w odsetkach odpowiedzi dotyczących przyczyn stosowania używek przez młodzież, w zależności od miejsca zamieszkania (tab. 81).

Tab. 81. Przyczyny stosowania używek przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Dlaczego stosujesz używki<br>(tytoń, alkohol, dopalacze lub narkotyki) | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                        | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nie stosuję używek                                                     | 363    | 59,2%  | 406       | 60,1%  | 769    | 59,7%  |
| dla zabicia czasu                                                      | 36     | 5,9%   | 39        | 5,8%   | 75     | 5,8%   |
| bo inni to robią                                                       | 23     | 3,8%   | 22        | 3,3%   | 45     | 3,5%   |
| po nich lepiej sobie dają radę w życiu                                 | 56     | 9,1%   | 50        | 7,4%   | 106    | 8,2%   |
| chcę dorównać rówieśnikom                                              | 2      | 0,3%   | 8         | 1,2%   | 10     | 0,8%   |
| bo jestem uzależniony                                                  | 23     | 3,8%   | 34        | 5,0%   | 57     | 4,4%   |
| z ciekawości                                                           | 63     | 10,3%  | 61        | 9,0%   | 124    | 9,6%   |
| dla dobrej zabawy w towarzystwie                                       | 16     | 2,6%   | 24        | 3,6%   | 40     | 3,1%   |
| inne                                                                   | 31     | 5,1%   | 31        | 4,6%   | 62     | 4,8%   |
| Ogółem                                                                 | 613    | 100,0% | 675       | 100,0% | 1288   | 100,0% |

p = 0,507.

Większość nastolatków biorących udział w badaniu ankietowym przyznała, że kiedykolwiek spożywała napoje energetyzujące – na to pytanie twierdząco odpowiedziało aż 78,8% respondentów (tab. 82).

Tab. 82. Przyjmowanie przez nastolatków napojów energetyzujących z podziałem na płeć badanych.

| Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś<br>napoje energetyzujące? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                        | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                                    | 584     | 79,2%  | 434       | 78,2%  | 1018   | 78,8%  |
| NIE                                                    | 153     | 20,8%  | 121       | 21,8%  | 274    | 21,2%  |
| Ogółem                                                 | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,65.

Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetkach odpowiedzi nastolatków dotyczących spożywania napojów energetyzujących kiedykolwiek, w zależności od miejsca zamieszkania (tab. 83).

Tab. 83. Przyjmowanie przez nastolatków napojów energetyzujących z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                     | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                                 | 486    | 79,0%  | 532       | 78,6%  | 1018   | 78,8%  |
| NIE                                                 | 129    | 21,0%  | 145       | 21,4%  | 274    | 21,2%  |
| Ogółem                                              | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,846.

Młodzież określiła również, ile napojów energetyzujących piła w ciągu ostatniego miesiąca. Prawie co trzeci ankietowany nastolatek (31,3%) przyznał, że spożywał napoje energetyzujące 1-2 razy w ciągu ostatnich 30 dni. Kolejne 25,0% badanych zadeklarowało, że piło je 3-9 razy, a 18,4% nastolatków przyznało, że spożywało je 10 razy lub więcej. Warto podkreślić, że napoje energetyzujące w większych ilościach spożywają częściej dziewczęta. W grupie dziewcząt 25,8% piło napoje energetyzujące 3-9 razy w ostatnim miesiącu, podczas gdy wśród chłopców było to 23,9%. Z kolei 19,7% dziewcząt piło je 10 razy lub więcej, podczas gdy wśród chłopców odsetek ten wynosił 16,7% (tab. 84).

Tab. 84. Liczba przypadków picia napojów energetyzujących przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.

| Ile razy piłeś/piłaś napoje energetyzujące w ciągu ostatniego miesiąca? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                         | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| 0 razy                                                                  | 144     | 23,1%  | 132       | 28,0%  | 276    | 25,2%  |
| 1-2 razy                                                                | 195     | 31,3%  | 148       | 31,4%  | 343    | 31,3%  |
| 3-9 razy                                                                | 161     | 25,8%  | 113       | 23,9%  | 274    | 25,0%  |
| 10 i więcej razy                                                        | 123     | 19,7%  | 79        | 16,7%  | 202    | 18,4%  |
| Ogółem                                                                  | 623     | 100,0% | 472       | 100,0% | 1095   | 100,0% |

p = 0,239.

Napoje energetyzujące w większych ilościach spożywają głównie nastolatki mieszkające na wsi. W grupie tej 27,0% młodzieży piło napoje energetyzujące 3-9 razy w ciągu ostatniego miesiąca, podczas gdy wśród młodzieży mieszkającej w mieście odsetek ten wynosił 23,2%. Aż 20,7% młodzieży ze wsi przyznało, że piło napoje energetyzujące 10 razy lub więcej w ciągu ostatniego miesiąca, w porównaniu do 16,4% młodzieży miejskiej.

Z kolei młodzież mieszkająca w mieście częściej niż młodzież ze wsi zadeklarowała, że w ogóle nie piła napojów energetyzujących w ciągu ostatniego miesiąca (28,1% vs 22,0%) (tab. 85).

Wykazano istotność statystyczną zależności pomiędzy ilością spożywanych przez młodzież napojów energetyzujących w ciągu ostatniego miesiąca a miejscem zamieszkania ( $p = 0,034$ ).

Tab. 85. Liczba przypadków picia napojów energetyzujących przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Ile razy piłeś/piłaś<br>napoje energetyzujące<br>w ciągu ostatniego miesiąca? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                               | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| 0 razy                                                                        | 115    | 22,0%  | 161       | 28,1%  | 276    | 25,2%  |
| 1-2 razy                                                                      | 158    | 30,3%  | 185       | 32,3%  | 343    | 31,3%  |
| 3-9 razy                                                                      | 141    | 27,0%  | 133       | 23,2%  | 274    | 25,0%  |
| 10 i więcej razy                                                              | 108    | 20,7%  | 94        | 16,4%  | 202    | 18,4%  |
| Ogółem                                                                        | 522    | 100,0% | 573       | 100,0% | 1095   | 100,0% |

$p = 0,034$ .

Ankietowana młodzież została również zapytana o ilość napojów energetyzujących spożywanych w ciągu jednego dnia. Wśród osób, które deklarują spożywanie tego rodzaju napojów, zdecydowana większość sięga po niewielkie ilości. Aż 71,5% respondentów przyznało, że wypija do 0,25 litra dziennie (czyli jedną puszkę), natomiast kolejne 18,7% spożywa do 0,5 litra dziennie (czyli dwie puszkę). Średnio 1 na 10 nastolatków pijących napoje energetyzujące spożywa ich w ilości przekraczającej 0,5 litra dziennie. W szczególności 4,5% młodzieży pije dziennie około 0,75 litra (czyli trzy puszkę), natomiast 5,3% deklaruje spożycie przekraczające 1 litr dziennie (czyli cztery puszkę lub więcej). Warto zwrócić uwagę, że spożycie dużych ilości napojów energetyzujących (1 litr i więcej) dotyczy przede wszystkim chłopców (7,9%), aniżeli dziewcząt (3,5%) (tab. 86).

Co istotne, wykazano statystycznie istotną zależność między ilością spożywanych napojów energetyzujących, a płcią badanych ( $p = 0,003$ ).

Tab. 86. Ilość zazwyczaj wypijanych przez nastolatków napojów energetyzujących w ciągu jednego dnia z podziałem na płeć badanych.

| Ile zazwyczaj w ciągu jednego dnia<br>wypijasz napojów energetyzujących? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                          | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| do 0,25 litra (1 puszka)                                                 | 396     | 72,1%  | 286       | 70,6%  | 682    | 71,5%  |
| 0,5 litra (2 puszkę)                                                     | 102     | 18,6%  | 76        | 18,8%  | 178    | 18,7%  |
| 0,75 litra (3 puszkę)                                                    | 32      | 5,8%   | 11        | 2,7%   | 43     | 4,5%   |
| 1 litr i więcej                                                          | 19      | 3,5%   | 32        | 7,9%   | 51     | 5,3%   |
| Ogółem                                                                   | 549     | 100,0% | 405       | 100,0% | 954    | 100,0% |

$p = 0,003$ .

Wartym podkreślenia jest także fakt, że duże ilości napojów energetyzujących (tj. 1 litr i więcej) spożywa w ciągu jednego dnia głównie młodzież mieszkająca na wsi (6,5% vs 4,3%) (tab. 87).

Tab. 87. Ilość zazwyczaj wypijanych przez nastolatków napojów energetyzujących w ciągu jednego dnia z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Ile zazwyczaj w ciągu jednego dnia wypijasz napojów energetyzujących? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                       | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| do 0,25 litra (1 puszka)                                              | 336    | 72,7%  | 346       | 70,3%  | 682    | 71,5%  |
| 0,5 litra (2 puszki)                                                  | 74     | 16,0%  | 104       | 21,1%  | 178    | 18,7%  |
| 0,75 litra (3 puszki)                                                 | 22     | 4,8%   | 21        | 4,3%   | 43     | 4,5%   |
| 1 litr i więcej                                                       | 30     | 6,5%   | 21        | 4,3%   | 51     | 5,3%   |
| Ogółem                                                                | 462    | 100,0% | 492       | 100,0% | 954    | 100,0% |

p = 0,118.

### 3.3.4. Samoocena stanu zdrowia młodzieży i ocena relacji z rodzicami lub opiekunami

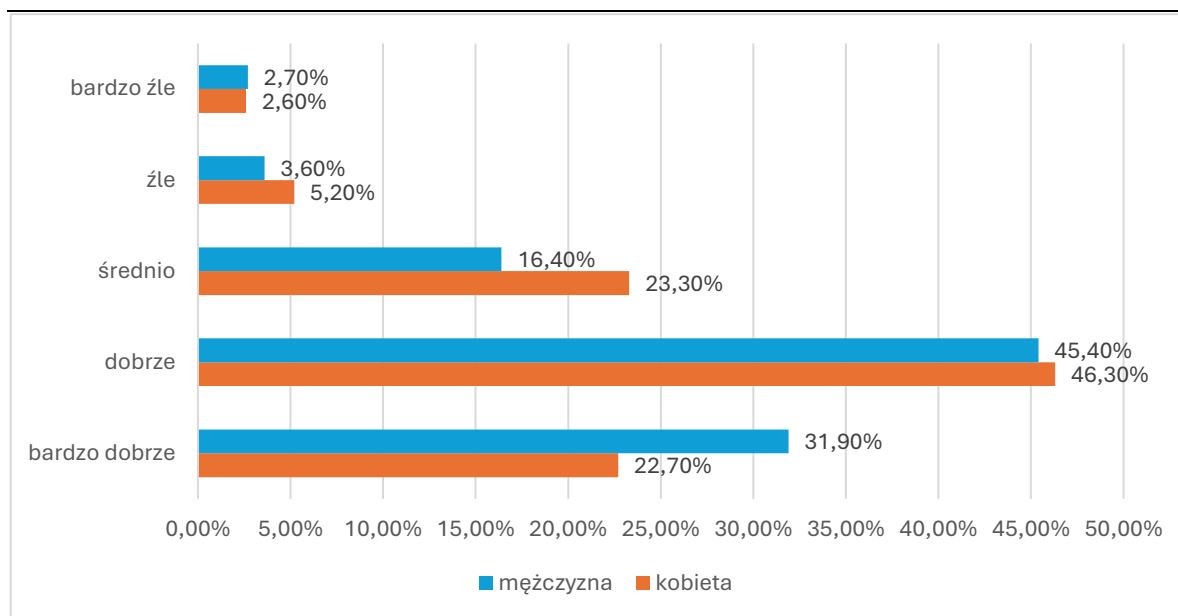
Ankietowani nastolatki zostali poproszeni o ocenę swojego stanu zdrowia. Prawie połowa badanych (45,9%) określiła go jako „dobry”, a 26,6% jako „bardzo dobry”. Jedna piąta respondentów (20,4%) oceniła swoje zdrowie jako „średnie”. Niewielki odsetek młodzieży określił swój stan zdrowia jako „zły” (4,5%) lub „bardzo zły” (2,6%). Warto zauważyć, że chłopcy częściej niż dziewczęta oceniali swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” (31,9% vs 22,7%). Z kolei dziewczęta częściej niż chłopcy określały swój stan zdrowia jako „średni” (23,3% vs 16,4%) (tab. 88) (ryc. 20).

Co istotne, analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy oceną stanu zdrowia a płcią respondentów ( $p < 0,001$ ), co wskazuje na wyraźne różnice w postrzeganiu zdrowia między chłopcami a dziewczętami.

Tab. 88. Samoocena stanu zdrowia nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Jak oceniasz swój stan zdrowia? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                 | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| bardzo dobrze                   | 167     | 22,7%  | 177       | 31,9%  | 344    | 26,6%  |
| dobrze                          | 341     | 46,3%  | 252       | 45,4%  | 593    | 45,9%  |
| średnio                         | 172     | 23,3%  | 91        | 16,4%  | 263    | 20,4%  |
| źle                             | 38      | 5,2%   | 20        | 3,6%   | 58     | 4,5%   |
| bardzo źle                      | 19      | 2,6%   | 15        | 2,7%   | 34     | 2,6%   |
| Ogółem                          | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p < 0,001.



Ryc. 20. Samoocena stanu zdrowia nastolatków z podziałem na płeć badanych.

Z analizy badań wynika, że młodzież mieszkająca na wsi nieco częściej oceniała swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” (27,6% vs 25,7%) oraz „dobry” (47,6% vs 44,3%), a także – co ciekawe – „zły” (5,2% vs 3,8%), w porównaniu do rówieśników z miasta. Z kolei nastolatki mieszkające w mieście częściej określali swój stan zdrowia jako „średni” (23,5% vs 16,9%) (tab. 89).

Tab. 89. Samoocena stanu zdrowia nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jak oceniasz swój stan zdrowia? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                 | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| bardzo dobrze                   | 170    | 27,6%  | 174       | 25,7%  | 344    | 26,6%  |
| dobrze                          | 293    | 47,6%  | 300       | 44,3%  | 593    | 45,9%  |
| średnio                         | 104    | 16,9%  | 159       | 23,5%  | 263    | 20,4%  |
| źle                             | 32     | 5,2%   | 26        | 3,8%   | 58     | 4,5%   |
| bardzo źle                      | 16     | 2,6%   | 18        | 2,7%   | 34     | 2,6%   |
| Ogółem                          | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,052.

Poddana badaniu ankietowemu młodzież w zdecydowanej większości przyznała (78,3%), że nie ma problemów z własnym zdrowiem, ale średnio 1 na 5 respondentów (21,7%) odpowiedział na to pytanie twierdząc (tab. 90).

Tab. 90. Posiadanie problemów ze zdrowiem zdaniem nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy masz problemy ze zdrowiem? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| Tak                            | 184     | 25,1%  | 95        | 17,2%  | 279    | 21,7%  |
| Nie                            | 549     | 74,9%  | 457       | 82,8%  | 1006   | 78,3%  |
| Ogółem                         | 733     | 100,0% | 552       | 100,0% | 1285   | 100,0% |

$p < 0,001$ .

Spośród 279 nastolatków, którzy przyznali, że mają problemy zdrowotne, większość ( $n = 193$ ) wskazała, jakiego rodzaju są to problemy. Najczęściej wymieniano: chorobę przewlekłą – 156 osób, astmę – 19 osób, cukrzycę – 11 osób, zapalenie stawów – 4 osoby, padaczkę – 3 osoby. Dodatkowo 53 osoby zaznaczyły, że „nie chcą o tym mówić/pisać”, natomiast 33 osoby nie udzieliły żadnych wyjaśnień w tej kwestii.

Młodzież mieszkająca w mieście nieco częściej niż młodzież ze wsi przyznała (23,0% vs 20,3%), że ma problemy ze zdrowiem (tab. 91).

Tab. 91. Posiadanie problemów ze zdrowiem zdaniem nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy masz problemy ze zdrowiem? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| Tak                            | 124    | 20,3%  | 155       | 23,0%  | 279    | 21,7%  |
| Nie                            | 486    | 79,7%  | 520       | 77,0%  | 1006   | 78,3%  |
| Ogółem                         | 610    | 100,0% | 675       | 100,0% | 1285   | 100,0% |

$p = 0,253$ .

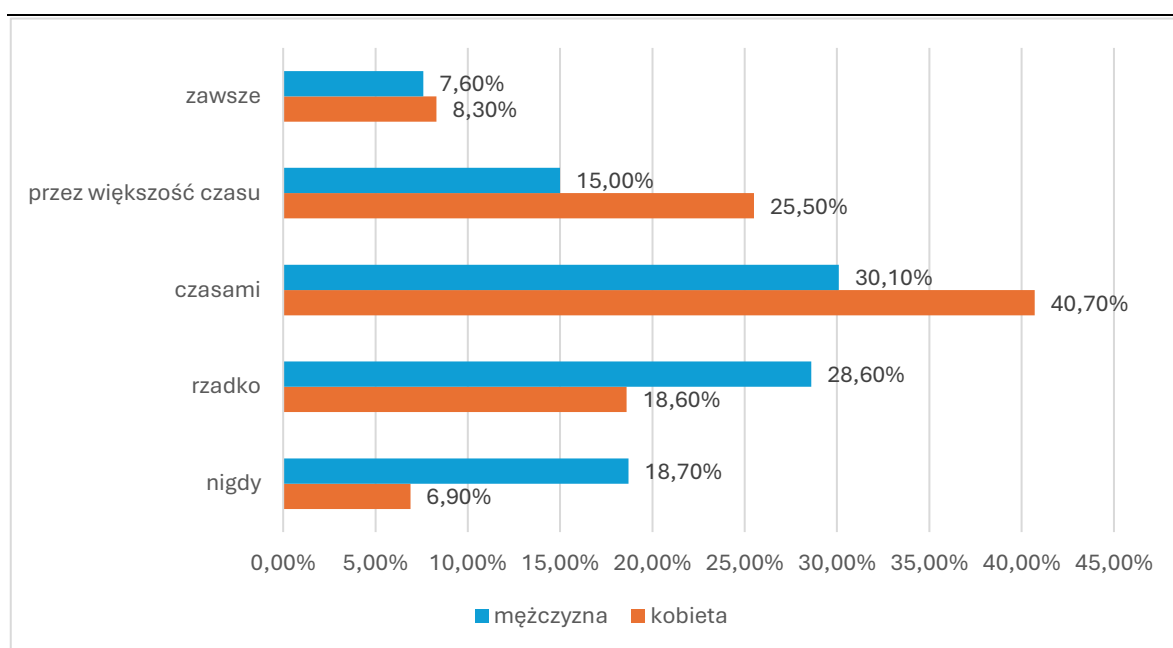
Respondenci zostali zapytani, jak często w ciągu ostatniego roku odczuwali samotność. Łącznie 71,0% nastolatków zadeklarowało, że odczuwa samotność czasami (36,1%), rzadko (22,9%) lub nigdy (12,0%). Natomiast 29,0% badanych przyznało, że czuje się samotnie przez większość czasu (21,0%) lub zawsze (8,0%). Zauważalna jest wyraźna różnica między płciami. Dziewczęta częściej niż chłopcy deklarowały, że odczuwają samotność: przez większość czasu – 25,5% dziewcząt vs 15,0% chłopców, zawsze – 8,3% vs 7,6%, czasami – 40,7% vs 30,1%. Z kolei chłopcy znacznie częściej niż dziewczęta deklarowali, że nie odczuwają samotności w ogóle (18,7% vs 6,9%) lub odczuwają ją rzadko (28,6% vs 18,6%) (tab. 92) (ryc. 21).

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między częstotliwością odczuwania samotności a płcią badanych ( $p < 0,001$ ).

Tab. 92. Poczucie samotności u nastolatków w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.

| Jak często<br>w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU<br>czułaś/czułeś się samotna/samotny? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                             | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                       | 51      | 6,9%   | 104       | 18,7%  | 155    | 12,0%  |
| rzadko                                                                      | 137     | 18,6%  | 159       | 28,6%  | 296    | 22,9%  |
| czasami                                                                     | 300     | 40,7%  | 167       | 30,1%  | 467    | 36,1%  |
| przez większość czasu                                                       | 188     | 25,5%  | 83        | 15,0%  | 271    | 21,0%  |
| zawsze                                                                      | 61      | 8,3%   | 42        | 7,6%   | 103    | 8,0%   |
| Ogółem                                                                      | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p < 0,001$ .



Ryc. 21. Poczucie samotności u nastolatków w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.

Nie zaobserwowano istotnych różnic w częstości odczuwania samotności w ciągu ostatniego roku w zależności od miejsca zamieszkania nastolatków (tab. 93).

Tab. 93. Poczucie samotności u nastolatków w ciągu ostatniego roku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jak często<br>w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU<br>czułaś/czułeś się samotna/samotny? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                             | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                       | 79     | 12,8%  | 76        | 11,2%  | 155    | 12,0%  |
| rzadko                                                                      | 150    | 24,4%  | 146       | 21,6%  | 296    | 22,9%  |
| czasami                                                                     | 212    | 34,5%  | 255       | 37,7%  | 467    | 36,1%  |
| przez większość czasu                                                       | 126    | 20,5%  | 145       | 21,4%  | 271    | 21,0%  |
| zawsze                                                                      | 48     | 7,8%   | 55        | 8,1%   | 103    | 8,0%   |
| Ogółem                                                                      | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p = 0,573$ .

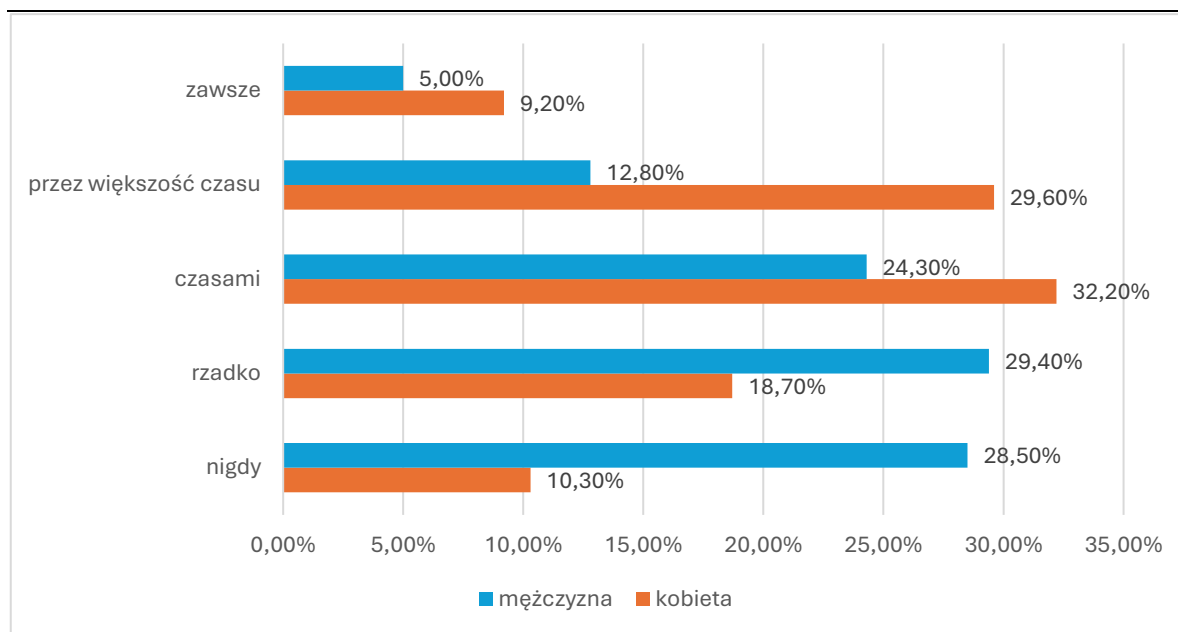
Ankietowana młodzież odpowiedziała na pytanie, jak często w ciągu ostatniego roku była zestresowana na tyle, że nie mogła spać: 28,8% badanych przyznało, że czasami doświadczało takiego stresu, 23,3% – że rzadko, 18,1% – że nigdy nie odczuwało stresu powodującego problemy ze snem. Z drugiej strony, aż 22,4% nastolatków wskazało, że przez większość czasu w minionym roku miało problemy ze snem spowodowane stresem, a 7,4% zadeklarowało, że zawsze odczuwało taki stres. Zauważalne są wyraźne różnice między płciami. Chłopcy zdecydowanie częściej niż dziewczęta deklaruowali, że nigdy nie odczuwali stresu wpływającego na sen (28,5% vs 10,3%) oraz że odczuwali go rzadko (29,4% vs 18,7%). Dziewczęta natomiast znacznie częściej niż chłopcy przyznawały, że odczuwały taki stres przez większość czasu (29,6% vs 12,8%) lub zawsze (9,2% vs 5,0%) (tab. 94) (ryc. 22).

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między płcią a częstotliwością odczuwania stresu wpływającego na sen w ciągu ostatniego roku ( $p < 0,001$ ).

Tab. 94. Częstość u nastolatków poczucia bycia zestresowanym i problemów ze snem w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.

| Jak często w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU czułaś/czułeś się zestresowana/zestresowany na tyle że nie mogłaś/mogłeś spać? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                   | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                                                             | 76      | 10,3%  | 158       | 28,5%  | 234    | 18,1%  |
| rzadko                                                                                                            | 138     | 18,7%  | 163       | 29,4%  | 301    | 23,3%  |
| czasami                                                                                                           | 237     | 32,2%  | 135       | 24,3%  | 372    | 28,8%  |
| przez większość czasu                                                                                             | 218     | 29,6%  | 71        | 12,8%  | 289    | 22,4%  |
| zawsze                                                                                                            | 68      | 9,2%   | 28        | 5,0%   | 96     | 7,4%   |
| Ogółem                                                                                                            | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p < 0,001$ .



Ryc. 22. Częstość u nastolatków poczucia bycia zestresowanym i problemów ze snem w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.

Częstotliwość odczuwania przez młodzież stresu uniemożliwiającego sen nie różniła się istotnie w zależności od miejsca zamieszkania (tab. 95).

Tab. 95. Częstość u nastolatków poczucia bycia zestresowanym i problemów ze snem w ciągu ostatniego roku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jak często w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU czułaś/czułeś się zestresowana/zestresowany na tyle że nie mogłaś/mogłeś spać? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                   | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                                                             | 119    | 19,3%  | 115       | 17,0%  | 234    | 18,1%  |
| rzadko                                                                                                            | 142    | 23,1%  | 159       | 23,5%  | 301    | 23,3%  |
| czasami                                                                                                           | 164    | 26,7%  | 208       | 30,7%  | 372    | 28,8%  |
| przez większość czasu                                                                                             | 140    | 22,8%  | 149       | 22,0%  | 289    | 22,4%  |
| zawsze                                                                                                            | 50     | 8,1%   | 46        | 6,8%   | 96     | 7,4%   |
| Ogółem                                                                                                            | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,446.

Nastolatki odpowiedzieli również na pytanie dotyczące częstotliwości odczuwania myśli samobójczych w ciągu ostatniego roku. Ponad połowa badanych (55,7%) zadeklarowała, że nigdy nie miała takich myśli, 16,4% przyznało, że odczuwało je rzadko, 15,6% – że czasami. Co niepokojące, 7,7% nastolatków wskazało, że miało takie myśli przez większość czasu, a 4,5% (czyli średnio 1 na 22 osoby) przyznało, że odczuwało je zawsze. Zauważono wyraźne różnice między płciami. Chłopcy znacznie częściej niż dziewczęta deklarowali, że nigdy nie doświadczali myśli samobójczych w ciągu ostatniego roku

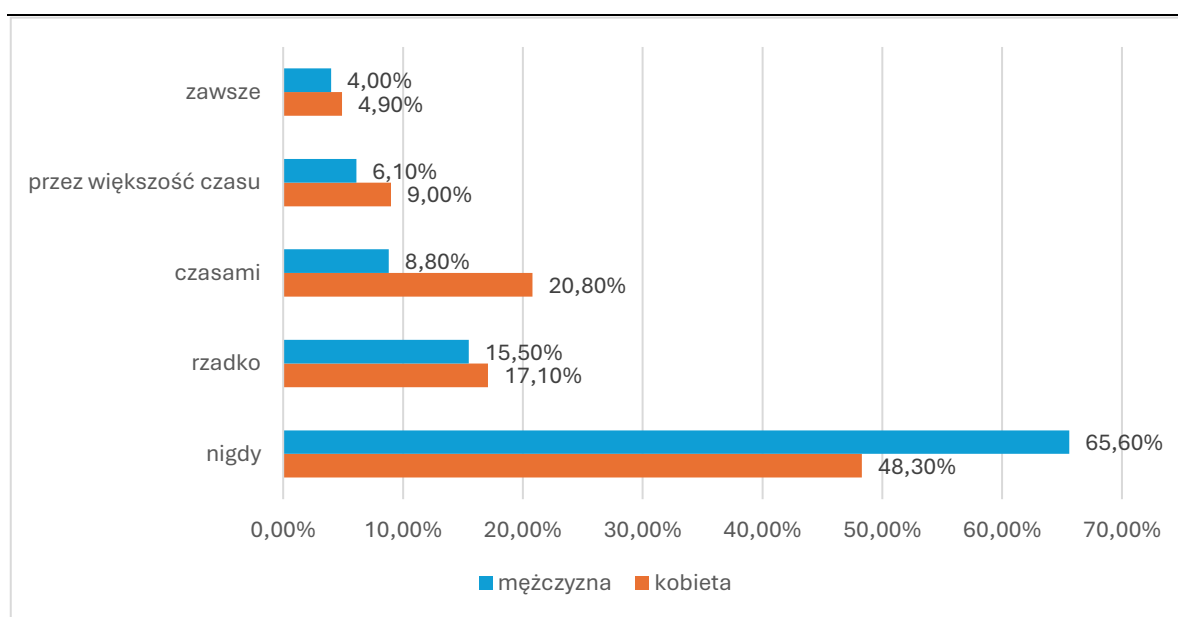
(65,6% vs 48,3%), natomiast dziewczęta częściej niż chłopcy przyznawały, że myśli samobójcze pojawiały się u nich czasami (20,8% vs 8,8%) (tab. 96) (ryc. 23).

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między płcią a częstotliwością odczuwania myśli samobójczych w ciągu ostatniego roku ( $p < 0,001$ ).

Tab. 96. Fakt odczuwania przez nastolatków w ciągu ostatniego roku myśli samobójczych z podziałem na płeć badanych.

| Czy w przeciągu<br>OSTATNIEGO ROKU<br>miałaś/miałeś myśli samobójcze? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                       | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                 | 356     | 48,3%  | 364       | 65,6%  | 720    | 55,7%  |
| rzadko                                                                | 126     | 17,1%  | 86        | 15,5%  | 212    | 16,4%  |
| czasami                                                               | 153     | 20,8%  | 49        | 8,8%   | 202    | 15,6%  |
| przez większość czasu                                                 | 66      | 9,0%   | 34        | 6,1%   | 100    | 7,7%   |
| zawsze                                                                | 36      | 4,9%   | 22        | 4,0%   | 58     | 4,5%   |
| Ogółem                                                                | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p < 0,001$ .



Ryc. 23. Fakt odczuwania przez nastolatków w ciągu ostatniego roku myśli samobójczych z podziałem na płeć badanych.

Nie stwierdzono istotnych różnic w częstotliwości odczuwania przez nastolatków myśli samobójczych w ciągu ostatniego roku w zależności od miejsca zamieszkania (tab. 97).

Tab. 97. Fakt odczuwania przez nastolatków w ciągu ostatniego roku myśli samobójczych z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy w przeciągu<br>OSTATNIEGO ROKU<br>miałaś/miałeś myśli samobójcze? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                       | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                 | 350    | 56,9%  | 370       | 54,7%  | 720    | 55,7%  |
| rzadko                                                                | 92     | 15,0%  | 120       | 17,7%  | 212    | 16,4%  |
| czasami                                                               | 104    | 16,9%  | 98        | 14,5%  | 202    | 15,6%  |
| przez większość czasu                                                 | 43     | 7,0%   | 57        | 8,4%   | 100    | 7,7%   |
| zawsze                                                                | 26     | 4,2%   | 32        | 4,7%   | 58     | 4,5%   |
| Ogółem                                                                | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,4.

Ankietowani nastolatki zostali zapytani o zadowolenie ze swojego życia (odczuwania szczęścia). 31,7% badanych przyznało, że nie są zadowoleni z życia, podczas gdy 68,3% odpowiedziało, że są zadowoleni. Zauważalne są różnice między płciami. Dziewczeta częściej niż chłopcy uważają się za osoby niezadowolone z życia (34,6% vs 27,9%) (tab. 98).

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy zadowoleniem z życia a płcią (p = 0,011).

Tab. 98. Poczucie bycia osobą zadowoloną (szczęśliwą) przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy jesteś osobą zadowoloną<br>z życia (szczęśliwą)? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                      | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                                  | 482     | 65,4%  | 400       | 72,1%  | 882    | 68,3%  |
| NIE                                                  | 255     | 34,6%  | 155       | 27,9%  | 410    | 31,7%  |
| Ogółem                                               | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,011.

Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków dotyczących zadowolenia z życia (odczuwania szczęścia) w zależności od miejsca zamieszkania (tab. 99).

Tab. 99. Poczucie bycia osobą zadowoloną (szczęśliwą) przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy jesteś osobą zadowoloną<br>z życia (szczęśliwą)? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                      | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                                                  | 422    | 68,6%  | 460       | 67,9%  | 882    | 68,3%  |
| NIE                                                  | 193    | 31,4%  | 217       | 32,1%  | 410    | 31,7%  |
| Ogółem                                               | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,796.

---

Średnio co czwarty nastolatek (26,2%) przyznał, że według niego życie nie ma sensu, podczas gdy 73,8% badanej młodzieży uważa, że życie ma sens.

Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków na pytanie o sens życia w zależności od płci (tab. 100).

Tab. 100. Poczucie sensu życia przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Czy uważasz,<br>że życie ma sens? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                   | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                               | 537     | 72,9%  | 416       | 75,0%  | 953    | 73,8%  |
| NIE                               | 200     | 27,1%  | 139       | 25,0%  | 339    | 26,2%  |
| Ogółem                            | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,397.

Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków dotyczących pytania o sens życia w zależności od miejsca zamieszkania (tab. 101).

Tab. 101. Poczucie sensu życia przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Czy uważasz,<br>że życie ma sens? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-----------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                   | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| TAK                               | 448    | 72,8%  | 505       | 74,6%  | 953    | 73,8%  |
| NIE                               | 167    | 27,2%  | 172       | 25,4%  | 339    | 26,2%  |
| Ogółem                            | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,476.

---

Ankietowani nastolatki zostali zapytani, jak często w ciągu ostatniego roku ich rodzice lub opiekunowie pomagali im w rozwiązywaniu problemów lub przyczyn zmartwień. 17,3% młodzieży zadeklarowało, że nigdy nie mogło liczyć na pomoc, a 21,4% odpowiedziało, że pomoc ta była udzielana rzadko. Zaledwie 15,8% badanych napisało, że zawsze mogli liczyć na pomoc swoich rodziców lub opiekunów w tym zakresie, a 18,7% przyznało, że pomoc była dostępna przez większość czasu. Ponadto 26,9% młodzieży zadeklarowało, że mogło liczyć na pomoc czasami. Zauważono, że chłopcy częściej niż dziewczęta przyznawali, że nigdy nie mogli liczyć na pomoc rodziców lub opiekunów w rozwiązywaniu ich problemów w ciągu ostatnich 12 miesięcy (20,4% vs 14,9%) (tab. 102).

Tab. 102. Rozwiązywanie problemów i zmartwień nastolatków przez ich rodziców lub opiekunów w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.

| Jak często w przeciągu OSTATNIEGO ROKU (12 miesięcy) twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                        | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                                                                                                  | 110     | 14,9%  | 113       | 20,4%  | 223    | 17,3%  |
| rzadko                                                                                                                                                 | 155     | 21,0%  | 121       | 21,8%  | 276    | 21,4%  |
| czasami                                                                                                                                                | 208     | 28,2%  | 139       | 25,0%  | 347    | 26,9%  |
| przez większość czasu                                                                                                                                  | 146     | 19,8%  | 96        | 17,3%  | 242    | 18,7%  |
| zawsze                                                                                                                                                 | 118     | 16,0%  | 86        | 15,5%  | 204    | 15,8%  |
| Ogółem                                                                                                                                                 | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,099.

Nie stwierdzono istotnych różnic w częstości udzielania wsparcia ze strony rodziców w zależności od miejsca zamieszkania (miasto vs wieś) (tab. 103). Może to sugerować, że czynniki kulturowe i obyczajowe dotyczące relacji rodzinnych w Polsce mają podobne natężenie zarówno w miastach, jak i na terenach wiejskich. Brak różnic może także wskazywać, że problemy emocjonalne i potrzeba wsparcia są uniwersalne, a reakcja opiekunów na nie – zbliżona bez względu na miejsce zamieszkania.

Tab. 103. Rozwiązywanie problemów i zmartwień nastolatków przez ich rodziców lub opiekunów w ciągu ostatniego roku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jak często w przeciągu OSTATNIEGO ROKU (12 miesięcy) twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                        | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                                                                                                  | 102    | 16,6%  | 121       | 17,9%  | 223    | 17,3%  |
| rzadko                                                                                                                                                 | 121    | 19,7%  | 155       | 22,9%  | 276    | 21,4%  |
| czasami                                                                                                                                                | 178    | 28,9%  | 169       | 25,0%  | 347    | 26,9%  |
| przez większość czasu                                                                                                                                  | 119    | 19,3%  | 123       | 18,2%  | 242    | 18,7%  |
| zawsze                                                                                                                                                 | 95     | 15,4%  | 109       | 16,1%  | 204    | 15,8%  |
| Ogółem                                                                                                                                                 | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,392.

Badani nastolatki zostali zapytani, jak często w ciągu ostatniego roku mogli liczyć na zainteresowanie ze strony rodziców lub opiekunów ich wynikami w nauce (np. odrabianiem prac domowych) lub pomoc w nauce. Zdecydowana większość młodzieży deklarowała, że zawsze mogła liczyć na zainteresowanie i pomoc ze strony rodziców/opiekunów (27,4%), przez większość czasu (34,4%). Co piąty (21,5%) respondent twierdzi, że czasami otrzymywał takie wsparcie. Jednocześnie około 16,7% młodzieży niemal całkowicie było pozbawionych takiego wsparcia – 8,7% rzadko spotykało się

z zainteresowaniem i pomocą w nauce, 8,0% że nigdy nie doświadczało takiego wsparcia. Dziewczęta częściej niż chłopcy deklarowały, że zawsze mogły liczyć na zainteresowanie i pomoc w nauce (29,2% vs 25,0%) (tab. 104). Może to sugerować, że dziewczęta są bardziej wspierane lub częściej postrzegane przez rodziców jako potrzebujące takiego wsparcia – lub że częściej je przyjmują i doceniają. Różnice płci są zauważalne, choć niezbyt duże – mogą jednak mieć znaczenie przy projektowaniu programów wspierających zaangażowanie rodziców w edukację dzieci.

Tab. 104. Zainteresowanie rodziców lub opiekunów nastolatków ich wynikami w nauce z podziałem na płeć badanych.

| Jak często w ciągu OSTATNIEGO ROKU Twoi rodzice lub opiekunowie interesowali się Twoimi wynikami w nauce (np. odrabianiem przez ciebie prac domowych) lub Ci w nich pomagali? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                               | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                                                                                                                         | 54      | 7,3%   | 49        | 8,8%   | 103    | 8,0%   |
| rzadko                                                                                                                                                                        | 70      | 9,5%   | 43        | 7,7%   | 113    | 8,7%   |
| czasami                                                                                                                                                                       | 154     | 20,9%  | 124       | 22,3%  | 278    | 21,5%  |
| przez większość czasu                                                                                                                                                         | 244     | 33,1%  | 200       | 36,0%  | 444    | 34,4%  |
| zawsze                                                                                                                                                                        | 215     | 29,2%  | 139       | 25,0%  | 354    | 27,4%  |
| Ogółem                                                                                                                                                                        | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,28.

Respondenci zostali zapytani, jak często w ciągu ostatniego roku mogli liczyć na zainteresowanie i pomoc rodziców lub opiekunów w nauce – np. w odrabianiu zadań domowych. Odpowiedzi przeanalizowano z uwzględnieniem miejsca zamieszkania:

- nigdy nie mogłam/em liczyć na pomoc – nieco częściej u nastolatków w mieście (8,1% vs 7,8%),
- rzadko mogłam/em liczyć na pomoc – nieco częściej u nastolatków w mieście (10,9% vs 6,3%),
- czasami mogłam/em liczyć na pomoc – podobnie u nastolatków w mieście i na wsi (21,4% vs 21,6%),
- przez większość czasu mogłam/em liczyć na pomoc – nieco częściej u nastolatków na wsi (36,7% vs 32,2%),
- zawsze mogłam/em liczyć na pomoc – podobnie u nastolatków w mieście i na wsi (27,3% vs 27,5%).

Różnice między miastem a wsią są niewielkie, choć zauważalne w niektórych kategoriach. Brak wsparcia („nigdy” i „rzadko”) częściej występował wśród młodzieży mieszkającej w mieście – co może wynikać np. z większego tempa życia rodzin miejskich, mniejszej obecności dorosłych w domu lub większego nacisku na samodzielność dziecka. Systematyczna pomoc („przez większość czasu”) częściej była deklarowana przez młodzież z terenów wiejskich, co może świadczyć o bardziej tradycyjnym modelu opieki rodzicielskiej lub silniejszych więziach rodzinnych. Odpowiedzi „zawsze” i „czasami” występowały na podobnym poziomie niezależnie od miejsca zamieszkania, co sugeruje, że ogólny poziom zaangażowania rodziców w edukację jest w miarę równomierny w skali kraju (tab. 105).

Tab. 105. Zainteresowanie rodziców lub opiekunów nastolatków ich wynikami w nauce z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jak często w ciągu OSTATNIEGO ROKU Twoi rodzice lub opiekunowie interesowali się Twoimi wynikami w nauce (np. odrabianiem przez ciebie prac domowych) lub Ci w nich pomagali? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                               | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                                                                                                                         | 48     | 7,8%   | 55        | 8,1%   | 103    | 8,0%   |
| rzadko                                                                                                                                                                        | 39     | 6,3%   | 74        | 10,9%  | 113    | 8,7%   |
| czasami                                                                                                                                                                       | 133    | 21,6%  | 145       | 21,4%  | 278    | 21,5%  |
| przez większość czasu                                                                                                                                                         | 226    | 36,7%  | 218       | 32,2%  | 444    | 34,4%  |
| zawsze                                                                                                                                                                        | 169    | 27,5%  | 185       | 27,3%  | 354    | 27,4%  |
| Ogółem                                                                                                                                                                        | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,045.

Nastolatki oceniły swoje relacje z matką lub opiekunką. W odpowiedziach młodzieży generalnie dominuje pozytywny ton tych relacji, tj. relacje nastolatka z matką lub opiekunką były opisywane w kategorii bardzo dobre (51,9%), dobre (28,2%) lub poprawne (13,1%). Tylko niewielka część nastolatków (w sumie 6,9%) oceniła swoje relacje z matką lub opiekunką w kategoriach pejoratywnych, tj. złe (4,7%) lub bardzo złe (2,2%). Chłopcy nieco częściej niż dziewczęta oceniali swoje relacje z matką lub opiekunką jako bardzo dobre (56,0% vs 48,7%) lub dobre (28,6% vs 27,8%). Dziewczęta z kolei częściej niż chłopcy opisywały swoje relacje z matką lub opiekunką jako poprawne (15,5% vs 9,9%) lub złe (6,0% vs 3,1%) (tab. 106).

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy oceną swojej relacji nastolatka z matką lub opiekunką a płcią (p = 0,002).

Tab. 106. Relacje z matką lub opiekunką w ocenie nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Jak oceniasz swoje relacje z matką lub opiekunką? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                   | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| bardzo dobre                                      | 359     | 48,7%  | 311       | 56,0%  | 670    | 51,9%  |
| dobrze                                            | 205     | 27,8%  | 159       | 28,6%  | 364    | 28,2%  |
| poprawne                                          | 114     | 15,5%  | 55        | 9,9%   | 169    | 13,1%  |
| złe                                               | 44      | 6,0%   | 17        | 3,1%   | 61     | 4,7%   |
| bardzo złe                                        | 15      | 2,0%   | 13        | 2,3%   | 28     | 2,2%   |
| Ogółem                                            | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,002.

Nie stwierdzono dużych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków w temacie zapytania jak oceniasz swoje relacje z matką lub opiekunką a miejscem zamieszkania (tab. 107).

Tab. 107. Relacje z matką lub opiekunką w ocenie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jak oceniasz swoje relacje z matką lub opiekunką? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                   | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| bardzo dobre                                      | 316    | 51,4%  | 354       | 52,3%  | 670    | 51,9%  |
| dobrze                                            | 179    | 29,1%  | 185       | 27,3%  | 364    | 28,2%  |
| poprawne                                          | 84     | 13,7%  | 85        | 12,6%  | 169    | 13,1%  |
| złe                                               | 24     | 3,9%   | 37        | 5,5%   | 61     | 4,7%   |
| bardzo złe                                        | 12     | 2,0%   | 16        | 2,4%   | 28     | 2,2%   |
| Ogółem                                            | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

p = 0,621.

Nastolatki oceniły swoje relacje z ojcem lub opiekunem. W odpowiedziach młodzieży generalnie dominuje pozytywny ton tych relacji, tj. relacje nastolatka z ojcem lub opiekunem były opisywane w kategorii bardzo dobre (35,9%), dobre (30,1%) lub poprawne (19,5%). Tylko niewielka część nastolatków – w sumie 14,5% – oceniło swoje relacje z ojcem lub opiekunem w kategoriach pejoratywnych, tj. złe (6,9%) lub bardzo złe (7,6%).

Chłopcy nieco częściej niż dziewczęta oceniali swoje relacje z ojcem lub opiekunem jako bardzo dobre (41,6% vs 31,6%) lub dobre (31,5% vs 29,0%). Dziewczęta z kolei częściej niż chłopcy opisywały swoje relacje z ojcem lub opiekunem jako poprawne (21,4% vs 16,9%), złe (8,8% vs 4,3%) lub bardzo złe (9,1% vs 5,6%) (tab. 108).

Wykazano istotność statystyczną pomiędzy oceną swojej relacji nastolatka z ojcem lub opiekunem a płcią (p < 0,001).

Tab. 108. Relacje z ojcem lub opiekunem w ocenie nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Jak oceniasz swoje relacje z ojcem lub opiekunem? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                   | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| bardzo dobre                                      | 233     | 31,6%  | 231       | 41,6%  | 464    | 35,9%  |
| dobre                                             | 214     | 29,0%  | 175       | 31,5%  | 389    | 30,1%  |
| poprawne                                          | 158     | 21,4%  | 94        | 16,9%  | 252    | 19,5%  |
| złe                                               | 65      | 8,8%   | 24        | 4,3%   | 89     | 6,9%   |
| bardzo złe                                        | 67      | 9,1%   | 31        | 5,6%   | 98     | 7,6%   |
| Ogółem                                            | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p < 0,001$ .

Nastolatkowie mieszkający na wsi swoje relacje z ojcem lub opiekunem częściej oceniali jako bardzo dobre (37,7% vs 34,3%) lub dobre (32,0% vs 28,4%). Z kolei nastolatkowie z miasta częściej oceniali swoje relacje z ojcem lub opiekunem jako poprawne (21,0% vs 17,9%) (tab. 109).

Tab. 109. Relacje z ojcem lub opiekunem w ocenie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jak oceniasz swoje relacje z ojcem lub opiekunem? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|---------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                   | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| bardzo dobre                                      | 232    | 37,7%  | 232       | 34,3%  | 464    | 35,9%  |
| dobre                                             | 197    | 32,0%  | 192       | 28,4%  | 389    | 30,1%  |
| poprawne                                          | 110    | 17,9%  | 142       | 21,0%  | 252    | 19,5%  |
| złe                                               | 40     | 6,5%   | 49        | 7,2%   | 89     | 6,9%   |
| bardzo złe                                        | 36     | 5,9%   | 62        | 9,2%   | 98     | 7,6%   |
| Ogółem                                            | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p = 0,062$ .

Dostrzeżono, że istnieje różnica w ocenie relacji nastolatka z matką lub opiekunką vs ojcem lub opiekunem. Zarówno dziewczęta, jak i chłopcy wyżej oceniają relacje z matką lub opiekunką niż z ojcem lub opiekunem, tj. (tab. 110):

- matki lub opiekunki mają większy niż ojcowie lub opiekunowie odsetek ocen bardzo dobrych,
- ojcowie lub opiekunowie mają większy niż matki lub opiekunki odsetek ocen poprawnych, złych i bardzo złych.

Relacje z matką lub opiekunką vs z ojcem lub z opiekunem zostały ocenione – kategorie odpowiedzi:

- bardzo dobrze:  
48,7% (dziewczęta) i 56,0% (chłopcy) vs 31,6% (dziewczęta) i 41,6% (chłopcy),
- dobrze:  
27,8% (dziewczęta) i 28,6% (chłopcy) vs 29,0% (dziewczęta) i 31,5% (chłopcy),

- poprawnie:  
15,5% (dziewczęta) i 9,9% (chłopcy) vs 21,4% (dziewczęta) i 16,9% (chłopcy),
- złe:  
6,0% (dziewczęta) i 3,1% (chłopcy) vs 8,8% (dziewczęta) i 4,3% (chłopcy),
- bardzo złe:  
2,0% (dziewczęta) i 2,3% (chłopcy) vs 9,1% (dziewczęta) i 5,6% (chłopcy).

Tab. 110. Relacje z matką lub opiekunką vs z ojcem lub opiekunem w ocenie nastolatków z podziałem na płeć badanych.

| Jak oceniasz swoje relacje z rodzicem lub opiekunem? | kobieta                             |                                     | mężczyzna                           |                                     |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                      | ocena relacji z matką lub opiekunką | ocena relacji z ojcem lub opiekunem | ocena relacji z matką lub opiekunką | ocena relacji z ojcem lub opiekunem |
|                                                      | %                                   | %                                   | %                                   | %                                   |
| bardzo dobre                                         | 48,7%                               | 31,6%                               | 56,0%                               | 41,6%                               |
| dobrze                                               | 27,8%                               | 29,0%                               | 28,6%                               | 31,5%                               |
| poprawne                                             | 15,5%                               | 21,4%                               | 9,9%                                | 16,9%                               |
| złe                                                  | 6,0%                                | 8,8%                                | 3,1%                                | 4,3%                                |
| bardzo złe                                           | 2,0%                                | 9,1%                                | 2,3%                                | 5,6%                                |
| Ogółem                                               | 100,0%                              | 100,0%                              | 100,0%                              | 100,0%                              |

Ankietowana młodzież napisała również, jak często w ciągu ostatnich 30 dni rodzice lub opiekunowie wiedzieli co ich dziecko robi w czasie wolnym od nauki. Średnio co 4. nastolatek (25,9%) napisał, że jego rodzice lub opiekunowie zawsze wiedzieli co robił w czasie wolnym od nauki, dalsze 40,2% ankietowanych napisało, że ich rodzice lub opiekunowie wiedzieli co robiło ich dziecko w czasie wolnym od nauki przez większość czasu, zaś 17,9% określiło, że tylko czasami ich rodzice lub opiekunowie wiedzieli co robiło ich dziecko w tym czasie. Część młodzieży przyznała (15,9% – średnio co 6. nastolatek), że ich rodzice rzadko (10,9%) lub nigdy (5,0%) nie wiedzieli co ich dziecko robiło w czasie wolnym od nauki. Zdecydowanie częściej dziewczęta niż chłopcy (30,5% vs 19,8%) przyznały, że ich rodzice lub opiekunowie zawsze wiedzieli co robiły w czasie wolnym od nauki w ciągu ostatnich 30 dni (tab. 111).

Tab. 111. Wiedza rodziców lub opiekunów co robią nastolatki w czasie wolnym od nauki z podziałem na płeć badanych.

| Jak często w ciągu OSTATNICH 30 DNI Twoi rodzice lub opiekunowie wiedzieli co robisz w czasie wolnym od nauki? | kobieta |        | mężczyzna |        | Ogółem |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                | N       | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                                                          | 31      | 4,2%   | 34        | 6,1%   | 65     | 5,0%   |
| rzadko                                                                                                         | 75      | 10,2%  | 66        | 11,9%  | 141    | 10,9%  |
| czasami                                                                                                        | 131     | 17,8%  | 100       | 18,0%  | 231    | 17,9%  |
| przez większość czasu                                                                                          | 275     | 37,3%  | 245       | 44,1%  | 520    | 40,2%  |
| zawsze                                                                                                         | 225     | 30,5%  | 110       | 19,8%  | 335    | 25,9%  |
| Ogółem                                                                                                         | 737     | 100,0% | 555       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p < 0,001$ .

Nie stwierdzono dużych różnic w odsetku odpowiedzi nastolatków w temacie posiadania wiedzy przez rodziców lub opiekunów co w ciągu ostatnich 30 dni robiło ich dziecko w czasie wolnym od nauki a miejscem zamieszkania (tab. 112).

Tab. 112. Wiedza rodziców lub opiekunów co robią nastolatki w czasie wolnym od nauki z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.

| Jak często w ciągu OSTATNICH 30 DNI Twoi rodzice lub opiekunowie wiedzieli co robisz w czasie wolnym od nauki? | na wsi |        | w mieście |        | Ogółem |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                | N      | %      | N         | %      | N      | %      |
| nigdy                                                                                                          | 36     | 5,9%   | 29        | 4,3%   | 65     | 5,0%   |
| rzadko                                                                                                         | 71     | 11,5%  | 70        | 10,3%  | 141    | 10,9%  |
| czasami                                                                                                        | 111    | 18,0%  | 120       | 17,7%  | 231    | 17,9%  |
| przez większość czasu                                                                                          | 246    | 40,0%  | 274       | 40,5%  | 520    | 40,2%  |
| zawsze                                                                                                         | 151    | 24,6%  | 184       | 27,2%  | 335    | 25,9%  |
| Ogółem                                                                                                         | 615    | 100,0% | 677       | 100,0% | 1292   | 100,0% |

$p = 0,574$ .

### 3.3.5. Zależności pomiędzy odpowiedziami na różne pytania

Wykazano korelacje pomiędzy odpowiedziami młodzieży na poszczególne pytania.

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Czy palisz papierosy?” a „Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol?”. Wśród osób, które kiedykolwiek piły alkohol, 39,0% pali papierosy, a 61,0% nie pali. Wśród osób, które nigdy nie piły alkoholu, tylko 7,4% pali papierosy, podczas gdy zdecydowana większość (92,6%) nie pali. Z kolei wśród osób palących papierosy, 89,7% kiedykolwiek piło alkohol, a tylko 10,3% nigdy nie piło. Wśród osób niepalących, 52,4% kiedykolwiek piło alkohol, a 47,6% nigdy nie piło.

Wykazano istotność statystyczną ( $\chi^2 = 152.25$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ), co oznacza, że istnieje silna zależność między paleniem papierosów a spożywaniem alkoholu – nastolatki palące papierosy znacznie częściej piją alkohol w porównaniu do nastolatków niepalących.

Tab. 113. Zależność pomiędzy paleniem przez nastolatków papierosów a spożywaniem kiedykolwiek alkoholu; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Czy palisz papierosy? | Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol? |       |     |       |        |       |
|-----------------------|---------------------------------------|-------|-----|-------|--------|-------|
|                       | TAK                                   |       | NIE |       | Ogółem |       |
|                       | N                                     | %k    | N   | %k    | N      | %k    |
| Tak                   | 315                                   | 39,0  | 36  | 7,4   | 351    | 27,2  |
| Nie                   | 493                                   | 61,0  | 448 | 92,6  | 941    | 72,8  |
| Ogółem                | 808                                   | 100,0 | 484 | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Czy palisz papierosy? | Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol? |      |     |      |        |       |
|-----------------------|---------------------------------------|------|-----|------|--------|-------|
|                       | TAK                                   |      | NIE |      | Ogółem |       |
|                       | N                                     | %w   | N   | %w   | N      | %w    |
| Tak                   | 315                                   | 89,7 | 36  | 10,3 | 351    | 100,0 |
| Nie                   | 493                                   | 52,4 | 448 | 47,6 | 941    | 100,0 |
| Ogółem                | 808                                   | 62,5 | 484 | 37,5 | 1292   | 100,0 |

$\chi^2 = 152.25$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ .

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol?” a „Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące?”. Wśród osób, które kiedykolwiek piły napoje energetyzujące, 70,4% piło kiedykolwiek alkohol, natomiast 29,6% nie piło alkoholu. Wśród osób, które nigdy nie piły napojów energetyzujących, tylko 33,2% piło kiedykolwiek alkohol, podczas gdy zdecydowana większość, tj. 66,8% nigdy nie piło alkoholu. Z kolei wśród osób pijących kiedykolwiek alkohol, 88,7% kiedykolwiek piło również napoje energetyzujące, a tylko 11,3% nigdy nie piło takich napojów. Wykazano istotność statystyczną ( $\chi^2 = 127.66$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ), co oznacza, że istnieje silny związek między piciem alkoholu a piciem napojów energetyzujących – nastolatki pijące alkohol znacznie częściej piją napoje energetyzujące w porównaniu do nastolatków niepijących alkoholu.

Tab. 114. Zależność pomiędzy spożywaniem kiedykolwiek przez młodzież alkoholu a piciu kiedykolwiek napojów energetyzujących; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol? | Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące? |       |     |       |        |       |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-----|-------|--------|-------|
|                                       | TAK                                                 |       | NIE |       | Ogółem |       |
|                                       | N                                                   | %k    | N   | %k    | N      | %k    |
| TAK                                   | 717                                                 | 70,4  | 91  | 33,2  | 808    | 62,5  |
| NIE                                   | 301                                                 | 29,6  | 183 | 66,8  | 484    | 37,5  |
| Ogółem                                | 1018                                                | 100,0 | 274 | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol? | Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące? |      |     |      |        |       |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|------|-----|------|--------|-------|
|                                       | TAK                                                 |      | NIE |      | Ogółem |       |
|                                       | N                                                   | %w   | N   | %w   | N      | %w    |
| TAK                                   | 717                                                 | 88,7 | 91  | 11,3 | 808    | 100,0 |
| NIE                                   | 301                                                 | 62,2 | 183 | 37,8 | 484    | 100,0 |
| Ogółem                                | 1018                                                | 78,8 | 274 | 21,2 | 1292   | 100,0 |

chi2 = 127.66; df = 1; p < 0,001.

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Czy palisz papierosy?” a „Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące?”. Z tabel wynika, że wśród osób pijących napoje energetyzujące 32% pali papierosy, podczas gdy wśród osób niepijących napojów energetyzujących odsetek palących wynosi 9,1%. Patrząc od strony palących, 92,9% osób palących papierosy piło również napoje energetyzujące, w porównaniu do 73,5% osób niepalących. Istnieje zatem silny pozytywny związek (chi2 = 57.22; df = 1; p < 0,001) między paleniem papierosów a piciem napojów energetyzujących w badanej grupie – nastolatkowie palący papierosy znacznie częściej sięgają po napoje energetyzujące.

Tab. 115. Zależność pomiędzy paleniem przez nastolatków papierosów a piciem kiedykolwiek napojów energetyzujących; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Czy palisz papierosy? | Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące? |       |     |       |        |       |
|-----------------------|-----------------------------------------------------|-------|-----|-------|--------|-------|
|                       | TAK                                                 |       | NIE |       | Ogółem |       |
|                       | N                                                   | %k    | N   | %k    | N      | %k    |
| Tak                   | 326                                                 | 32,0  | 25  | 9,1   | 351    | 27,2  |
| Nie                   | 692                                                 | 68,0  | 249 | 90,9  | 941    | 72,8  |
| Ogółem                | 1018                                                | 100,0 | 274 | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Czy palisz papierosy? | Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące? |      |     |      |        |       |
|-----------------------|-----------------------------------------------------|------|-----|------|--------|-------|
|                       | TAK                                                 |      | NIE |      | Ogółem |       |
|                       | N                                                   | %w   | N   | %w   | N      | %w    |
| Tak                   | 326                                                 | 92,9 | 25  | 7,1  | 351    | 100,0 |
| Nie                   | 692                                                 | 73,5 | 249 | 26,5 | 941    | 100,0 |
| Ogółem                | 1018                                                | 78,8 | 274 | 21,2 | 1292   | 100,0 |

chi2 = 57.22; df = 1; p < 0,001.

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Czy palisz papierosy?” a „Czy masz problemy ze zdrowiem?”. Wśród osób z problemami zdrowotnymi 37,3% pali papierosy, natomiast wśród osób bez problemów zdrowotnych odsetek ten wynosi 24,3%. Z kolei 29,9% osób palących papierosy ma problemy ze zdrowiem, w porównaniu do 18,7% osób niepalących. Istnieje zatem statystycznie istotny pozytywny związek ( $\chi^2 = 18.76$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ) między paleniem papierosów a występowaniem problemów zdrowotnych w badanej grupie – nastolatki palące papierosy częściej zgłaszają problemy ze zdrowiem.

Tab. 116. Zależność pomiędzy paleniem przez nastolatków papierosów a występującymi u nich problemami ze zdrowiem; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Czy palisz papierosy? | Czy masz problemy ze zdrowiem? |       |      |       |        |       |
|-----------------------|--------------------------------|-------|------|-------|--------|-------|
|                       | Tak                            |       | Nie  |       | Ogółem |       |
|                       | N                              | %k    | N    | %k    | N      | %k    |
| Tak                   | 104                            | 37,3  | 244  | 24,3  | 348    | 27,1  |
| Nie                   | 175                            | 62,7  | 762  | 75,7  | 937    | 72,9  |
| Ogółem                | 279                            | 100,0 | 1006 | 100,0 | 1285   | 100,0 |

[B]

| Czy palisz papierosy? | Czy masz problemy ze zdrowiem? |      |      |      |        |       |
|-----------------------|--------------------------------|------|------|------|--------|-------|
|                       | Tak                            |      | Nie  |      | Ogółem |       |
|                       | N                              | %w   | N    | %w   | N      | %w    |
| Tak                   | 104                            | 29,9 | 244  | 70,1 | 348    | 100,0 |
| Nie                   | 175                            | 18,7 | 762  | 81,3 | 937    | 100,0 |
| Ogółem                | 279                            | 21,7 | 1006 | 78,3 | 1285   | 100,0 |

$\chi^2 = 18.76$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ .

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol?” a „Czy masz problemy ze zdrowiem?”. Wśród osób z problemami zdrowotnymi 69,9% kiedykolwiek piło alkohol, a wśród osób bez problemów zdrowotnych odsetek ten wynosi 60,6%. 24,2% osób, które kiedykolwiek piły alkohol, ma problemy ze zdrowiem, w porównaniu do 17,5% osób, które nigdy nie piły alkoholu. Istnieje zatem statystycznie istotny pozytywny związek ( $\chi^2 = 8.00$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,005$ ) między piciem alkoholu a występowaniem problemów zdrowotnych w badanej grupie – nastolatki, którzy kiedykolwiek pili alkohol, częściej zgłaszają problemy ze zdrowiem.

Tab. 117. Zależność pomiędzy spożywaniem kiedykolwiek przez nastolatków alkoholu a występującymi u nich problemami ze zdrowiem; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Czy kiedykolwiek<br>piłeś/piłaś alkohol? | Czy masz problemy ze zdrowiem? |       |      |       |        |       |
|------------------------------------------|--------------------------------|-------|------|-------|--------|-------|
|                                          | Tak                            |       | Nie  |       | Ogółem |       |
|                                          | N                              | %k    | N    | %k    | N      | %k    |
| TAK                                      | 195                            | 69,9  | 610  | 60,6  | 805    | 62,6  |
| NIE                                      | 84                             | 30,1  | 396  | 39,4  | 480    | 37,4  |
| Ogółem                                   | 279                            | 100,0 | 1006 | 100,0 | 1285   | 100,0 |

[B]

| Czy kiedykolwiek<br>piłeś/piłaś alkohol? | Czy masz problemy ze zdrowiem? |      |      |      |        |       |
|------------------------------------------|--------------------------------|------|------|------|--------|-------|
|                                          | Tak                            |      | Nie  |      | Ogółem |       |
|                                          | N                              | %w   | N    | %w   | N      | %w    |
| TAK                                      | 195                            | 24,2 | 610  | 75,8 | 805    | 100,0 |
| NIE                                      | 84                             | 17,5 | 396  | 82,5 | 480    | 100,0 |
| Ogółem                                   | 279                            | 21,7 | 1006 | 78,3 | 1285   | 100,0 |

chi2 = 8.00; df = 1; p = 0,005.

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące?” a „Czy masz problemy ze zdrowiem?”. Z analizy tabel wynika, że wśród osób, które zgłosiły problemy zdrowotne, większy odsetek piło napoje energetyzujące niż wśród osób bez problemów zdrowotnych (83,9% vs 77,5%). Ponadto, osoby, które piły napoje energetyzujące, częściej zgłaszały problemy ze zdrowiem w porównaniu do osób, które ich nie piły (23,1% vs 16,6%). Istnieje zatem silny pozytywny związek ( $\chi^2 = 5.27$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,022$ ) pomiędzy piciem napojów energetyzujących a problemami ze zdrowiem – nastolatkowie spożywający napoje energetyzujące częściej zgłaszają problemy zdrowotne niż nastolatkowie niespożywający takich napojów.

Tab. 118. Zależność pomiędzy piciem kiedykolwiek przez nastolatków napojów energetyzujących a występującymi u nich problemami ze zdrowiem; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące? | Czy masz problemy ze zdrowiem? |       |      |       |        |       |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|-------|------|-------|--------|-------|
|                                                     | Tak                            |       | Nie  |       | Ogółem |       |
|                                                     | N                              | %k    | N    | %k    | N      | %k    |
| TAK                                                 | 234                            | 83,9  | 780  | 77,5  | 1014   | 78,9  |
| NIE                                                 | 45                             | 16,1  | 226  | 22,5  | 271    | 21,1  |
| Ogółem                                              | 279                            | 100,0 | 1006 | 100,0 | 1285   | 100,0 |

[B]

| Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące? | Czy masz problemy ze zdrowiem? |      |      |      |        |       |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|------|------|------|--------|-------|
|                                                     | Tak                            |      | Nie  |      | Ogółem |       |
|                                                     | N                              | %w   | N    | %w   | N      | %w    |
| TAK                                                 | 234                            | 23,1 | 780  | 76,9 | 1014   | 100,0 |
| NIE                                                 | 45                             | 16,6 | 226  | 83,4 | 271    | 100,0 |
| Ogółem                                              | 279                            | 21,7 | 1006 | 78,3 | 1285   | 100,0 |

chi2 = 5.27; df = 1; p = 0,022.

---

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Jak oceniasz swój stan zdrowia?” a „Jak często w ciągu ostatniego roku czułaś/czułeś się samotna/samotny?”. Osoby oceniające swój stan zdrowia jako „bardzo dobrze” lub „dobrze” istotnie częściej deklarują, że nigdy lub rzadko czuły się samotne. W miarę pogarszania się subiektywnej oceny stanu zdrowia (od „średnio” do „bardzo źle”), wzrasta odsetek osób, które często lub zawsze czuły się samotne. Interpretacja tabel sugeruje silną korelację – istotność statystyczną (chi2 = 281.12; df = 16; p < 0,001) między tymi dwoma zmiennymi: nastolatkowie oceniający swój stan zdrowia jako gorszy, częściej odczuwają samotność.

Tab. 119. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia nastolatka a poczuciem samotności w ciągu ostatniego roku; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Jak oceniasz swój stan zdrowia? | Jak często w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU czułaś/czuleś się samotna/samotny? |       |        |       |         |       |                       |       |        |       |        |       |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------|--------|-------|---------|-------|-----------------------|-------|--------|-------|--------|-------|
|                                 | nigdy                                                                 |       | rzadko |       | czasami |       | przez większość czasu |       | zawsze |       | Ogółem |       |
|                                 | N                                                                     | %k    | N      | %k    | N       | %k    | N                     | %k    | N      | %k    | N      | %k    |
| bardzo dobrze                   | 94                                                                    | 60,6  | 100    | 33,8  | 99      | 21,2  | 38                    | 14,0  | 13     | 12,6  | 344    | 26,6  |
| dobrze                          | 45                                                                    | 29,0  | 158    | 53,4  | 253     | 54,2  | 104                   | 38,4  | 33     | 32,0  | 593    | 45,9  |
| średnio                         | 12                                                                    | 7,7   | 29     | 9,8   | 96      | 20,6  | 94                    | 34,7  | 32     | 31,1  | 263    | 20,4  |
| źle                             | 2                                                                     | 1,3   | 6      | 2,0   | 13      | 2,8   | 26                    | 9,6   | 11     | 10,7  | 58     | 4,5   |
| bardzo źle                      | 2                                                                     | 1,3   | 3      | 1,0   | 6       | 1,3   | 9                     | 3,3   | 14     | 13,6  | 34     | 2,6   |
| Ogółem                          | 155                                                                   | 100,0 | 296    | 100,0 | 467     | 100,0 | 271                   | 100,0 | 103    | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Jak oceniasz swój stan zdrowia? | Jak często w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU czułaś/czuleś się samotna/samotny? |      |        |      |         |      |                       |      |        |      |        |       |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------|--------|------|---------|------|-----------------------|------|--------|------|--------|-------|
|                                 | nigdy                                                                 |      | rzadko |      | czasami |      | przez większość czasu |      | zawsze |      | Ogółem |       |
|                                 | N                                                                     | %w   | N      | %w   | N       | %w   | N                     | %w   | N      | %w   | N      | %w    |
| bardzo dobrze                   | 94                                                                    | 27,3 | 100    | 29,1 | 99      | 28,8 | 38                    | 11,0 | 13     | 3,8  | 344    | 100,0 |
| dobrze                          | 45                                                                    | 7,6  | 158    | 26,6 | 253     | 42,7 | 104                   | 17,5 | 33     | 5,6  | 593    | 100,0 |
| średnio                         | 12                                                                    | 4,6  | 29     | 11,0 | 96      | 36,5 | 94                    | 35,7 | 32     | 12,2 | 263    | 100,0 |
| źle                             | 2                                                                     | 3,4  | 6      | 10,3 | 13      | 22,4 | 26                    | 44,8 | 11     | 19,0 | 58     | 100,0 |
| bardzo źle                      | 2                                                                     | 5,9  | 3      | 8,8  | 6       | 17,6 | 9                     | 26,5 | 14     | 41,2 | 34     | 100,0 |
| Ogółem                          | 155                                                                   | 12,0 | 296    | 22,9 | 467     | 36,1 | 271                   | 21,0 | 103    | 8,0  | 1292   | 100,0 |

$\chi^2 = 281.12$ ;  $df = 16$ ;  $p < 0,001$ .

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Jak oceniasz swój stan zdrowia?” a „Jak często w ciągu ostatniego roku czułaś/czuleś się zestresowana/zestresowany na tyle, że nie mogłaś/mogłeś spać?”. Interpretacja tabel sugeruje silną korelację – istotność statystyczną ( $\chi^2 = 211.70$ ;  $df = 16$ ;  $p < 0,001$ ) między tymi dwoma zmiennymi: im częściej nastolatki czują się zestresowane do tego stopnia, że nie mogą spać, tym gorzej oceniają swój stan zdrowia.

Tab. 120. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia nastolatka a poczuciem bycia przez niego w ciągu ostatniego roku zestresowanym; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Jak oceniasz swój stan zdrowia? | Jak często w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU czułaś/czuleś się zestresowana/zestresowany na tyle że nie mogłaś/mogłeś spać? |       |        |       |         |       |                       |       |        |       |        |       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-------|---------|-------|-----------------------|-------|--------|-------|--------|-------|
|                                 | nigdy                                                                                                             |       | rzadko |       | czasami |       | przez większość czasu |       | zawsze |       | Ogółem |       |
|                                 | N                                                                                                                 | %k    | N      | %k    | N       | %k    | N                     | %k    | N      | %k    | N      | %k    |
| bardzo dobrze                   | 112                                                                                                               | 47,9  | 96     | 31,9  | 71      | 19,1  | 49                    | 17,0  | 16     | 16,7  | 344    | 26,6  |
| dobrze                          | 89                                                                                                                | 38,0  | 155    | 51,5  | 210     | 56,5  | 111                   | 38,4  | 28     | 29,2  | 593    | 45,9  |
| średnio                         | 25                                                                                                                | 10,7  | 40     | 13,3  | 73      | 19,6  | 97                    | 33,6  | 28     | 29,2  | 263    | 20,4  |
| źle                             | 4                                                                                                                 | 1,7   | 7      | 2,3   | 12      | 3,2   | 24                    | 8,3   | 11     | 11,5  | 58     | 4,5   |
| bardzo źle                      | 4                                                                                                                 | 1,7   | 3      | 1,0   | 6       | 1,6   | 8                     | 2,8   | 13     | 13,5  | 34     | 2,6   |
| Ogółem                          | 234                                                                                                               | 100,0 | 301    | 100,0 | 372     | 100,0 | 289                   | 100,0 | 96     | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Jak oceniasz swój stan zdrowia? | Jak często w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU czułaś/czuleś się zestresowana/zestresowany na tyle że nie mogłaś/mogłeś spać? |      |        |      |         |      |                       |      |        |      |        |       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|------|---------|------|-----------------------|------|--------|------|--------|-------|
|                                 | nigdy                                                                                                             |      | rzadko |      | czasami |      | przez większość czasu |      | zawsze |      | Ogółem |       |
|                                 | N                                                                                                                 | %w   | N      | %w   | N       | %w   | N                     | %w   | N      | %w   | N      | %w    |
| bardzo dobrze                   | 112                                                                                                               | 32,6 | 96     | 27,9 | 71      | 20,6 | 49                    | 14,2 | 16     | 4,7  | 344    | 100,0 |
| dobrze                          | 89                                                                                                                | 15,0 | 155    | 26,1 | 210     | 35,4 | 111                   | 18,7 | 28     | 4,7  | 593    | 100,0 |
| średnio                         | 25                                                                                                                | 9,5  | 40     | 15,2 | 73      | 27,8 | 97                    | 36,9 | 28     | 10,6 | 263    | 100,0 |
| źle                             | 4                                                                                                                 | 6,9  | 7      | 12,1 | 12      | 20,7 | 24                    | 41,4 | 11     | 19,0 | 58     | 100,0 |
| bardzo źle                      | 4                                                                                                                 | 11,8 | 3      | 8,8  | 6       | 17,6 | 8                     | 23,5 | 13     | 38,2 | 34     | 100,0 |
| Ogółem                          | 234                                                                                                               | 18,1 | 301    | 23,3 | 372     | 28,8 | 289                   | 22,4 | 96     | 7,4  | 1292   | 100,0 |

$\chi^2 = 211.70$ ;  $df = 16$ ;  $p < 0,001$ .

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Jak oceniasz swój stan zdrowia?” a „Czy w przeciągu ostatniego roku miałaś/miałeś myśli samobójcze?”. Osoby oceniające swój stan zdrowia jako „bardzo dobrze” lub „dobrze” istotnie częściej deklarują, że nigdy nie miały myśli samobójczych. W miarę pogarszania się subiektywnej oceny stanu zdrowia (od „średnio” do „bardzo źle”), wzrasta odsetek osób, które czasami, przez większość czasu lub zawsze miały myśli samobójcze. Interpretacja tabel sugeruje silną korelację – istotność statystyczną ( $\chi^2 = 309.98$ ;  $df = 16$ ;  $p < 0,001$ ) między tymi dwoma zmiennymi, co oznacza, że gorsza subiektywna ocena stanu zdrowia nastolatków wiąże się z większą częstością występowania myśli samobójczych.

Tab. 121. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia nastolatka a odczuwaniem przez niego w ciągu ostatniego roku myśli samobójczych; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Jak oceniasz swój stan zdrowia? | Czy w przeciągu OSTATNIEGO ROKU miałeś/miałaś myśli samobójcze? |       |        |       |         |       |                       |       |        |       |        |       |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|--------|-------|---------|-------|-----------------------|-------|--------|-------|--------|-------|
|                                 | nigdy                                                           |       | rzadko |       | czasami |       | przez większość czasu |       | zawsze |       | Ogółem |       |
|                                 | N                                                               | %k    | N      | %k    | N       | %k    | N                     | %k    | N      | %k    | N      | %k    |
| bardzo dobrze                   | 263                                                             | 36,5  | 41     | 19,3  | 24      | 11,9  | 7                     | 7,0   | 9      | 15,5  | 344    | 26,6  |
| dobrze                          | 359                                                             | 49,9  | 113    | 53,3  | 82      | 40,6  | 25                    | 25,0  | 14     | 24,1  | 593    | 45,9  |
| średnio                         | 83                                                              | 11,5  | 51     | 24,1  | 69      | 34,2  | 42                    | 42,0  | 18     | 31,0  | 263    | 20,4  |
| źle                             | 11                                                              | 1,5   | 5      | 2,4   | 20      | 9,9   | 15                    | 15,0  | 7      | 12,1  | 58     | 4,5   |
| bardzo źle                      | 4                                                               | 0,6   | 2      | 0,9   | 7       | 3,5   | 11                    | 11,0  | 10     | 17,2  | 34     | 2,6   |
| Ogółem                          | 720                                                             | 100,0 | 212    | 100,0 | 202     | 100,0 | 100                   | 100,0 | 58     | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Jak oceniasz swój stan zdrowia? | Czy w przeciągu OSTATNIEGO ROKU miałeś/miałaś myśli samobójcze? |      |        |      |         |      |                       |      |        |      |        |       |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------|--------|------|---------|------|-----------------------|------|--------|------|--------|-------|
|                                 | nigdy                                                           |      | rzadko |      | czasami |      | przez większość czasu |      | zawsze |      | Ogółem |       |
|                                 | N                                                               | %w   | N      | %w   | N       | %w   | N                     | %w   | N      | %w   | N      | %w    |
| bardzo dobrze                   | 263                                                             | 76,5 | 41     | 11,9 | 24      | 7,0  | 7                     | 2,0  | 9      | 2,6  | 344    | 100,0 |
| dobrze                          | 359                                                             | 60,5 | 113    | 19,1 | 82      | 13,8 | 25                    | 4,2  | 14     | 2,4  | 593    | 100,0 |
| średnio                         | 83                                                              | 31,6 | 51     | 19,4 | 69      | 26,2 | 42                    | 16,0 | 18     | 6,8  | 263    | 100,0 |
| źle                             | 11                                                              | 19,0 | 5      | 8,6  | 20      | 34,5 | 15                    | 25,9 | 7      | 12,1 | 58     | 100,0 |
| bardzo źle                      | 4                                                               | 11,8 | 2      | 5,9  | 7       | 20,6 | 11                    | 32,4 | 10     | 29,4 | 34     | 100,0 |
| Ogółem                          | 720                                                             | 55,7 | 212    | 16,4 | 202     | 15,6 | 100                   | 7,7  | 58     | 4,5  | 1292   | 100,0 |

$\chi^2 = 309,98$ ;  $df = 16$ ;  $p < 0,001$ .

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Czy palisz papierosy?” a „Czy jesteś osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą)?”. Wykazano istotność statystyczną ( $\chi^2 = 24,21$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ), co oznacza, że nastolatkomie niepalący papierosów są bardziej zadowoleni z życia niż nastolatkomie palący papierosy. Wśród osób zadowolonych z życia odsetek palących jest niższy niż wśród osób niezadowolonych z życia (23,0% vs 36,1%), a odsetek zadowolonych z życia i niepalących wynosi aż 77% vs niezadowolonych i niepalących 63,9%. Z kolei wśród osób palących papierosy odsetek zadowolonych z życia jest niższy niż wśród osób niepalących (57,8% vs 72,2%).

Tab. 122. Zależność pomiędzy paleniem przez nastolatków papierosów a poczuciem zadowolenia z życia; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Czy palisz papierosy? | Czy jesteś osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą)? |       |     |       |        |       |
|-----------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|-------|--------|-------|
|                       | TAK                                               |       | NIE |       | Ogółem |       |
|                       | N                                                 | %k    | N   | %k    | N      | %k    |
| Tak                   | 203                                               | 23,0  | 148 | 36,1  | 351    | 27,2  |
| Nie                   | 679                                               | 77,0  | 262 | 63,9  | 941    | 72,8  |
| Ogółem                | 882                                               | 100,0 | 410 | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Czy palisz papierosy? | Czy jesteś osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą)? |      |     |      |        |       |
|-----------------------|---------------------------------------------------|------|-----|------|--------|-------|
|                       | TAK                                               |      | NIE |      | Ogółem |       |
|                       | N                                                 | %w   | N   | %w   | N      | %w    |
| Tak                   | 203                                               | 57,8 | 148 | 42,2 | 351    | 100,0 |
| Nie                   | 679                                               | 72,2 | 262 | 27,8 | 941    | 100,0 |
| Ogółem                | 882                                               | 68,3 | 410 | 31,7 | 1292   | 100,0 |

$\chi^2 = 24,21$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ .

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol?” a „Czy jesteś osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą)?”. Wykazano istotność statystyczną ( $\chi^2 = 9,99$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,002$ ), co oznacza, że istnieje zależność pomiędzy piciem kiedykolwiek alkoholu przez nastolatków a poczuciem bycia osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą). Wśród osób, które nigdy nie piły alkoholu, większy odsetek jest zadowolony z życia (73,6%) niż wśród osób, które piły alkohol (65,1%). Odwrotnie, wśród osób niezadowolonych z życia, większy odsetek piło alkohol (68,8%) niż wśród osób zadowolonych z życia (59,6%).

Wyniki sugerują, że brak kontaktu z alkoholem wiąże się z wyższym poczuciem zadowolenia z życia wśród młodzieży. Możliwe wyjaśnienia tej zależności mogą obejmować lepsze relacje rodzinne i szkolne u młodzieży, która nie sięga po alkohol, większą stabilność emocjonalną, wyższy poziom wsparcia społecznego lub odwrotnie – młodzież mniej zadowolona z życia może częściej sięgać po alkohol jako sposób radzenia sobie z emocjami.

Wnioski z analizy mogą stanowić argument za wzmacnianiem działań profilaktycznych, które nie tylko koncentrują się na samym piciu alkoholu, ale również wspierają dobrostan psychiczny młodzieży. Warto rozwijać programy, które promują alternatywne sposoby radzenia sobie ze stresem, budują poczucie sensu i wartości życia, oraz wzmacniają relacje z rodziną i rówieśnikami.

Tab. 123. Zależność pomiędzy piciem kiedykolwiek alkoholu przez nastolatków a poczuciem zadowolenia z życia; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Czy kiedykolwiek<br>piłeś/piłaś alkohol? | Czy jesteś osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą)? |       |     |       |        |       |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|-------|--------|-------|
|                                          | TAK                                               |       | NIE |       | Ogółem |       |
|                                          | N                                                 | %k    | N   | %k    | N      | %k    |
| TAK                                      | 526                                               | 59,6  | 282 | 68,8  | 808    | 62,5  |
| NIE                                      | 356                                               | 40,4  | 128 | 31,2  | 484    | 37,5  |
| Ogółem                                   | 882                                               | 100,0 | 410 | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Czy kiedykolwiek<br>piłeś/piłaś alkohol? | Czy jesteś osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą)? |      |     |      |        |       |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|------|-----|------|--------|-------|
|                                          | TAK                                               |      | NIE |      | Ogółem |       |
|                                          | N                                                 | %w   | N   | %w   | N      | %w    |
| TAK                                      | 526                                               | 65,1 | 282 | 34,9 | 808    | 100,0 |
| NIE                                      | 356                                               | 73,6 | 128 | 26,4 | 484    | 100,0 |
| Ogółem                                   | 882                                               | 68,3 | 410 | 31,7 | 1292   | 100,0 |

$\chi^2 = 9.99$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,002$ .

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Jak często w przeciągu ostatniego roku (12 miesięcy) twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień?” a „Czy palisz papierosy?”. Wykazano istotność statystyczną ( $\chi^2 = 27.32$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$ ), co oznacza, że istnieje zależność pomiędzy pomaganiem przez rodziców lub opiekunów w rozwiązywaniu problemów u nastolatków a paleniem przez młodzież papierosów. Wśród osób palących papierosy, największy odsetek (28,2%) rzadko otrzymywał pomoc od rodziców/opiekunów, a najmniejszy odsetek (11,4%) otrzymywał pomoc zawsze. Wśród osób niepalących, największy odsetek (27,9%) czasami otrzymywał pomoc od rodziców/opiekunów, a najmniejszy odsetek (15,6%) nigdy jej nie otrzymywał. Interpretacja tabel wskazuje, że nastolatki, którzy rzadziej otrzymują wsparcie od rodziców/opiekunów w trudnych sytuacjach, są bardziej skłonni do palenia papierosów. Wśród nastolatków, którym rodzice w ciągu ostatniego roku zawsze udzielili wsparcia zrobili to tylko wobec 19,6% palących nastolatków i wobec aż 80,4% niepalących nastolatków.

Zatem wsparcie emocjonalne i zainteresowanie ze strony dorosłych pełni funkcję ochronną przed zachowaniami ryzykownymi, takimi jak palenie papierosów. Młodzież, która rzadziej otrzymuje pomoc w trudnych sytuacjach, znacznie częściej sięga po papierosy – być może jako formę odreagowania stresu lub samoregulacji emocji. Wyniki te podkreślają

wagę obecności dorosłych w życiu nastolatka, szczególnie w kontekście emocjonalnym, nie tylko kontrolnym.

Tab. 124. Zależność pomiędzy pomaganiem przez rodziców lub opiekunów w rozwiązywaniu problemów u nastolatków a paleniem przez młodzież papierosów; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Jak często w przeciągu OSTATNIEGO ROKU (12 miesięcy) twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień? | Czy palisz papierosy? |       |     |       |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-----|-------|--------|-------|
|                                                                                                                                                        | Tak                   |       | Nie |       | Ogółem |       |
|                                                                                                                                                        | N                     | %k    | N   | %k    | N      | %k    |
| nigdy                                                                                                                                                  | 76                    | 21,7  | 147 | 15,6  | 223    | 17,3  |
| rzadko                                                                                                                                                 | 99                    | 28,2  | 177 | 18,8  | 276    | 21,4  |
| czasami                                                                                                                                                | 84                    | 23,9  | 263 | 27,9  | 347    | 26,9  |
| przez większość czasu                                                                                                                                  | 52                    | 14,8  | 190 | 20,2  | 242    | 18,7  |
| zawsze                                                                                                                                                 | 40                    | 11,4  | 164 | 17,4  | 204    | 15,8  |
| Ogółem                                                                                                                                                 | 351                   | 100,0 | 941 | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Jak często w przeciągu OSTATNIEGO ROKU (12 miesięcy) twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień? | Czy palisz papierosy? |      |     |      |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|-----|------|--------|-------|
|                                                                                                                                                        | Tak                   |      | Nie |      | Ogółem |       |
|                                                                                                                                                        | N                     | %w   | N   | %w   | N      | %w    |
| nigdy                                                                                                                                                  | 76                    | 34,1 | 147 | 65,9 | 223    | 100,0 |
| rzadko                                                                                                                                                 | 99                    | 35,9 | 177 | 64,1 | 276    | 100,0 |
| czasami                                                                                                                                                | 84                    | 24,2 | 263 | 75,8 | 347    | 100,0 |
| przez większość czasu                                                                                                                                  | 52                    | 21,5 | 190 | 78,5 | 242    | 100,0 |
| zawsze                                                                                                                                                 | 40                    | 19,6 | 164 | 80,4 | 204    | 100,0 |
| Ogółem                                                                                                                                                 | 351                   | 27,2 | 941 | 72,8 | 1292   | 100,0 |

$\chi^2 = 27.32$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$ .

Wykazano istotną korelację między odpowiedziami na pytania dotyczące zagadnień „Jak często w przeciągu ostatniego roku (12 miesięcy) twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień?” a „Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol?”. Wykazano istotność statystyczną ( $\chi^2 = 40.51$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$ ), co oznacza, że istnieje zależność pomiędzy pomaganiem przez rodziców lub opiekunów w rozwiązywaniu problemów u nastolatków a piciem przez młodzież alkoholu. Wśród osób, które nigdy nie uzyskały pomocy od rodziców/opiekunów w rozwiązywaniu problemów/zmartwień, 19,1% piło alkohol, zaś wśród osób, którym rodzice rzadko udzielili takiej pomocy alkohol piło aż 24,6% nastolatków i kolejne 27,8% nastolatków, w grupie którym rodzice udzielali wsparcia tylko czasami. Z kolei wśród osób, które zawsze uzyskiwały pomoc od rodziców/opiekunów, tylko 12,1% piło alkohol.

Otrzymywane wsparcie ze strony rodziny działa zatem, jako czynnik chroniący przed inicjacją picia alkoholu przez nastolatków. Brak stabilnej obecności i zaangażowania dorosłych w życie młodzieży zwiększa ryzyko sięgania po alkohol, prawdopodobnie jako sposób radzenia sobie z problemami emocjonalnymi, presją rówieśniczą lub stresem. Wyniki te wzmacniają wcześniejsze obserwacje dotyczące palenia papierosów – w obu przypadkach niższe wsparcie emocjonalne ze strony rodziców wiąże się z wyższym prawdopodobieństwem podejmowania zachowań ryzykownych.

Tab. 125. Zależność pomiędzy pomaganiem przez rodziców lub opiekunów w rozwiązywaniu problemów u nastolatków a piciem przez młodzież alkoholu; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].

[A]

| Jak często w przeciągu OSTATNIEGO ROKU (12 miesięcy) twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień? | Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol? |       |     |       |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------|-----|-------|--------|-------|
|                                                                                                                                                        | TAK                                   |       | NIE |       | Ogółem |       |
|                                                                                                                                                        | N                                     | %k    | N   | %k    | N      | %k    |
| Nigdy                                                                                                                                                  | 154                                   | 19,1  | 69  | 14,3  | 223    | 17,3  |
| Rzadko                                                                                                                                                 | 199                                   | 24,6  | 77  | 15,9  | 276    | 21,4  |
| Czasami                                                                                                                                                | 225                                   | 27,8  | 122 | 25,2  | 347    | 26,9  |
| przez większość czasu                                                                                                                                  | 132                                   | 16,3  | 110 | 22,7  | 242    | 18,7  |
| Zawsze                                                                                                                                                 | 98                                    | 12,1  | 106 | 21,9  | 204    | 15,8  |
| Ogółem                                                                                                                                                 | 808                                   | 100,0 | 484 | 100,0 | 1292   | 100,0 |

[B]

| Jak często w przeciągu OSTATNIEGO ROKU (12 miesięcy) twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień? | Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol? |      |     |      |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------|-----|------|--------|-------|
|                                                                                                                                                        | TAK                                   |      | NIE |      | Ogółem |       |
|                                                                                                                                                        | N                                     | %w   | N   | %w   | N      | %w    |
| Nigdy                                                                                                                                                  | 154                                   | 69,1 | 69  | 30,9 | 223    | 100,0 |
| Rzadko                                                                                                                                                 | 199                                   | 72,1 | 77  | 27,9 | 276    | 100,0 |
| Czasami                                                                                                                                                | 225                                   | 64,8 | 122 | 35,2 | 347    | 100,0 |
| przez większość czasu                                                                                                                                  | 132                                   | 54,5 | 110 | 45,5 | 242    | 100,0 |
| Zawsze                                                                                                                                                 | 98                                    | 48,0 | 106 | 52,0 | 204    | 100,0 |
| Ogółem                                                                                                                                                 | 808                                   | 62,5 | 484 | 37,5 | 1292   | 100,0 |

chi2 = 40.51; df = 4; p < 0,001.

## 3.6. Podsumowanie wyników

### Palenie papierosów przez młodzież

#### 1. Skala zjawiska

- Prawie 1/3 młodzieży (27,2%) deklaruje, że pali papierosy.
- Odsetek palącej młodzieży jest podobny w mieście i na wsi (27,6% vs 26,7%).

#### 2. Intensywność palenia

- 25,6% palących nastolatków pali codziennie, a kolejne 10,0% – powyżej 20 dni w miesiącu.
- 5,3% palących wypala ponad 20 papierosów dziennie.

#### 3. Wiedza rodziców

- 45,6% rodziców wie, że ich dziecko pali.

#### 4. Wiek inicjacji

- 64,3% młodzieży paliło pierwszy raz w wieku 12–17 lat:
  - 12–13 lat: 21,7%,
  - 14–15 lat: 28,2%,
  - 16–17 lat: 14,4%.
- 10,9% młodzieży paliło pierwszy raz w wieku 10–11 lat.
- 6,6% zapaliło papierosa przed ukończeniem 10. roku życia.

#### 5. Próby rzucenia palenia

- 47,3% palących próbowało rzucić palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

#### 6. Dostęp do papierosów

- Młodzież papierosy najczęściej zdobywa poprzez:
  - zakup w sklepie: 54,7%,
  - poczęstunek od rówieśników: 48,1%,
  - przekazanie pieniędzy innym osobom: 28,0%.
- 25,5% kupuje papierosy bez problemu, nie będąc pytany o wiek.
- Tylko 9,0% młodych osób nie mogło kupić papierosów z powodu młodego wyglądu.

#### 7. Miejsca palenia

- Najczęstsze miejsca palenia:
  - miejsca publiczne/otwarte (parki, ulice): 67,3%,
  - szkoła/uczelnia: 43,2%,
  - dyskoteka/pub: 33,4%,

- dom rodzinny: 27,4%.

#### 8. Towarzystwo przy paleniu

- Młodzież pali najczęściej:
  - z rówieśnikami: 76,0%,
  - samotnie: 17,7%,
  - z rodziną: 4,1%,
  - z przypadkowymi osobami: 2,2%.

#### 9. Uzależnienie i potrzeba palenia

- 68,7% palących nie odczuwa potrzeby zapalenia papierosa rano.
- 7,6% deklaruje, że codziennie rano odczuwa silną potrzebę zapalenia.
- 23,7% często odczuwa taką potrzebę.

#### 10. Palenie w otoczeniu rodzinnym

- 31,7% nastolatków mieszka z osobami palącymi:
  - ojciec/opiekun: 12,2%,
  - matka/opiekunka: 10,4%,
  - oboje rodzice: 9,1%,
  - rodzeństwo: 4,6%.
- 60,2% młodzieży deklaruje, że nikt z domowników nie pali.

#### 11. Palenie w środowisku rówieśniczym

- Palenie kolegów/koleżanek:
  - niektóre osoby: 55,0%,
  - większość: 27,3%,
  - wszyscy: 3,1%.
- 36,3% nastolatków przyznaje, że każdego dnia ktoś w ich obecności pali papierosy.

#### 12. Postrzeganie atrakcyjności a palenie

- W przypadku chłopców: 46,9% uważa, że palący są mniej atrakcyjni.
- W przypadku dziewcząt: 52,1% uważa, że palące są mniej atrakcyjne.
- Spora część młodzieży nie widzi różnicy w atrakcyjności (46,9% chłopcy; 42,6% dziewczęta).

#### 13. Palenie a wygląd/relacje społeczne

- 23,6% uważa, że palenie pomaga w odchudzaniu.
- 9,4% sądzi, że palenie pomaga przytyć.
- 67,0% uważa, że palenie nie wpływa na masę ciała.
- 24,8% twierdzi, że palący chłopak ma więcej kolegów.

- 22,1% twierdzi, że paląca dziewczyna ma więcej koleżanek.

### Podsumowanie

Zebrane dane wskazują, że palenie papierosów wśród młodzieży jest stosunkowo powszechne, często zaczyna się w wieku wczesnonastoletnim, a papierosy są łatwo dostępne. Wsparcie rodziców, środowisko domowe i relacje z rówieśnikami mają istotny wpływ na postawy i zachowania młodych ludzi wobec palenia.

### **Picie alkoholu przez młodzież**

#### 1. Zasięg zjawiska

- 62,5% młodzieży przyznało, że miało już kontakt z alkoholem.
- 28,9% deklaruje całkowitą abstynencję.

#### 2. Częstotliwość spożycia alkoholu (w skali miesiąca)

- 39,1% – 1–2 razy,
- 25,5% – 3–9 razy,
- 3,8% – 10–19 razy,
- 1,1% – ponad 20 razy,
- 1,8% – codziennie.

#### 3. Ilości spożywanego alkoholu jednorazowo

- 33,8% młodzieży pije „umiarkowaną” ilość (np. 1 kufel piwa lub drink).
- 20,3% deklaruje spożywanie dużych ilości (5+ porcji naraz).

#### 4. Preferencje alkoholowe

- Najczęściej wybierane trunki to:
  - piwo (78,1%),
  - wódka (72,2%),
  - wino (54,3%),
  - inne alkohole (drinki, gin, whisky, itd.) – 9,5%.

#### 5. Rola rodziny i otoczenia

- 72,7% rodziców wie, że ich dziecko pije.
- Tylko 29,5% rodziców stanowczo nie pozwala nastolatkom na picie w domu, zaś reszta rodziców dopuszcza picie:
  - 29,0% – podczas uroczystości,
  - 18,7% – przy wyjątkowych okazjach,
  - 10,7% – czasami bez okazji,

- 12,1% – pozwala zawsze.

#### 6. Wiek inicjacji alkoholowej

- 83,4% młodzieży, która piła alkohol, zaczęła między 12 a 17 rokiem życia:
  - 12–13 lat: 22,0%,
  - 14–15 lat: 40,1%,
  - 16–17 lat: 21,3%.
- 14,1% młodzieży miało pierwszy kontakt z alkoholem przed 12. rokiem życia:
  - poniżej 7 lat: 5,7%,
  - 8–9 lat: 3,7%,
  - 10–11 lat: 4,7%.

Oznacza to, że co siódmy nastolatek pił alkohol po raz pierwszy zanim ukończył 12 lat. Wczesna inicjacja alkoholowa (często przed 12 r.ż.) jest niepokojąco częsta.

#### 7. Upijanie się

- Najczęstszy wiek upijania się to:
  - 16–17 lat: 24,2%,
  - 14–15 lat: 21,9%.

#### 8. Negatywne skutki picia alkoholu

- 18,7% nastolatków ma kaca lub inne problemy (np. rodzinne, szkolne, łamanie prawa) 1–2 razy w miesiącu.
- Kolejne 4,9% doświadcza takich problemów 3–9 razy w miesiącu.

#### 9. Dostępność alkoholu

- 13,7% młodzieży bez problemu kupuje alkohol w sklepie – mimo obowiązujących przepisów.

#### 10. Miejsce pierwszego kontaktu z alkoholem

- Dom rodzinny: 34,6%,
- Park/ulica: 22,0%,
- Dyskoteka/pub: 15,3%,
- Akademik/internat: 14,9%.

#### 11. Miejsce najczęstszego spożywania alkoholu

- Dom rodzinny: 26,9%,
- Dyskoteka/pub: 24,7%,
- Park/ulica: 21,3%,
- Akademik/internat: 16,0%.

## 12. Towarzystwo podczas picia alkoholu

- Z rówieśnikami/znajomymi/przyjaciółmi: 73,7%,
- Z rodziną: 19,5%,
- Samodzielnie: 4,9% (czyli co 20. nastolatek pije sam).

## 13. Alkoholizm wśród bliskich

- 21,2% młodzieży deklaruje, że ktoś z bliskich (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie) pije częściej niż raz w tygodniu.

## 14. Alkohol w otoczeniu społecznym

- 43,7% twierdzi, że większość ich znajomych pije alkohol.
- 11,7% mówi, że wszyscy ich znajomi piją.

### Podsumowanie

Wczesna inicjacja alkoholowa (często przed 12 r.ż.) jest niepokojąco częsta. Łatwość dostępu do alkoholu (zarówno w domu, jak i w sklepach) ułatwia młodzieży spożycie alkoholu.

## **Przyjmowanie przez młodzież**

### **innych substancji psychoaktywnych niż papierosy i alkohol**

#### 1. Najczęstsze powody, dla których młodzież sięga po substancje psychoaktywne:

- z ciekawości: 9,6%,
- przekonanie, że pomagają lepiej radzić sobie w życiu: 8,2%,
- dla zabicia czasu: 5,8%.

#### 2. Spożycie napojów energetyzujących – miesięczne

- Częstość wypijanych napojów energetyzujących w skali miesiąca:
  - 1–2 razy: 31,3% (prawie co trzeci nastolatek),
  - 3–9 razy: 25,0%,
  - 10 i więcej razy: 18,4%.
- Aż 43,4% pije energetyki co najmniej 3 razy w miesiącu, co może świadczyć o regularnym stosowaniu.

#### 3. Ilość spożywanych napojów energetyzujących – dziennie:

- Do 0,25 l (1 puszka): 71,5%,
- Do 0,5 l (2 puszki): 18,7%,
- 0,75 l (3 puszki): 4,5%,
- Ponad 1 l (4 puszki lub więcej): 5,3%.

- 9,8% młodzieży spożywa dziennie 3 lub więcej puszek, co budzi poważne obawy o zdrowie (problemy sercowe, bezsenność, uzależnienie od kofeiny).

### Podsumowanie

- Ciekawość, radzenie sobie z trudnościami i nuda to główne przyczyny sięgania po używki – co sugeruje potrzebę edukacji psychologicznej i profilaktyki emocjonalnej.
- Napoje energetyzujące są powszechnie spożywane – nie tylko sporadycznie, ale często i w dużych ilościach.
- Regularne i wysokie spożycie może prowadzić do uzależnienia, problemów zdrowotnych i zaburzeń snu.

### **Samoocena stanu zdrowia młodzieży i ocena relacji z rodzicami**

#### 1. Samoocena stanu zdrowia

- 21,7% nastolatków przyznaje, że ma problemy zdrowotne.
- 45,9% ocenia swoje zdrowie jako „dobre”.
- 26,6% jako „bardzo dobre”, a 20,4% jako „średnie”.

#### 2. Poczucie samotności

- 8,0% zawsze odczuwa samotność.
- 21,0% – przez większość czasu.
- 36,1% – czasami.
- 22,9% – rzadko.
- Tylko 12,0% nigdy nie odczuwa samotności.
- 65% młodzieży doświadcza samotności co najmniej czasami – a aż 29% bardzo często lub zawsze.

#### 3. Stres i bezsenność

- 22,4% jest tak zestresowana przez większość roku, że nie może spać.
- 7,4% odczuwa taki stres zawsze.
- To oznacza, że prawie 1/3 młodzieży zmaga się z przewlekłym, silnym stresem.

#### 4. Myśli samobójcze

- 7,7% nastolatków często ma myśli samobójcze.
- 4,5% deklaruje, że zawsze je odczuwa.
- Łącznie co 8. nastolatek (12,2%) doświadcza takich myśli regularnie w ciągu roku, co jest sygnałem alarmowym dla systemu wsparcia psychologicznego.

#### 5. Zadowolenie z życia

- 31,7% młodzieży nie jest zadowolona ze swojego życia.
- 26,2% uważa, że życie nie ma sensu.

Oznacza to, że nawet co trzeci-czwarty nastolatek przejawia poważne symptomy depresyjne lub kryzysy egzystencjalne.

#### 6. Relacje nastolatków z rodzicami i opiekunami

- Tylko 15,8% twierdzi, że zawsze może liczyć na pomoc rodziców.
- 18,7% – może liczyć na nich przez większość czasu.
- 26,9% – czasami.
- 15,9% mówi, że rodzice rzadko lub nigdy wiedzą, co ich dziecko robi w czasie wolnym.
- Tylko 1/3 młodzieży czuje się pewnie i bezpiecznie w relacji z rodzicami, reszta doświadcza braku stałego wsparcia lub niedostatecznego zainteresowania.

#### 7. Relacje z matką

- 6,9% nastolatków ocenia relację z matką jako złą lub bardzo złą:
  - źle: 4,7%,
  - bardzo źle: 2,2%.

#### 8. Relacje z ojcem

- Aż 14,5% nastolatków ocenia relację z ojcem jako złą lub bardzo złą:
  - źle: 6,9%,
  - bardzo źle: 7,6%.
- Relacje z ojcem są oceniane ponad dwukrotnie gorzej niż z matką.

#### 9. Płeć a relacje z rodzicami

- Zarówno dziewczęta, jak i chłopcy lepiej oceniają relację z matką niż z ojcem.

#### Podsumowanie

- Stan zdrowia psychicznego młodzieży jest powodem do niepokoju – wysoki poziom stresu, poczucie samotności, myśli samobójcze oraz niskie zadowolenie z życia mogą wskazywać na potrzebę zwiększenia dostępu do wsparcia psychologicznego i edukacji emocjonalnej.
- Relacje rodzinne są kluczowym czynnikiem ochronnym, jednak wiele nastolatków nie otrzymuje od rodziców dostatecznego wsparcia – zarówno emocjonalnego, jak i w postaci codziennej obecności i zainteresowania.
- Uwagę zwracają relacje nastolatków z ojcami, które są znacznie słabsze niż z matkami, co może mieć wpływ na poczucie bezpieczeństwa, samoocenę i rozwój emocjonalny młodzieży.

## **Palenie papierosów przez dziewczęta**

### **1. Częstość palenia**

- Dziewczęta częściej niż chłopcy sięgają po papierosy – 30,0% dziewcząt deklaruje, że pali papierosy (vs 23,4% chłopców).

### **2. Wiek inicjacji**

- Dziewczęta wcześniej niż chłopcy zaczynają palić papierosy:
  - w wieku 12–13 lat 25,1% dziewcząt (vs 16,2% chłopców),
  - w wieku 14–15 lat: 30,0% dziewcząt (vs 25,3% chłopców).

### **3. Styl palenia**

- Dziewczęta częściej palą w przestrzeni publicznej i w towarzystwie znajomych lub samotnie:
  - 19,0% dziewcząt pali z rówieśnikami lub samotnie (vs 15,4% chłopców),
  - najczęstsze miejsce palenia to park lub ulica: 69,3% dziewcząt (vs 63,9% chłopców).

### **4. Dostęp do papierosów**

- Dziewczęta wykazują większą determinację w zdobywaniu papierosów i częściej korzystają z pomocy innych osób:
  - 30,0% dziewcząt kupuje papierosy bez problemu (vs 18,5% chłopców),
  - 50,2% dziewcząt jest częstowanych przez rówieśników (vs 44,6% chłopców),
  - 32,5% dziewcząt daje pieniądze innym, by ci kupowali im papierosy (vs 20,3% chłopców).

### **5. Środowisko i wpływy społeczne**

- Środowisko społeczne dziewcząt częściej sprzyja paleniu:
  - 39,1% dziewcząt codziennie przebywa w towarzystwie osoby palącej (vs 32,6% chłopców),
  - 30,1% dziewcząt twierdzi, że większość ich znajomych pali (vs 23,6% chłopców)

### **6. Palenie w domu**

Domowe wzorce zachowań mogą wzmacniać przyzwolenie na palenie wśród dziewcząt.

- Dziewczęta częściej deklarują, że ich rodzice palą w domu:
  - ojciec: 13,7% (vs 10,1%),
  - matka: 10,7% (vs 9,9%),
  - oboje rodzice: 10,0% (vs 7,9%).

### **7. Motywacje i świadomość**

Dziewczęta częściej łączą palenie z wyglądem zewnętrznym, ale też wykazują większą motywację do zaprzestania palenia.

- 25,0% dziewcząt uważa, że palenie pomaga w odchudzaniu (vs 21,8% chłopców),
- 49,6% dziewcząt deklaruje chęć rzucenia palenia (vs 43,5% chłopców).

#### Podsumowanie

- Dziewczęta są bardziej narażone na wczesne i regularne palenie – szczególnie ze względów społecznych, estetycznych (odchudzanie) i środowiskowych.
- Wpływ rówieśników i domowego otoczenia ma duże znaczenie – częste przebywanie z osobami palącymi oraz obecność palących rodziców zwiększają ryzyko.
- Potrzeba ukierunkowanej profilaktyki – programy przeciwdziałające paleniu powinny bardziej uwzględniać specyfikę dziewcząt, np. temat presji wyglądu, czy wpływ rówieśników na wczesną inicjację.

#### **Picie alkoholu przez dziewczęta**

##### 1. Miejsce pierwszego spożycia alkoholu

Dziewczęta częściej inicjują kontakt z alkoholem w środowisku domowym, co może wskazywać na większą tolerancję lub mniejsze nadzorowanie ze strony rodziny.

- 37,9% dziewcząt piło po raz pierwszy w domu rodzinnym (vs 30,8% chłopców).

##### 2. Miejsce spożywania alkoholu

Dziewczęta częściej spożywają alkohol w przestrzeniach społecznych lub domowych, co może mieć związek z większą akceptacją społeczną takich zachowań.

- Dziewczęta częściej piją:
  - w domu rodzinnym: 28,7% (vs 24,8%),
  - na dyskotekach/pubach: 27,1% (vs 21,8%).

##### 3. Preferencje alkoholowe

- Dziewczęta znacznie częściej sięgają po wino: 62,7% (vs 44,7% chłopców).

Wskazuje to na różnice kulturowe i społeczne w postrzeganiu alkoholu przez płeć – wino może być postrzegane jako „bardziej akceptowalny” trunek wśród dziewcząt.

##### 4. Ilość spożywanego alkoholu

Dziewczęta częściej kontrolują ilość spożywanego alkoholu, co może świadczyć o większej ostrożności lub chęci zachowania kontroli nad swoim zachowaniem.

- 41,3% dziewcząt pije alkohol w małych ilościach (vs 25,4% chłopców).

## 5. Wiek inicjacji alkoholowej

- Dziewczęta częściej niż chłopcy próbują alkoholu we wczesnym wieku (12-13 lat), co może mieć negatywne skutki rozwojowe i zdrowotne (dziewczęta: 24,9% vs chłopcy: 18,7%).

## 6. Pierwsze upicie się

- Dziewczęta częściej niż chłopcy upijają się po raz pierwszy w tym kluczowym okresie dojrzewania w wieku 14-15 lat, co zwiększa ryzyko trwałych wzorców picia i szkód emocjonalnych (dziewczęta: 24,3% vs chłopcy: 19,2%).

## Podsumowanie

- Dziewczęta częściej niż chłopcy zaczynają pić alkohol wcześniej i robią to głównie w domu lub na imprezach – wskazuje to na duże znaczenie środowiska rodzinnego i towarzyskiego w kształtowaniu ich zachowań.
- Dziewczęta choć piją w bardziej kontrolowany sposób (małe ilości, preferencja wina), ich wcześniejsza inicjacja i częstsze upijanie się w wieku 14–15 lat może świadczyć o ryzykownych zachowaniach i dużej presji społecznej.
- Programy profilaktyczne powinny być dostosowane do specyfiki płci – uwzględniać społeczne motywy picia, rola otoczenia, styl spożywania oraz wpływ kultury i wizerunku kobiety.

## **Przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych niż alkohol i tytoń przez dziewczęta**

### 1. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych

- Dziewczęta dwukrotnie częściej niż chłopcy traktują substancje psychoaktywne jako narzędzie radzenia sobie z problemami, stresem, presją. Może to świadczyć o większym poziomie napięcia emocjonalnego oraz niedoborze konstruktywnych mechanizmów radzenia sobie ze stresem – 10,4% dziewcząt wskazuje, że używki pomagają im radzić sobie w życiu (vs 5,4% chłopców).

### 2. Spożycie napojów energetyzujących

Dziewczęta częściej sięgają po energetyki w dużych ilościach, mimo stereotypu, że to głównie chłopcy je spożywają. Może to wskazywać na potrzebę stymulacji (odczuwane zmęczenie, nauka, brak snu), presję wydajności i koncentracji, a także możliwe początki uzależnienia od kofeiny i węglowodanów.

- Częstotliwość spożycia energetyków (w ciągu miesiąca):
  - 3–9 razy / miesiąc (25,8% vs 23,9%),

- 10 i więcej razy / miesiąc (19,7% vs 16,7%).

### Podsumowanie

- Dziewczęta częściej sięgają po używki (w tym napoje energetyzujące) w celach kompensacyjnych – nie dla zabawy, ale by radzić sobie z codziennymi trudnościami, co sygnalizuje głębsze problemy emocjonalne i psychiczne.
- Napoje energetyzujące mogą pełnić dla dziewcząt funkcję łatwo dostępnego „wsparcia” w stresujących sytuacjach, ale ich częste spożycie może prowadzić do bezsenności i różnych problemów zdrowotnych.
- Działania profilaktyczne powinny być skierowane konkretnie do dziewcząt, z uwzględnieniem mechanizmów kompensacyjnych (ucieczka w substancje), promowania zdrowych sposobów radzenia sobie ze stresem i edukacji o konsekwencjach zdrowotnych energetyków i innych używek.

### **Samooocena stanu zdrowia dziewcząt i ocena relacji z rodzicami**

#### 1. Samooocena stanu zdrowia

- Dziewczęta częściej mają obniżoną samoocenę zdrowia, co może wskazywać na problemy emocjonalne, stres lub przemęczenie – 23,3% dziewcząt ocenia swój stan zdrowia jako „średni” (vs 16,4% chłopców).

#### 2. Stres i bezsenność

- Ponad 1/3 dziewcząt regularnie zmagają się z bardzo wysokim poziomem stresu, co jest znacznie częstsze niż w przypadku chłopców:
  - 29,6% dziewcząt odczuwa stres uniemożliwiający sen przez większość czasu (vs 12,8% chłopców),
  - 9,2% dziewcząt odczuwa taki stres zawsze (vs 5,0% chłopców).

#### 3. Zadowolenie z życia

- Dziewczęta częściej odczuwają frustrację i smutek, co może wiązać się z presją społeczną, wyglądem, wynikami w nauce czy relacjami:
  - 34,6% dziewcząt określa się jako osoby niezadowolone z życia (vs 27,9% chłopców).

#### 4. Samotność

- 3/4 dziewcząt (74,5%) przyznaje, że odczuwa samotność co najmniej czasami, z czego ponad 1/3 regularnie – to wyraźny sygnał potrzeby wsparcia emocjonalnego.
- Dziewczęta częściej niż chłopcy deklarują poczucie samotności:
  - zawsze: 8,3% (vs 7,6%),

- przez większość czasu: 25,5% (vs 15,0%),
- czasami: 40,7% (vs 30,1%).

## 5. Myśli samobójcze

Dziewczęta są ponad dwukrotnie częściej narażone na epizody myśli samobójczych, co powinno uruchamiać działania profilaktyczne w zakresie zdrowia psychicznego.

- 20,8% dziewcząt przyznaje, że czasami miewa myśli samobójcze (vs 8,8% chłopców).

## Podsumowanie

- Dziewczęta wykazują wyraźnie gorsze wskaźniki dobrostanu psychicznego niż chłopcy – częściej odczuwają stres, samotność, niezadowolenie z życia i myśli samobójcze.
- Relacje dziewcząt z matką są niejednoznaczne – częściej są poprawne niż bardzo dobre, ale też częściej oceniane są jako złe, co może pogłębiać poczucie braku emocjonalnego wsparcia.
- Wskazana jest potrzeba wprowadzenia programów wsparcia emocjonalnego i psychologicznego skierowanych szczególnie do dziewcząt, z uwzględnieniem pracy nad samooceną i akceptacją siebie, radzenia sobie ze stresem i presją oraz umiejętności komunikacyjnych w rodzinie.

## **Palenie papierosów przez chłopców**

### 1. Wiek inicjacji palenia

- Chłopcy częściej zaczynają palić skrajnie wcześnie, co może wynikać z braku nadzoru, silniejszego wpływu środowiska lub starszych znajomych/rodzeństwa – 6,1% chłopców zapaliło pierwszy papieros przed 7. rokiem życia (vs 1,95% dziewcząt).

### 2. Dostęp do papierosów

- 14,0% chłopców doświadczyło odmowy sprzedaży papierosów z powodu młodego wyglądu (vs 5,7% dziewcząt) – dziewczęta rzadziej napotykają barierę zakupu, być może z powodu starszego wyglądu lub mniejszego podejrzenia ze strony sprzedawców.

### 3. Środowisko palenia

Chłopcy bardziej otwarcie palą w przestrzeniach publicznych i szkolnych oraz częściej mają palących członków rodziny jako towarzyszy, co może wzmacniać akceptację palenia:

- Chłopcy częściej niż dziewczęta palą z członkami rodziny: 7,4% vs 2,3%.

- Palenie w restauracji: 15,6% chłopców vs 4,8% dziewcząt.
- Palenie w szkole/na uczelni: 49,0% chłopców vs 39,8% dziewcząt.

#### 4. Objawy uzależnienia

Chłopcy wykazują silniejsze objawy uzależnienia fizycznego, jak poranna potrzeba nikotyny, co może świadczyć o głębszym zakorzenieniu nawyku:

- zawsze: 9,9% chłopców vs 6,2% dziewcząt,
- często: 25,5% chłopców vs 22,6% dziewcząt.

#### 5. Świadomość rodziców

Chłopcy częściej palą „jawnie”, co może oznaczać mniejsze próby ukrywania tego faktu lub większą akceptację ze strony rodziców (56,6% chłopców vs 50,6% dziewcząt).

#### Podsumowanie

- Chłopcy częściej zaczynają palić bardzo wcześnie, palą bardziej otwarcie, w obecności rodziny lub w miejscach publicznych (szkoła, restauracja) i mają silniejsze symptomy uzależnienia.
- Działania profilaktyczne dla chłopców powinny akcentować skutki wczesnej inicjacji i uzależnienia oraz być prowadzone szczególnie w szkołach, gdzie skala palenia jest wysoka.
- Ważna jest edukacja rodziców, szczególnie chłopców, którzy często akceptują lub ignorują palenie dzieci.

### **Picie alkoholu przez chłopców**

#### 1. Doświadczenie z alkoholem

- Chłopcy częściej zaczynają pić alkohol i robią to w młodszy wieku (66,7% vs 59,4%).

#### 2. Preferencje alkoholowe

Chłopcy preferują mocniejsze napoje alkoholowe (piwo i wódkę) i spożywają je częściej oraz w większych ilościach:

- Piwo: 84,8% chłopców vs 72,3% dziewcząt.
- Wódkę: 77,0% chłopców vs 68,1% dziewcząt.

#### 3. Częstotliwość picia

- Alkohol codziennie spożywa - 3,3% chłopców vs 0,4% dziewcząt.
- Ponad 20 razy w miesiącu - 1,8% chłopców vs 0,4% dziewcząt.

- Ilość wypijanego alkoholu jednorazowo - 25,9% chłopców wypija  $\geq 5$  porcji alkoholu jednorazowo, w porównaniu do 15,3% dziewcząt.
4. Miejsce pierwszego kontaktu z alkoholem
- Chłopcy częściej piją w miejscach publicznych, co może świadczyć o bardziej ryzykownych wzorcach picia:
    - w parku/na ulicy: 24,1% chłopców vs 20,3% dziewcząt,
    - w akademiku/internacie: 17,0% vs 13,1%,
    - w szkole/na uczelni: 2,7% vs 0,9%.
5. Obecne miejsca spożywania alkoholu przez chłopców
- Park/ulica: 25,3% chłopców vs 17,8% dziewcząt.
6. Picie w samotności
- 7,0% chłopców przyznaje się do picia samotnie vs 3,2% dziewcząt.
7. Otoczenie rówieśnicze
- Chłopcy mają więcej znajomych, którzy piją alkohol, co może dodatkowo utrwalać zachowania związane z jego spożywaniem - 47% vs 41,1% dziewcząt.
8. Zgoda rodziców
- Chłopcy rzadziej spotykają się z ograniczeniami ze strony rodziców, co może wpływać na ich postawy wobec alkoholu - 16,0% chłopców mówi, że rodzice zawsze pozwalają im pić w domu vs 8,8% dziewcząt.

### Podsumowanie

Chłopcy są bardziej narażeni na negatywne konsekwencje zdrowotne i społeczne związane z alkoholem, a ich styl picia może mieć charakter bardziej ryzykowny i impulsywny niż w przypadku dziewcząt.

### **Przyjmowanie substancji psychoaktywnych innych niż papierosy i alkohol przez chłopców**

1. Motywacja do sięgania po używki
  - Chłopcy częściej niż dziewczęta wskazują, że sięgają po substancje psychoaktywne dla dobrej zabawy w towarzystwie (5,0% vs 1,6%). Sugeruje to duży wpływ grupy rówieśniczej.
2. Spożywanie napojów energetyzujących
  - Znacznie więcej chłopców niż dziewcząt deklaruje spożywanie dużych ilości napojów energetyzujących (1 litr lub więcej dziennie) – 7,9% chłopców vs 3,5%

dziewcząt. Może to świadczyć o większej tolerancji ryzyka zdrowotnego lub większej potrzebie stymulacji.

### Podsumowanie

Chłopcy częściej wykazują impulsywne, ryzykowne i towarzysko motywowane zachowania związane z używkami. Wskazuje to na potrzebę profilaktyki ukierunkowanej na grupy rówieśnicze, wzmacnianie umiejętności społecznych i kontrolę impulsów, szczególnie u młodych chłopców.

### **Samoocena stanu zdrowia chłopców i ocena relacji z rodzicami**

#### 1. Samoocena stanu zdrowia

- Chłopcy częściej niż dziewczęta oceniają swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” (31,9% vs 22,7%). Wskazuje to na pozytywniejszą samoocenę zdrowia u chłopców, co może wynikać z mniejszej skłonności do zgłaszania problemów zdrowotnych lub bardziej optymistycznego podejścia.

#### 2. Samotność

- Chłopcy częściej twierdzą, że nie odczuwają samotności w ogóle (18,7% vs 6,9%) lub odczuwają ją rzadko (28,6% vs 18,6%). Może to wskazywać na silniejsze poczucie integracji społecznej i lepsze radzenie sobie z emocjami, choć może też oznaczać, że samotność nie jest tak wyraźnie dostrzegana przez chłopców jak przez dziewczęta.

#### 3. Relacje z rodzicami

- Chłopcy częściej niż dziewczęta twierdzą, że nie mogą liczyć na pomoc rodziców w rozwiązywaniu problemów (20,4% vs 14,9%), co może sugerować większą samodzielność lub mniej otwartą postawę rodziców wobec problemów ich dzieci.
- Chłopcy oceniają swoje relacje z matką lub opiekunką jako bardzo dobre (56,0% vs 48,7%) lub dobre (28,6% vs 27,8%). Wskazuje to na dobrą jakość więzi emocjonalnych z matką.

### Podsumowanie

Chłopcy generalnie oceniają swoje zdrowie i relacje z rodzicami bardziej pozytywnie, ale jednocześnie deklarują większą samodzielność w radzeniu sobie z problemami, co może być związane z różnicami w wychowaniu czy tradycyjnych rolach społecznych.

## **Palenie papierosów przez młodzież mieszkającą na wsi**

### **1. Społeczne aspekty palenia**

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta pali papierosy w towarzystwie koleżanek i kolegów (77,0% vs 75,0%), a także na dyskotecie lub w pubie (34,1% vs 32,9%). Może to sugerować, że w środowisku wiejskim palenie jest bardziej związane ze spotkaniami towarzyskimi i rozrywką.

### **2. Zakupy papierosów**

- Młodzież ze wsi częściej daje pieniądze innym osobom, by te kupowały papierosy (31,2% vs 25,1%), co może wskazywać na większe trudności w dostępie do papierosów lub chęć uniknięcia odpowiedzialności za samodzielne ich nabycie.

### **3. Wpływ rodziny**

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta ma obydwoje rodziców palących papierosy (10,7% vs 7,7%). Wskazuje to na większą normalizację palenia w rodzinach wiejskich, co może wpływać na postawy młodzieży wobec palenia.

### **4. Towarzystwo palaczy**

- Młodzież ze wsi częściej przebywa codziennie w towarzystwie osób palących (38,1% vs 34,3%), co podkreśla, że palenie papierosów w środowisku wiejskim jest bardziej powszechne i akceptowane.

### **5. Odstępstwa od palenia**

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta nie odczuwa potrzeby zapalenia papierosa rano (75,2% vs 62,7%) oraz deklaruje wypalanie średnio mniej niż 1 papierosa dziennie (46,7% vs 37,7%). Może to sugerować, że wśród młodych ludzi na wsi palenie ma mniejszy charakter uzależniający lub jest mniej intensywne.

### **6. Próby rzucenia palenia**

- Paląca młodzież ze wsi częściej niż z miasta próbuje rzucić palenie (52,6% vs 42,6%), co wskazuje na większą świadomość negatywnych skutków zdrowotnych oraz próbę poprawy zdrowia.

### **7. Wiedza rodziców o paleniu**

- Rodzice młodzieży ze wsi częściej nie wiedzą o paleniu ich dzieci (59,1% vs 50,0%). Może to sugerować, że w środowisku wiejskim komunikacja między dziećmi a rodzicami na temat palenia papierosów jest słabsza lub palenie jest traktowane jako mniej poważny problem.

## Podsumowanie

Młodzież ze wsi częściej angażuje się w palenie papierosów w sytuacjach towarzyskich, a także w środowisku rodzinnym, gdzie palenie jest powszechnie akceptowane. Mimo to, młodzież wiejska wydaje się mieć mniejsze problemy z uzależnieniem od nikotyny i częściej podejmuje próby rzucenia palenia. Jednocześnie, ich rodzice rzadziej są świadomi tego nawyku, co może wskazywać na konieczność lepszej komunikacji i edukacji zdrowotnej wśród rodzin mieszkających na wsi.

## **Picie alkoholu przez młodzież mieszkającą na wsi**

### 1. Miejsce pierwszego kontaktu z alkoholem

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta sięga po alkohol po raz pierwszy w domu rodzinnym (36,9% vs 32,6%). Sugeruje to, że w środowisku wiejskim alkohol może być bardziej dostępny w domu, co może mieć wpływ na wczesną inicjację alkoholową.

### 2. Spożywanie alkoholu w domu rodzinnym

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta spożywa alkohol w domu rodzinnym (28,6% vs 25,4%). Może to wskazywać na większą akceptację dla picia alkoholu w rodzinach wiejskich, co może kształtować mniej restrykcyjne podejście do tego nawyku.

### 3. Wczesna inicjacja alkoholowa

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta sięga po alkohol w bardzo młodym wieku, tj. poniżej 7 r.ż. (6,6% vs 4,8%) oraz w wieku 8-9 lat (4,6% vs 3,0%). Może to sugerować, że wśród młodzieży wiejskiej alkohol jest częściej częścią życia rodzinnego, co przyczynia się do wcześniejszego kontaktu z używkami.

### 4. Preferencje alkoholowe

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta pije wódkę (72,8% vs 71,7%) oraz inny rodzaj alkoholu (10,5% vs 8,6%). Choć różnice te są niewielkie, mogą świadczyć o tym, że młodzież wiejska preferuje mocniejsze alkohole, co może być związane z tradycjami lub dostępnością tego typu napojów w ich otoczeniu.

### 5. Ilość wypijanego alkoholu

- Młodzież ze wsi częściej przyznaje się do picia większych ilości alkoholu jednorazowo – 23,1% vs 17,8%, co oznacza, że większa część młodych ludzi ze wsi spożywa alkohol w większych ilościach, np. 5 kufla piwa, 5 lampek wina, 5 kieliszków wódki lub 5 drinków.

### Podsumowanie

Młodzież mieszkająca na wsi częściej ma kontakt z alkoholem już w młodszym wieku, a spożywanie go w domu rodzinnym jest bardziej powszechne. Alkohol wśród młodzieży wiejskiej jest również częściej spożywany w większych ilościach, a preferencje kierują się ku mocniejszym alkoholom. Może to sugerować, że młodzież na wsi jest bardziej narażona na negatywne skutki związane z alkoholem, a wczesna inicjacja może prowadzić do rozwoju nawyków, które są trudniejsze do zmiany. Działania profilaktyczne w tym zakresie powinny koncentrować się na edukacji młodzieży o konsekwencjach spożywania alkoholu oraz kształtowaniu bardziej restrykcyjnych postaw wobec picia w rodzinach.

### **Przyjmowanie substancji psychoaktywnych innych niż papierosy i alkohol przez młodzież mieszkającą na wsi**

#### 1. Częstotliwość picia napojów energetyzujących

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta pije napoje energetyzujące – w skali miesiąca: 27,0% vs 23,2% deklaruje picie ich 3-9 razy w miesiącu, a 20,7% vs 16,4% 10 i więcej razy w miesiącu.

#### 2. Ilość wypijanych napojów energetyzujących

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta wypija duże ilości napojów energetyzujących (1 litr i więcej dziennie) – 6,5% vs 4,3%. Może to wskazywać na większą tendencję do nadmiernego spożywania napojów energetycznych, co może prowadzić do problemów zdrowotnych związanych z nadmiernym spożyciem kofeiny i węglowodanów.

### Podsumowanie

Młodzież wiejska wydaje się częściej sięgać po napoje energetyzujące, zarówno w kontekście regularności ich picia, jak i spożywanej ilości. Może to sugerować, że spożywanie napojów energetyzujących jest bardziej powszechne i akceptowane w środowisku wiejskim.

### **Samoocena stanu zdrowia młodzieży mieszkającej na wsi i ocena relacji z rodzicami**

#### 1. Samoocena stanu zdrowia

- Młodzież ze wsi częściej niż z miasta ocenia swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” (27,6% vs 25,7%) lub „dobry” (47,6% vs 44,3%). Sugeruje to, że młodzież wiejska ma bardziej pozytywną samoocenę swojego zdrowia, co może wynikać z lepszych warunków życia na wsi lub mniejszej skłonności do zgłaszania problemów zdrowotnych.

- Jednocześnie, młodzież ze wsi częściej niż z miasta określa swoje zdrowie jako „złe” (5,2% vs 3,8%). To może wskazywać na większą skłonność do odczuwania problemów zdrowotnych lub wyższy poziom negatywnych doświadczeń zdrowotnych wśród młodzieży wiejskiej.

### Podsumowanie

Młodzież ze wsi ma często pozytywną samoocenę zdrowia, ale również częściej odczuwa problemy zdrowotne. Może to wskazywać na potrzebę większej uwagi w zakresie profilaktyki zdrowotnej, szczególnie w kontekście warunków życia na wsi, dostępności do opieki zdrowotnej oraz edukacji zdrowotnej.

### **Palenie papierosów przez młodzież mieszkającą w mieście**

#### 1. Częstość i intensywność palenia:

- Młodzież miejska częściej pali papierosy codziennie niż młodzież wiejska (31,6% vs 19,3%), co może świadczyć o większym stopniu uzależnienia.
- Młodzież z miasta częściej niż ze wsi odczuwa potrzebę porannego zapalenia papierosa, zarówno zawsze (9,3% vs 5,7%), jak i często (28,0% vs 19,0%).

#### 2. Miejsce i sposób palenia:

- Młodzież miejska częściej pali:
  - samotnie (19,0% vs 16,3%),
  - w przestrzeni publicznej: w parku/na ulicy (70,9% vs 63,2%),
  - w domu (23,9% vs 15,7%),
  - w szkole/na uczelni (45,1% vs 41,1%),
  - w akademiku/internacie (13,1% vs 10,3%).

#### 3. Dostępność papierosów:

- Młodzież z miasta częściej kupuje papierosy w sklepie (61,6% vs 46,8%) i częściej nie napotyka problemów z ich zakupem (30,7% vs 20,0%).
- Jednocześnie częściej spotyka się z odmową sprzedaży z powodu wieku (10,9% vs 6,8%), co sugeruje większą kontrolę wiekową w miastach, ale też większą skłonność młodzieży miejskiej do prób zakupu papierosów.

### Podsumowanie

Młodzież mieszkająca w mieście pali częściej, intensywniej i w bardziej zróżnicowanych miejscach niż młodzież wiejska. Wskazuje to na silniejsze uzależnienie od nikotyny, większy dostęp do papierosów, a także większą akceptację społeczną dla palenia w miejskim otoczeniu. Działania profilaktyczne w miastach powinny koncentrować się na wczesnej

interwencji, ograniczeniu dostępności papierosów i wzmacnianiu kontroli sprzedaży, a także na edukacji dotyczącej skutków uzależnienia.

### **Picie alkoholu przez młodzież mieszkającą w mieście**

#### **1. Częstość i miejsce spożywania alkoholu**

- Młodzież miejska częściej niż wiejska spożywa alkohol codziennie (2,2% vs 1,2%), co może wskazywać na wyższy poziom ryzyka nadużywania alkoholu i większą dostępność alkoholu w środowisku miejskim.
- Częściej też pije alkohol we własnym domu lub mieszkaniu (7,1% vs 4,2%).

#### **2. Rodzaj spożywanego alkoholu**

- Młodzież z miasta częściej wybiera piwo (79,3%) i wino (55,8%) niż młodzież ze wsi (odpowiednio 76,7% i 52,6%), co może świadczyć o większej dostępności różnych typów alkoholu w środowisku miejskim.

#### **3. Wiek pierwszego kontaktu z alkoholem**

- W miastach więcej młodych osób próbuje alkoholu po raz pierwszy w wieku 16–17 lat (24,5% vs 17,7%), co może wskazywać na późniejszą inicjację alkoholową niż na wsi, ale też bardziej związaną z okresem dojrzewania i presją rówieśniczą.

#### **4. Postawy i wiedza rodziców**

- Młodzież z miasta częściej deklaruje, że rodzice wiedzą o ich spożywaniu alkoholu (74,0% vs 71,2%), co może świadczyć o większej otwartości w relacjach rodzinnych, ale też potencjalnym przyzwoleniu na takie zachowania.

### **Podsumowanie**

Młodzież miejska częściej spożywa alkohol w sposób regularny i w prywatnych przestrzeniach (dom/mieszkanie), co może prowadzić do nawyku picia w samotności lub bez nadzoru dorosłych. Choć inicjacja alkoholowa często następuje później niż na wsi, styl picia jest bardziej związany z codziennością i łatwiejszym dostępem do różnych rodzajów alkoholu. Działania profilaktyczne powinny więc koncentrować się na ograniczaniu codziennego picia, wzmacnianiu asertywności w sytuacjach towarzyskich oraz budowaniu świadomego podejścia do alkoholu w rodzinie.

### **Samoocena stanu zdrowia młodzieży mieszkającej w mieście i oceny relacji z rodzicami**

#### **1. Problemy zdrowotne**

- Młodzież z miasta częściej niż ze wsi przyznaje, że ma problemy ze zdrowiem (23,0% vs 20,3%). Może to wynikać z większej świadomości zdrowotnej, ale również z większej ekspozycji na stres, hałas, czy różne zanieczyszczenia chemiczne oraz bardziej intensywny styl życia w mieście.

## 2. Ocena ogólna stanu zdrowia

- Młodzież miejska częściej określa swój stan zdrowia jako „średni” (23,5% vs 16,9%), co potwierdza ogólną tendencję do niższej samooceny zdrowia w środowisku miejskim.

### Podsumowanie

Młodzież z miasta częściej doświadcza lub dostrzega problemy zdrowotne, a ich samoocena zdrowia jest niższa niż wśród rówieśników ze wsi. Może to być sygnał do wzmocnienia miejskich programów profilaktyki zdrowotnej, wsparcia psychicznego oraz edukacji dotyczącej zdrowego stylu życia.

## **ZALEŻNOŚCI – PODSUMOWANIE** (wyniki istotne statystycznie)

### **Zależności w grupach tematycznych**

#### **Zależności między przyjmowaniem poszczególnych używek**

Nastolatkomie palący papierosy znacznie częściej piją alkohol ( $\chi^2 = 152.25$ ;  $p < 0,001$ ). Po napoje energetyzujące znacznie częściej sięgają nastolatkomie pijący alkohol ( $\chi^2 = 127.66$ ;  $p < 0,001$ ), a także palący papierosy ( $\chi^2 = 57.22$ ;  $p < 0,001$ ).

Używanie jednej substancji (np. papierosów) istotnie zwiększa prawdopodobieństwo używania innych (alkoholu, napojów energetycznych), co może wskazywać na zjawisko tzw. wzajemnego wzmacniania używek.

#### **Zależności między przyjmowaniem używek a problemy ze zdrowiem**

Problemy ze zdrowiem częściej zgłaszają nastolatkomie, którzy palą papierosy ( $\chi^2 = 18.76$ ;  $p < 0,001$ ), którzy kiedykolwiek pili alkohol ( $\chi^2 = 8.00$ ;  $p = 0,005$ ) oraz ci, którzy spożywają napoje energetyzujące ( $\chi^2 = 5.27$ ;  $p = 0,022$ ).

Używanie substancji psychoaktywnych negatywnie koreluje z dobrostanem fizycznym, a ryzykowne zachowania zdrowotne mają mierzalne konsekwencje.

### **Zależności między stanem zdrowia a samotnością, stresem i myślami samobójczymi**

Nastolatkwie oceniający swój stan zdrowia jako gorszy, częściej odczuwają samotność ( $\chi^2 = 281.12$ ;  $p < 0,001$ ). Im częściej nastolatkwie czują się zestresowani do tego stopnia, że nie mogą spać, tym gorzej oceniają swój stan zdrowia ( $\chi^2 = 211.70$ ;  $p < 0,001$ ). Gorsza subiektywna ocena stanu zdrowia nastolatków wiąże się również z większą częstością występowania myśli samobójczych ( $\chi^2 = 309.98$ ;  $p < 0,001$ ).

Obniżona samoocena zdrowia psychofizycznego może być symptomem głębszych problemów emocjonalnych, co wymaga interwencji profilaktycznych i wsparcia psychicznego.

### **Zależności między zadowoleniem z życia a paleniem papierosów i piciem alkoholu**

Nastolatkwie częściej są bardziej zadowoleni z życia jeśli nie palą papierosów ( $\chi^2 = 24.21$ ;  $p < 0,001$ ) oraz nigdy nie pili alkoholu ( $\chi^2 = 9.99$ ;  $p = 0,002$ ).

Styl życia wolny od używek wiąże się z lepszym dobrostanem psychicznym i większym poczuciem satysfakcji życiowej.

### **Zależności między wsparciem rodziców a paleniem papierosów i piciem alkoholu**

Nastolatkwie, którzy rzadziej otrzymują wsparcie od rodziców/opiekunów w trudnych sytuacjach, są bardziej skłonni do palenia papierosów ( $\chi^2 = 27.32$ ;  $p < 0,001$ ) i/lub do picia alkoholu ( $\chi^2 = 40.51$ ;  $p < 0,001$ ).

Wsparcie emocjonalne i zaangażowanie rodziców/opiekunów pełni funkcję ochronną przed sięganiem po używki. Brak relacji z dorosłymi to czynnik ryzyka dla zachowań destrukcyjnych.

### **Podsumowanie**

Analiza statystyczna wykazuje spójne i silne zależności między używaniem substancji psychoaktywnych a pogorszeniem zdrowia, samopoczucia psychicznego, zadowolenia z życia oraz brakiem wsparcia ze strony rodziny. Wyniki podkreślają konieczność holistycznego podejścia do profilaktyki: nie tylko ograniczania dostępności używek, ale także wzmacniania więzi rodzinnych, zdrowych relacji społecznych oraz edukacji zdrowotnej i emocjonalnej.

## IV. DYSKUSJA

---

### **Palenie papierosów i picie alkoholu przez młodzież z Wielkopolski w odniesieniu do innych badań**

Szacuje się, że prawie 30%, czyli blisko 2 miliardy światowej populacji, to młodzież i młodzi dorośli w wieku od 10 do 24 lat [10]. W okresie tym, jak pokazują różne badania, znaczna część młodych ludzi zaczyna palić papierosy i pić alkohol, co niesie za sobą różne zdrowotne i społeczne krótko-, i długotrwałe konsekwencje.

Dane dotyczące wieku inicjacji alkoholowej w Polsce wskazują na wczesny kontakt młodzieży z alkoholem – średni wiek inicjacji alkoholowej w naszym kraju szacowany jest na około 12,5 roku [344], przy czym należy zauważyć, że tendencja wczesnej inicjacji alkoholowej (tj. w wieku około 11-13 lat) była obserwowana już w badaniach z początku lat 90. XX wieku [78]. Niektóre badania wskazują na jeszcze wcześniejszy kontakt nastolatków z alkoholem – w jednym z nich aż 60% uczniów w wieku 10-11 lat przyznało, że piło/próbowało już alkohol w swoim życiu [27].

Jak wynika z badań własnych alkohol młodzież zaczyna pić głównie w przedziale wiekowym 12-17 lat (12-13 lat – 22,0%; 14-15 lat – 40,1%; 16-17 lat – 21,3%), choć niewielki odsetek młodzieży próbowało pić alkohol w jeszcze młodszym wieku, bo mając zaledwie 10-11 lat (4,7%) lub (sporadyczne przypadki) jeszcze wcześniej (8-9 lat – 3,7%; poniżej 7 lat – 5,7%). Zatem wiek inicjacji młodzieży w temacie picia alkoholu jest bardzo wczesny, co zwiększa ryzyko u pijącej alkohol młodzieży powstania w przyszłości związanych z alkoholem różnych problemów zdrowotnych i innych.

Wyniki badań własnych są generalnie spójne z nowymi badaniami HBSC (Health Beaviours in School-aged Children) przeprowadzonymi w latach 2021-2022 w 44 krajach Europy, Azji Środkowej i Kanadzie. Badanie HBSC jest międzynarodowym projektem badawczym realizowanym co cztery lata we współpracy z Europejskim Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Jego celem jest monitorowanie zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w wieku 11, 13 i 15 lat w krajach Europy i Ameryki Północnej. Jak wskazują wyniki tych badań średnio 15% uczniów w wieku 11 lat, 33% uczniów w wieku 13 lat oraz 57% piętnastolatków ma już za sobą próby picia alkoholu. W przypadku Polski, jak wynika z tego Raportu, odsetek dzieci, które piły już alkohol w tych grupach wiekowych jest nieco mniejszy, tj. inicjację alkoholową

zadeklarowało 9% dziewcząt i 13% chłopców w wieku 11 lat, a w wieku 13 lat odsetki te wynosiły odpowiednio 26% i 21%, natomiast w przypadku 15-sto latków inicjację alkoholową potwierdziło już 54% dziewcząt i 58% chłopców [111].

Jak wynika z kolei z badania ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – Europejski Program Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholów i Narkotyków), realizowanego cyklicznie co cztery lata w Polsce, Czechach, Danii, Francji, Szwecji, Włoszech i na Ukrainie, które obejmuje młodzież w wieku 15-16 lat oraz 17-18 lat spożywanie alkoholu jest najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną. Przykładowo, jak wynika z badania z roku 2019 próbowało go aż 80,0% uczniów z młodszej grupy (15-16 lat) i 92,8% ze starszej grupy (17-18 lat), zaś – jak wynika z tego badania – w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem piło odpowiednio 46,7% i 76,1% uczniów. Ponadto, jak wynika z badania ESPAD z 2019 roku najpopularniejszym napojem alkoholowym było piwo [297], co pokrywa się także z wynikami badań własnych, bowiem wykazano, że młodzież pije co prawda różne alkohole, przy czym najczęściej pije piwo (78,1%) i wódkę (72,2%), rzadziej zaś wino (54,3%) lub jeszcze innego rodzaju alkohole (9,5%), np. drinki. Jak wskazują niektórzy autorzy tych badań różnorodność spożywanych przez młodzież alkoholi, wskazuje na łatwą dostępność alkoholu dla nastolatków oraz na brak pełnej świadomości na temat szkodliwości różnego rodzaju alkoholu, w tym piwa, wina i drinków [297].

Należy jednak zauważyć, że systematycznie na przestrzeni wielu lat (1995-2019) powoli obniża się odsetek młodzieży pijącej alkohol, co zostało już dostrzeżone w badaniu ESPAD z 2019 roku. Dane ESPAD wskazują na wyraźny, długoterminowy spadek rozpowszechnienia picia alkoholu (zwłaszcza picia w ostatnim miesiącu) wśród 15-16-latków od połowy lat 90. Mimo to, odsetek młodzieży, która kiedykolwiek próbowała alkoholu w tym wieku, pozostaje bardzo wysoki (nadal ponad 70%). Może to sugerować, że choć eksperymentowanie z alkoholem jest nadal powszechne, to jednak mniej nastolatków przechodzi do regularnego używania lub odsetek ten spada z bardzo wysokiego poziomu wyjściowego [297].

Dane z najnowszego badania ESPAD z 2024 roku także wskazują spadek rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Dotyczy to zarówno napojów alkoholowych, ale także wyrobów tytoniowych i marihuany, a jedynie w zakresie nowych substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy, obserwuje się niestety stabilizację spożycia. Z badania ESPAD z 2024 roku wynika, że 72,9 proc. uczniów w wieku

15-16 lat sięgnęło kiedykolwiek po alkohol i wynik ten ma stałą, stopniową tendencję spadkową od 1995 roku [296].

Analizując przytoczone wyżej badania (tj. Raport Instytutu Człowieka Świadomego 2024, HBSC 2021/2022, ESPAD 2019 vs 2024) można stwierdzić, że wiek 13 lat jest istotnym progiem, po którym znacząco wzrasta odsetek młodzieży mającej kontakt z alkoholem i jest on często określany w badaniach, jako granica dla tzw. wczesnej inicjacji alkoholowej. Po drugie, wiek inicjacji alkoholowej wśród młodzieży w wielu krajach, w tym także w Polsce, jak pokazuje wiele badań, jest bardzo niski, tj. dane HBSC potwierdzają, że co około dziesiąty jedenastolatek w Polsce (9% dziewcząt i 13% chłopców w wieku 11 lat) ma już za sobą pierwsze próby picia alkoholu [111], co podkreśla konieczność wdrażania działań profilaktycznych na bardzo wczesnym etapie edukacji. Skupienie profilaktyki wyłącznie na starszych nastolatkach oznacza utratę krytycznego okna czasowego dla interwencji profilaktycznych, tak istotnych dla części młodzieży.

Podsumowując należy przyznać, że mimo pozytywnych długoterminowych trendów spadkowych w zakresie spożycia alkoholu i jego dostępności, zwłaszcza piwa, skala problemu pozostaje duża. W celu wzmocnienia działań ukierunkowanych na opóźnienie wieku inicjacji alkoholowej wśród młodzieży należy zniechęcać zarówno młodzież, ale także ich rodziców do nagannego zachęcania młodzieży do picia alkoholu poprzez tzw. „częstowanie” alkoholem w domu. Konieczne jest zatem prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do rodziców, podkreślających szkodliwość każdej formy podawania alkoholu nieletnim, nawet w niewielkich ilościach. Jak wynika bowiem z badań własnych młodzież przyznaje, że po raz pierwszy piło/próbowało alkohol właśnie w domu rodzinnym (34,6%) oraz że najczęściej pije alkohol także w domu rodzinnym (26,9%). Ponadto, średnio aż co 5. nastolatek (21,2%) przyznał, że co najmniej jedna z bliskich mu osób w rodzinie pije alkohol częściej niż jeden raz na tydzień, co oznacza, że dom rodzinny odgrywa istotną rolę w inicjacji alkoholowej młodzieży oraz jest także miejscem, w którym najczęściej spożywają oni alkohol. Co także jest ważne – jak wynika z badań własnych – młodzież, która spożywa alkohol twierdzi, że część rodziców (w różnym stopniu – od 12,1% do 29,0%) pozwala jej na picie alkoholu w domu, co pokazuje zróżnicowane podejście rodziców do konsumpcji alkoholu przez ich dzieci i co może mieć różne odległe konsekwencje – nastolatki, które mają większą swobodę w picu alkoholu w domu, mogą być bardziej skłonne do eksperymentowania z alkoholem poza domem i częściej sięgać po alkohol w przyszłości. Z metaanalizy 131 badań dotyczących zagadnienia problemu spożywania alkoholu przez młodzież wynika, że trzy główne czynniki ryzyka mają związek z wczesną

inicjacją alkoholową oraz częstością i ilością alkoholu spożywanego przez młodych ludzi, tj. umożliwianie picia alkoholu przez rodziców, przychylne nastawienie rodziców do spożywania alkoholu i spożywanie alkoholu przez rodziców [356]. Jak podkreśla się w różnych badaniach, pierwszy etap inicjacji alkoholowej to moment, w którym próbuje się smaku alkoholu i wypija niewielką ilość, często właśnie w towarzystwie rodziców, za ich pełną wiedzą i przyzwoleniem. Z taką sytuacją, jak wynika z Raportu Instytutu Człowieka Świadomego zetknęło się niestety aż 85% badanych nastolatków [111].

Oprócz picia alkoholu także palenie papierosów przez młodzież jest badane i systematycznie analizowane głównie pod kątem wieku inicjacji palenia tytoniu. Jak wynika z badań własnych nastolatkowie, którzy przyznali, że kiedykolwiek palili papierosy, określili że wypalili swojego pierwszego papierosa w przedziale wiekowym 12-17 lat (w sumie 64,3%) – 12-13 lat - 21,7%, 14-15 lat – 28,2%, 16-17 lat – 14,4%, choć niewielki odsetek młodzieży próbował palić w jeszcze młodszym wieku, tj. 10-11 lat - 10,9% lub (rzadziej) jeszcze wcześniej, tj. 8-9 lat – 3,1%. Wiek inicjacji palenia papierosów przez młodzież w Polsce według badania ESPAD za lata 1995-2015 wynosił najczęściej 12-14 lat – 1995 r. - 28,1% badanej młodzieży, 1999 r. - 32,8%, 2003 r. - 29,9%, 2007 r. - 25,2%, 2011 r. - 25,2%, 2015 r. - 29,9%. Badanie ESPAD z 2019 roku dostarczyło z kolei informacji, że połowa uczniów (49,9%) w Polsce w wieku 15-16 lat i dwie trzecie uczniów (65,5%) w wieku 17-18 lat miało za sobą jakiekolwiek doświadczenia z paleniem. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem paliło odpowiednio 23,0% i 35,5% uczniów z tych grup wiekowych [51,297]. Jednakże, jak wynika z dalszych badań ESPAD i porównując wyniki tych badań w perspektywie minionych lat odsetek uczniów w wieku 17-18 lat, którzy sięgnęli kiedykolwiek po wyroby tytoniowe, spadł w ciągu ostatnich 20 lat z 77% do 56%. W grupie 15-16-latków odsetek ten spadł z 66,7% do 38,9%. W pytaniu o palenie tytoniu w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem wskazania są na poziomie odpowiednio 29,8% oraz 20,9% [296].

Należy również przytoczyć wyniki metaanalizy opartej na badaniu nastolatków w przedziale wiekowym 13-15 lat ( $n = 99\,728$ ; badania z 144 krajów przeprowadzone w latach 1999-2020), z której wynika, że znaczna część nastolatków (~80%) w wieku 13-15 lat rozpoczęła palenie papierosów przed 13 rokiem życia; określono odsetek rozpoczynających palenie papierosów nastolatków w wieku:  $\leq 9$  lat (22,8%), 10-11 lat (18,8%), 12-13 lat (36,8%), 14-15 lat (21,6%). Należy zwrócić uwagę, że badanie opierało się na wynikach badań z bardzo wielu krajów, w których jest różna kultura dotycząca palenia

papierosów – od pełnej aprobaty/przyzwolenia do palenia w miejscach publicznych i w domu, do zakazu palenia w miejscach publicznych [354].

W dyskusji o paleniu papierosów przez młodzież należy też zasygnalizować, że (jak wynika z badań własnych) możliwość zakupu papierosów w sklepach dla części młodzieży z jej perspektywy jest łatwa – ponad połowa młodzieży kupuje papierosy w sklepie (54,7%), w tym średnio co 4. nastolatek (25,5%) kupuje je bez żadnych problemów. Dane te korespondują z wynikami badania ESPAD z 2019 roku, gdzie aż 71,2% uczniów polskich szkół w wieku 15-16 lat przyznało, że zakup papierosów jest dla nich „dość łatwy” lub wręcz „bardzo łatwy”, co jest zastanawiające, ponieważ dzieje się tak, pomimo obowiązującego w Polsce zakazu sprzedaży papierosów osobom nieletnim [250].

Wyniki badania ESPAD 2024 wykazują – jak już wspomniano wcześniej – spadek zainteresowania paleniem papierosów przez młodzież. Na spadek palenia tradycyjnych papierosów wśród młodzieży w Polsce w ostatnich latach wpłynęło wiele czynników i z pewnością ich rola i znaczenie może być różnie oceniane zarówno przez badaczy tego zjawiska, polityków, jak i samych nastolatków, jednak odegrały one swoją rolę. W pierwszej kolejności należy wymienić zwiększoną świadomość zdrowotną społeczeństwa o szkodliwości palenia papierosów w ogóle, w tym różnego typu kampanie edukacyjne prowadzone m.in. w szkołach (w tym lekcje wychowanie do życia w rodzinie i inne przedmioty) i w mediach informujące o szkodliwości palenia tytoniu i jego długoterminowych konsekwencjach zdrowotnych (np. choroby układu oddechowego, nowotwory, choroby serca, inne). Ponadto, do zmniejszenia palenia tradycyjnych papierosów przyczyniły się stopniowo wprowadzane różnego rodzaju restrykcyjne przepisy prawne i polityka antynikotynowa, w tym zakaz palenia w miejscach publicznych, tj. restauracje, bary, przystanki, szkoły, szpitale (w Polsce taki zakaz wszedł w życie 15 listopada 2010 roku i wynika z Ustawy z 8 kwietnia 2010 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia) oraz podniesienie akcyzy na wyroby tytoniowe [73,124,362,365]. Jak wynika z Raportu Instytutu Finansów Publicznych stopniowy systematyczny wzrost akcyzy zmniejszyła popyt na papierosy. Jak wynika z tego Raportu w konsumpcji papierosów obserwowana jest bardzo wyraźna tendencja spadkowa – wielkość ich sprzedaży zmniejszyła się z ponad 96 mld szt. w 1996 roku do niespełna 50 mld szt. w 2023 roku (spadek o 49%), a odsetek Polaków palących papierosy zmniejszył się z 36,3% w 2000 roku do 22% w 2022 roku. Zwraca się jednak uwagę, że papierosy tradycyjne są stopniowo zastępowane przez papierosy elektroniczne, wyroby nowatorskie, tytoń do samodzielnego skręcania papierosów i wyroby bezdymne. Ponadto, jak wynika z tego Raportu – analiza

ekonomiczna wykazała, że w krótkim okresie wzrost kwotowej stawki akcyzy o 10% doprowadził do wzrostu wydatków konsumentów na zakup papierosów o ok. 1%, przy jednoczesnym spadku liczby sprzedawanych papierosów o ok. 9%. Podwyżka akcyzy w największym stopniu zagroziła segmentowi papierosów *medium* i w długim okresie może prowadzić do zwiększenia popytu w segmencie *low* oraz spadku konsumpcji papierosów ogółem. Najmniej wrażliwy na zmiany cen jest segment *premium*, gdzie popyt na papierosy nie jest znacząco zależny od ich ceny [156]. Do zmniejszenia palenia papierosów przyczyniły się także ograniczenia w reklamie i promocji wyrobów tytoniowych, tj. zakaz reklamowania wyrobów tytoniowych w większości mediów i miejsc publicznych. W 1989 roku na mocy Dyrektywy „Telewizja bez granic” (89/552/EWG) zakazano reklamy wyrobów tytoniowych i sponsorowania przez firmy tytoniowe telewizji. Dyrektywa ta została zastąpiona dyrektywą o audiowizualnych usługach medialnych (2010/13/UE), na mocy której zakazano wszelkich rodzajów handlowych przekazów audiowizualnych na temat wyrobów tytoniowych, w tym lokowania produktu. Ponadto, w Polsce w 1995 roku na mocy Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu u wyrobów tytoniowych ograniczono reklamę i promocję wyrobów tytoniowych [315]. Wszystkie te prawne regulacje, w tym zakaz sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom niepełnoletnim oraz obowiązkowe ostrzeżenia zdrowotne (w Polsce ostrzeżenia tekstowe na opakowaniach papierosów od 1986 roku, zaś od 2013 roku ostrzeżenia obrazkowe; które jak dowodzą badania są w większym stopniu zauważalne niż wcześniejsze oparte wyłącznie na informacji tekstowej [130]) o szkodliwości palenia papierosów na opakowaniach spowodowały, że palenie papierosów jest rzadsze. Ponadto, podkreśla się, że wzrost cen papierosów, na przykład spowodowany wyższymi podatkami akcyzowymi na papierosy, znacząco wpływa na zmniejszenie inicjacji palenia papierosów wśród młodzieży w Polsce. Usunięcie elementów promocyjnych i reklamowych z paczek papierosów oraz uczynienie ostrzeżeń zdrowotnych bardziej widocznymi dzięki przepisom dotyczącym ujednoliconych opakowań wpływa na zmniejszenie liczby osób rozpoczynających palenie [310].

Do jeszcze innych przyczyn mających znaczenie w zmniejszeniu liczby palących papierosy na przestrzeni kilku dekad mają także zmiany w normach społecznych i kulturowych, tj. palenie papierosów stopniowo staje się mniej akceptowane społecznie. Palenie papierosów jest coraz mniej postrzegane jako modne (przynajmniej w pewnych kręgach młodzieży i dorosłych), a bardziej jako szkodliwy nałóg. W różnych badaniach sygnalizuje się spadek odsetka osób palących, niekiedy nawet ze wzrostem zainteresowania uprawianiem sportu [140,301]. Obserwuje się systematyczny wzrost zainteresowania

u młodzieży zdrowym stylem życia, tj. dieta, ruch, unikanie używek. Część nastolatków i młodych dorosłych zwraca uwagę na produkty, które spożywa, co obejmuje także wykluczenie palenia papierosów [229,331]. Zmniejszenie liczby osób palących tradycyjne papierosy jest także podyktowane zwiększonym zainteresowaniem paleniem e-papierosów i innymi systemami dostarczania nikotyny. Jak dowodzą różne badania młodzież może postrzegać e-papierosy jako mniej szkodliwe i/lub bardziej modne, co niestety powoduje stały wzrost liczby użytkowników e-papierosów, także w populacji młodzieży i młodych dorosłych [21,208]. Przykładowo, jak wynika z badania ESPAD 2024 wśród młodzieży obserwuje się stopniowy wzrost używania e-papierosów, co sugeruje, że młodzież postrzega je właśnie jako mniej szkodliwe niż papierosy tradycyjne i co również oznacza, że zmieniają się trendy, tj. spadek popularności tradycyjnych papierosów idzie w parze ze wzrostem użycia e-papierosów – do przynajmniej jednorazowego ich użycia przyznało się bowiem aż 59% 15-16-latków i ponad 73% 17-18-latków [296]. W analizach podkreśla się także, że e-papierosy stały się główną alternatywą i pierwszym produktem dla bardzo dużej i prawdopodobnie rosnącej grupy młodych ludzi. Odsetek inicjujących od e-papierosa szacowany jest obecnie w różnych badaniach na około 30-40% [269].

Dlatego też obserwowane trendy odchodzenia od tradycyjnego palenia na rzecz palenia e-papierosów stanowią poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego i wymagają pilnego wdrożenia kompleksowych działań profilaktycznych i regulacyjnych. Działania te powinny być skierowane przede wszystkim do najmłodszych grup wiekowych i skoncentrowane na ograniczaniu dostępności i atrakcyjności nowych produktów nikotynowych.

### **Relacje nastolatków z rodzicami w odniesieniu do innych badań**

Rodzina odgrywa kluczową rolę w rozwoju dzieci i nastolatków poprzez kształtowanie postaw, wartości i zachowań. Podkreśla się, że podejmowanie przez młodzież decyzji dotyczących używania substancji psychoaktywnych jest w dużej mierze oparte na jakości relacji między rodzicami a nastolatkami. Środowisko rodzinne może wywierać zarówno pozytywny wpływ (chroniący) przed używaniem substancji psychoaktywnych, ale także niestety (poprzez niewłaściwe relacje i wzorce zachowań) wpływ negatywny, zwiększający ryzyko przyjmowania używek [280,339].

Jak wynika z badań własnych część młodzieży pejoratywnie ocenia swoje relacje z rodzicami (głównie z ojcem/opiekunem – 14,5%, rzadziej z matką/opiekunką – 6,9%), co wskazuje na obecność szeroko rozumianych różnych problemów w komunikacji

i zrozumieniu własnych oczekiwań i potrzeb u części rodzin nastolatków. Wyniki badań własnych pokrywają się z niektórymi doniesieniami opartymi na pracach badawczych i opisowych. Przykładowo, badanie A. Wolpiuk-Ochocińskiej dowodzi (badanie wśród uczniów gimnazjum, szkoły średniej i szkoły wyższej;  $n = 550$ ), że uczniowie szkół średnich także niezbyt pozytywnie postrzegają relacje w swoich rodzinach, wskazując przede wszystkim małą wrażliwość rodziców na ich potrzeby, brak miejsca na konstruktywną dyskusję, odczuwalny brak autonomii i zbyt wysoki poziom kontroli ze strony rodziców. Jak podkreśla A. Wolpiuk-Ochocińska relacje rodzinne są wymiarem, który bezpośrednio przekłada się na poziom zadowolenia z życia dzieci i młodzieży oraz argumentuje, że relacje rodzice – dorastające dzieci, wymagają wielkiej uwagi i refleksji, zwłaszcza rodziców, którzy powinni być źródłem wsparcia dla swoich pociech, a nie potrafią budować pozytywnych relacji z nimi, często nie rozumiejąc ich rozwojowych potrzeb [348].

Ciekawych informacji w temacie dyskusji o jakości relacji rodzic-nastolatek, głównie w percepcji młodzieży, dostarcza badanie jakości dzieci i młodzieży w Polsce Rzecznika Praw Dziecka opublikowane w 2022 roku. Badanie to było przeprowadzone na kilku grupach dzieci i młodzieży w różnym wieku, jednak – co najbardziej interesuje autora niniejszej pracy – badanie to dostarcza informacji w grupach wiekowych 6 klasa szkoły podstawowej ( $N = 1900$ ) oraz 2 klasa szkoły ponadpodstawowej ( $N = 2156$ ). Jak wynika z tych badań wśród uczniów 6 klasy szkoły podstawowej 4% z nich jest zdania, że rodzice wcale ich nie rozumieją, natomiast dalsze 8% że rozumieją tylko trochę. Wśród uczniów 2 klasy szkoły podstawowej na takie samo pytanie młodzież odpowiedziała w jeszcze większym odsetku negatywnych opinii, tj. 6% młodzieży napisało, że rodzice nie rozumieją ich wcale, z kolei dalsze 12% że rozumieją ich tylko trochę. Wśród 6-cioklasistów 2% spośród badanych napisało, że nie czuje się wcale kochany przez rodziców, zaś dalsze 3% że ocenia, że czuje się kochany tylko trochę, natomiast wśród uczniów 2 klasy szkoły ponadpodstawowej odsetek odpowiedzi pesymistycznych jest znów niestety większy, tj. aż 4% nastolatków z tej grupy przyznało, że ich zdaniem nie jest w ogóle kochany, zaś dalsze 6%, że jest kochany przez rodziców tylko trochę. Ponadto, ankietowanej młodzieży zadano także jeszcze inne pytanie, ale które także pośrednio koresponduje z omawianą w tym miejscu problematyką jakości relacji rodziców z ich dziećmi. Jak wynika z badania Rzecznika Praw Dziecka opublikowanego w 2022 roku wśród uczniów 6 klasy szkoły podstawowej 1% badanych przyznał, że nigdy nie jest szczęśliwy w domu, zaś dalsze 7%, że w domu jest szczęśliwy rzadko. Aż 3% badanych w tej grupie nastolatków napisało, że rodzice nigdy nie mają dla nich czasu, z kolei dalsze 13%, że rzadko mają czas dla swoich

dzieci. Ponadto, jak napisali nastolatki z 6 klasy szkół podstawowych, aż 3% z nich twierdzi, że rodzice nigdy nie traktowali ich dobrze i sprawiedliwie, zaś dalsze 9%, że robią to rzadko. Bardzo podobny odsetek odpowiedzi uzyskano na kolejne pytanie – aż 3% badanych nastolatków z 6 klasy szkoły podstawowej przyznało, że nigdy nie może rozmawiać z rodzicami, kiedy tego chce, zaś dalsze 8% może zrobić to rzadko. W przypadku młodzieży starszej, tj. uczniów z 2 klasy szkoły ponadpodstawowej uzyskane odpowiedzi na takie same pytania dostarczają jeszcze bardziej pesymistycznego obrazu polskiego nastolatka, który ocenia swoje relacje z rodzicami, tj. pytanie: „czy jesteś szczęśliwy w domu” – odpowiedzi 2% nigdy, 13% rzadko; pytanie: „czy rodzice mają dla ciebie wystarczająco dużo czasu” – odpowiedzi (analogicznie) 4%, 16%; pytanie: „czy rodzice traktują cię dobrze i sprawiedliwie” – odpowiedzi (analogicznie): 2%, 10%; pytanie: „czy możesz rozmawiać z rodzicami kiedy tylko chciałeś” – odpowiedzi (analogicznie): 3%, 13% [219]. Przytoczone wyniki badania Rzecznika Praw Dziecka dostarczają informacji o tym, że część polskich nastolatków ocenia relacje ze swoimi rodzicami po części negatywnie i jest to odzwierciedlone w wielu odpowiedziach. Co ważne podkreślenia, im nastolatek jest starszy, tym ocen negatywnych we wszystkich badanych obszarach jest więcej. Ponadto, jak sygnalizowano już wcześniej, przytoczone wyniki badań korespondują z jednym z pytań ankiety własnej – mianowicie „Jak często w przeciągu ostatniego roku (12 miesięcy) twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień” i jak wynika z odpowiedzi na to pytanie część nastolatków, podobnie jak w badaniu Rzecznika Praw Dziecka, odpowiedziało, że ich rodzice nigdy (aż 17,3%) nie pomagali w ciągu ostatniego roku rozwiązywać ich problemów lub przyczyny zmartwień lub robili to rzadko (21,4%). Ponadto, jak wynika z badań własnych, średnio co 4. nastolatek (26,9%) przyznaje, że wsparcie i pomoc w sytuacjach trudnych ze strony rodziców nie są im zawsze zagwarantowane (młódzież może liczyć na taką pomoc tylko czasami), co może świadczyć o przeciążeniu pracą rodziców nastolatków, osłabieniu więzi rodzinnych oraz o braku rozmów rodziców ze swoimi dziećmi na ważne tematy wieku adolescencji. Także średnio co 6. nastolatek (w sumie 15,9%) przyznaje, że ich rodzice rzadko (10,9%) lub nigdy (5,0%) nie wiedzą, co robią ich dzieci w czasie wolnym od nauki, co świadczy o małym zainteresowaniu części rodziców nastolatków sprawami swoich dzieci, ale mówi także o mniejszej szansie ze strony rodziców na poznanie zainteresowań i potrzeb nastolatków, co utrudnia z kolei budowanie silnej więzi i relacji opartej na zaufaniu oraz stwarza potencjalnie większe ryzyko podejmowania przez młodzież nieodpowiednich lub szkodliwych aktywności bez wiedzy i nadzoru dorosłych.

Ciekawych informacji w obszarze oceny relacji nastolatek-rodzic dostarcza także badanie – Raport UNICEF Prawa dziecka w Polsce (badanie ogólnopolskie, młodzież w wieku 12-17 lat; N = 1068), w ramach którego młodzież oceniła swoje relacje osobno z mamą i osobno z tatą. W badaniu UNICEF nastolatki w 2024 roku ocenili swoje relacje z mamą generalnie bardzo dobrze (66%) lub dobrze (18%) i są to wyniki nieco różne od wyników uzyskanych w badaniach własnych, gdzie relacje z mamą zostały ocenione jako bardzo dobre przez 51,9% badanych, zaś jako dobre przez 28,2% ankietowanych nastolatek. Relacje z tatą w badaniu UNICEF z 2024 roku zostały ocenione jako bardzo dobre (51%) lub dobre (24%) i są one też nieco różne od wyników uzyskanych w badaniach własnych, gdzie relacje z tatą zostały ocenione bardzo dobrze przez 35,9% ankietowanych lub dobrze 30,1% badanych. Podsumowując należy zauważyć, że relacje z obydwojema rodzicami zostały ocenione nieco wyżej w badaniu UNICEF oraz – po drugie – że relacje z mamą przez nastolatki, zarówno w badaniu UNICEF, jak i w badaniu własnym, zostały ocenione nieco wyżej niż relacje z tatą. Z Raportu UNICEF wynika także, że nastolatki rzadziej niż w poprzedniej edycji tego badania (2019 r.) wskazują relacje z rodziną, czy bycie kochanym przez rodzinę, jako źródło szczęścia. Z drugiej strony rodzina jest według części dzieci i młodzieży często wskazywana jako źródło negatywnych emocji – poczucia nieszczęścia, odczuwania strachu przed reakcją rodziców lub poczucia osamotnienia [267].

Relacje nastolatek z ich rodzicami okresowo przebiegają najczęściej w atmosferze różnego rodzaju mniejszych lub większych konfliktów, które rzutują następnie na ocenę relacji rodzinnych. Jak wynika z prac, które opisują problematykę konfliktów w okresie adolescencji niekiedy duży krytycyzm nastolatek oraz dążenie do niezależności spotyka się najczęściej z różnymi emocjonalnymi reakcjami rodziców, co może prowadzić do wzajemnych niechęci i okresowego pogorszenia kontaktów. Częstym źródłem konfliktów między rodzicem a nastolatkiem są także napięcia międzypokoleniowe, tzw. bunt młodzieńczy i przeciwstawianie się autorytetowi rodziców [143]. Ponadto, sama młodzież czasami przypisuje większe znaczenie konfliktom, które dotyczą systemu wartości czy celów życiowych innych niż wybranych przez rodziców, co wskazuje na subiektywnie bardziej negatywną ocenę i percepcję tych obszarów życia rodzinnego przez nastolatki [93]. Oczywiście należy pamiętać o rodzinach, w których różnego rodzaju konflikty są spotykane często – są to rodziny, w których rodzice ciągle krytykują i grożą, przez to dzieci są niekochane i zagrożone, doświadczając goryczy, strachu i gniewu [352]. Przykładem innego źródła złej czy niskiej oceny relacji nastolatek z ich rodzicami może być także konflikt małżeński (lub partnerski) rodziców. Jak pokazują badania konflikt między

rodzicami negatywnie wpływa na ich dzieci i może prowadzić m.in. do niewłaściwych praktyk wychowawczych (np. odrzucenia, wrogości, niechęci, niespójnego – bez większego uzasadnienia – karania, itp. ), co z kolei może kształtować m.in. właśnie negatywną ocenę relacji z rodzicami przez młodzież [117].

Jak wskazują niektóre prace obserwuje się także wpływ relacji rodzinnych na ryzyko palenia papierosów (zarówno tych tradycyjnych, jak i e-papierosów) przez młodzież. Jak dowodzą różne badania młodzież uczy się przez obserwację i naśladuje swoich rodziców w wielu kwestiach, także w mechanizmie modelowania zachowań niektórzy nastolatkowie normalizują kwestię palenia papierosów, zwłaszcza jeśli są one dostępne w domu i palą obydwoje rodzice, wówczas nastolatkowie też zaczynają je palić. Niektóre badania wskazują nawet na szczególnie silny wpływ palenia matki lub na modelowanie w obrębie tej samej płci (palenie ojca silniej wpływa na synów, a matki na córki) [176,182,262]. Ponadto, palenie papierosów w rodzinie przez rodzeństwo również znacząco zwiększa ryzyko rozpoczęcia palenia przez nastolatków, co wskazuje na złożoną interakcję szeroko pojętych wpływów rodzinnych i niekiedy także rówieśniczych [333]. Zwraca się także uwagę na fakt, że komunikacja rodzicielska zakazująca palenia tradycyjnych papierosów przez młodzież może nie być równie skuteczna w zapobieganiu używaniu e-papierosów. Może to wynikać z faktu, że część młodzieży (a czasem także ich rodzice) postrzegają e-papierosy jako mniej szkodliwe od papierosów tradycyjnych. E-papierosy stwarzają bowiem dodatkowe wyzwania związane z percepcją ryzyka, specyfiką skutecznej antynikotynowej komunikacji rodzic-nastolatek oraz trudnościami w monitorowaniu ich używania przez rodziców (często nietypowy zapach, trudny do jednoznacznego zaklasyfikowania jako wyrobu tytoniowego) [29].

W przypadku picia alkoholu przez nastolatków ryzyko rozpoczęcia przyjmowania tej używki także po części ma związek i wynika (jako jeden z wielu) z niekiedy trudnych i złożonych relacji w rodzinie. Należy bowiem pamiętać, że podobnie jak w przypadku palenia tytoniu, relacje rodzinne odgrywają określoną rolę także w kształtowaniu wzorców spożywania alkoholu przez młodzież, wpływając zarówno na wiek inicjacji alkoholowej, częstotliwość picia, ryzyko upijania się oraz rozwój ew. różnych problemów związanych z piciem alkoholu. W literaturze zwraca się uwagę, że wzorce spożywania alkoholu przez rodziców oraz ich postawy wobec picia (zarówno własnego, jak i dziecka) są silnymi predyktorami zachowań alkoholowych młodzieży. Spożywanie alkoholu przez rodzica/rodziców, zwłaszcza w sposób ryzykowny lub problemowy, istotnie zwiększa prawdopodobieństwo picia przez dzieci poprzez mechanizmy modelowania, normalizacji

i potencjalnie genetyczne [159]. Potwierdzają to różne badania i metaanalizy, które dowodzą, że spożywanie alkoholu przez rodziców jest znacznym czynnikiem ryzyka dla rozpoczęcia, a później także samego używania alkoholu przez młodzież [159,329]. W relacjach rodzinnych, w prewencji picia alkoholu przez młodzież, duże znaczenie mają także postawy rodziców i ustalane przez nich zasady dotyczące picia alkoholu przez ich dzieci. Zwraca się uwagę na fakt, że wyraźna, zdecydowana dezaprobata rodziców wobec picia przez nieletnich oraz wprowadzenie jasnych zasad zakazujących spożywania alkoholu działają z reguły jako istotne czynniki chroniące, opóźniają inicjację alkoholową i zmniejszają tym samym ryzyko problemowego picia. Ponadto, także odwrotnie – permissive postawy rodziców, tolerowanie, akceptowanie picia alkoholu przez nastolatka lub nawet dostarczanie mu alkoholu są znacznymi czynnikami ryzyka, związanymi z wcześniejszą inicjacją i częstszym, bardziej ryzykownym piciem. Tymczasem, jak wskazują różne badania, znaczny odsetek nastolatków nie otrzymuje od swoich rodziców jednoznacznego zakazu picia alkoholu [171]. Trzeba pamiętać, że dobra jakość komunikacji rodzic-nastolatek, z jasnym przekazem o szkodliwości alkoholu na zdrowie człowieka, mają działanie ochronne i zmniejszają ryzyko sięgania po alkohol w młodym wieku [35]. Co ciekawe, badania przeprowadzone w Warszawie wykazały, że wśród nastolatków, którzy już piją alkohol, otwarta komunikacja z rodzicami na temat ich zachowań związanych z piciem wiąże się z niższym ryzykiem upijania się, zwłaszcza u dziewcząt. Przeprowadzone badania wskazują, że dla picia alkoholu przez dziewczęta większe znaczenie niż dla picia alkoholu przez chłopców ma kontrola ze strony rodziców. Jest ona czynnikiem chroniącym dziewczęta, zarówno przed piciem, jak i przed upijaniem się. Jej znaczenie maleje jednak wśród dziewcząt regularnie pijących alkohol [223]. Sugeruje się, że gdy inicjacja przyjmowania używki/używek już nastąpiła, otwarta i nieoceniająca komunikacja rodzica z nastolatkiem może być bardziej pomocna niż zakazy i kary [294].

Niektóre badania mówiące o jakości relacji rodzic-nastolatek w temacie picia alkoholu nie dostarczają mocnych argumentów mówiących o tym, że ogólna jakość relacji rodzic-nastolatek ma znaczenie i przyczynia się do zmniejszenia ryzyka wczesnego i/lub częstego spożywania alkoholu [329]. Niemniej jednak, inne badania i prace naukowe dowodzą i podkreślają znaczenie specyficznych aspektów pozytywnej relacji rodzic-nastolatek, takich jak zainteresowanie rodzica sprawami własnego dziecka, wiedza rodzica co nastolatek robi w danym momencie poza domem (z kim się spotyka i gdzie oraz w jakim celu) oraz udzielane systematycznie nastolatкови wsparcie rodzicielskie, wskazują je jako ważny czynnik chroniący przed ryzykownym przyjmowaniem używek [98,171]. Trzeba też

pamiętać, że z drugiej strony istnieją dowody naukowe mówiące, że negatywne relacje rodziców z własnymi dziećmi, takie jak częste konflikty w rodzinie, brak wsparcia i ciepła, czy odrzucanie są czynnikami ryzyka m.in. dla problemowego picia alkoholu [44]. Wykazano to także w badaniach własnych – nastolatki, którzy rzadziej otrzymują wsparcie od rodziców/opiekunów w trudnych sytuacjach, są bardziej skłonni do palenia papierosów ( $\chi^2 = 27.32$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$ ) i/lub do picia alkoholu ( $\chi^2 = 40.51$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$ ).

Trzeba też dodać, że – jak wskazują niektóre badania – na wzrost ryzyka używania alkoholu przez młodzież ma także struktura rodziny. Jak wynika z metaanalizy, dorastanie w rodzinach niepełnych (z jednym rodzicem biologicznym), rodzinach zrekonstruowanych (z ojczymem/macochą), rodzinach rozwiedzionych lub po stracie rodzica wiąże się ze statystycznie istotnie wyższym prawdopodobieństwem spożywania alkoholu przez młodego człowieka w porównaniu do nastolatków, którzy dorastają w pełnych rodzinach z obojgiem biologicznych rodziców [254]. Uważa się, że mechanizmy leżące u podstaw tego związku mogą obejmować m.in. stres związany ze zmianą struktury rodziny, potencjalnie niższy poziom nadzoru rodzicielskiego lub trudności ekonomiczne [99].

Podsumowując rolę dobrych relacji w rodzinie pomiędzy rodzicami, a ich dzieckiem w pryzmacie picia alkoholu należy zauważyć, że ryzyko używania alkoholu przez adolescentów jest powiązane z wieloma czynnikami rodzinnymi. Do najważniejszych czynników ryzyka należy zaliczyć picie alkoholu przez rodziców (zwłaszcza problemowe), permissive postawy i zasady rodziców dotyczące picia alkoholu przez nastolatków, zbyt rzadki i/lub powierzchowny poziom monitorowania rodzicielskiego, częste konflikty w rodzinie oraz brak wsparcia emocjonalnego czy dorastanie w rodzinie o strukturze innej niż pełna. Czynnikiem chroniącym nastolatki przed piciem alkoholu jest natomiast zaangażowanie i wsparcie ze strony rodziców w sprawy swojego dziecka, jasne i czytelne zasady zakazujące picia alkoholu przez nieletnich i stała dezaprobata rodziców wobec takich zachowań oraz pozytywna, otwarta i wspierająca komunikacja (zwłaszcza w przypadku młodzieży już pijącej), gdyż może ona zmniejszać ryzyko dalszego upijania się bez wzbudzania poczucia wstydu czy zażenowania wśród młodzieży.

Działania profilaktyczne wobec młodzieży w temacie zapobiegania przyjmowania używek w odniesieniu do roli rodziny powinny się koncentrować właśnie na rodzinie i wskazywać ją jako kluczowy kontekst wszystkich oddziaływań. Argumentuje się, że wzmacnianie zasobów rodziny i umiejętności rodzicielskich jest obiecującą strategią zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież [19]. W budowaniu

silnego wzorca rodzicielskiego, jako godnego naśladowania dla młodzieży nie należy zapominać o tych rodzicach, którzy sami mają problem z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych – wówczas nie będą oni wzorem do naśladowania dla młodzieży. Konieczne jest zatem oferowanie tym rodzinom wsparcia w leczeniu uzależnień oraz uświadamianie im wpływu ich zachowań na dzieci [274]. Ponadto, należy rozwijać konkretne umiejętności rodzicielskie, tj. uczyć i wzmacniać efektywnego monitorowania swoich dzieci, pomóc określić i wdrożyć jasne zasady do przestrzegania. Dodatkowo, w przypadku niektórych rodzin konieczna jest również nauka prowadzenia konstruktywnej komunikacji pomiędzy rodzicem a dzieckiem oraz pomoc w budowaniu pozytywnej relacji opartej na cieple i wsparciu [271,280]. Należy też pamiętać, że działania edukacyjne i wspierające rodziny kierowane przez różne instytucje muszą być dostosowane do poziomu wykształcenia rodziców i statusu socjoekonomicznego rodziny. Działania edukacyjne powinny też uwzględniać wiedzę na temat zagrożeń związanych z nowymi typami używek, np. e-papierosami. Większość rodziców potrzebuje aktualnej wiedzy do rozmów ze swoimi dziećmi, gdyż bez niej czują się niekompetentni i mogą utracić poczucie bycia autorytetem dla swojego dziecka [29,241].

Należy też zauważyć, że młodzież, która rozwija się w rodzinie o dobrych wzorcach i wartościach oraz postrzega swoje relacje z rodzicami jako wspierające, ciepłe i oparte na dobrej komunikacji, wykazuje wyższy poziom samooceny, lepsze zdrowie psychiczne (mniej objawów depresji i lęku) oraz – co ważne – rzadziej angażuje się w zachowania ryzykowne, tj. używanie substancji psychoaktywnych, czy wczesna inicjacja seksualna [170,190].

Z kolei różne konflikty w rodzinie, brak wsparcia emocjonalnego u dziecka ze strony rodziców, nadmierny i/lub częsty krytycyzm czy wrogość ze strony rodziców są silnie powiązane z wyższym ryzykiem wystąpienia obniżonej samooceny, depresji i lęków oraz zaburzeń zachowania u młodzieży [292]. Ponadto, młodzież doświadczająca częstych konfliktów z rodzicami, częściej sięga po alkohol i/lub narkotyki, a także angażuje się w różne zachowania agresywne, wandalizm i ma problemy z prawem [16]. Należy też pamiętać, że wzorce relacji wyniesionych z domu rodzinnego często są powielane w bliskich związkach w przyszłości – konfliktowe relacje z rodzicami mogą utrudniać nastolatkom budowanie zdrowych i satysfakcjonujących relacji zarówno z rówieśnikami, a także z przyszłymi partnerami [48].

Można zatem powiedzieć, że jakość relacji między nastolatkami, a ich rodzicami jest jednym z kluczowych czynników kształtujących ich postawy wobec siebie i świata.

Pozytywne, wspierające relacje stanowią fundament zdrowego rozwoju, podczas gdy relacje nacechowane konfliktem, brakiem wsparcia lub nieadekwatną kontrolą mogą prowadzić do licznych trudności adaptacyjnych i problemów behawioralnych.

### **Subiektywna ocena zdrowia młodzieży z Wielkopolski w odniesieniu do innych badań**

Subiektywna ocena stanu zdrowia (ang. Self-rated health – SRH, lub Subjective Health Assessment – SHA) to ogólna ocena własnego stanu zdrowia dokonywana przez samą osobę (we własnej percepcji). Jest to miara subiektywna, ponieważ opiera się na indywidualnym odczuciu i interpretacji własnego stanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a niekoniecznie na obiektywnych danych medycznych czy diagnozach lekarskich, choć – jak pokazuje praktyka – często jest z nimi skorelowana. Zasadniczymi cechami subiektywnej oceny stanu zdrowia są jej – właśnie – subiektywność (ocena zdrowia oparta jest na osobistym osądzie jednostki), prostota (zagadnienia problemowe poruszane w kwestionariuszu są z reguły dobrze zrozumiałe przez badanego), holizm (scala różne wymiary zdrowia, tj. fizyczny, psychiczny i społeczny, a często także ogólne samopoczucie i witalność) oraz ma znaczenie prognostyczne – uważa się, że subiektywna ocena zdrowia jest silnym predyktorem (czynnikiem zapowiadającym) przyszłej chorobowości, śmiertelności i korzystania z opieki zdrowotnej [23,129]. Subiektywna ocena stanu zdrowia była początkowo używana, jako narzędzie badawcze z zakresu zdrowia publicznego, ogólnie pojętej medycynie i naukach społecznych, głównie na osobach dorosłych, ale później zaczęto ją także stosować w badaniach u młodzieży. Wyniki uzyskane poprzez zastosowanie tej metody badania są ważnym wskaźnikiem dla zdrowia publicznego – pozwalają na poziomie populacji (na podstawie subiektywnych ocen badanych) na monitorowanie trendów w zdrowiu i dobrostanie badanych, ocenę potrzeb zdrowotnych populacji, identyfikację grup ryzyka oraz ewaluację skuteczności programów profilaktycznych i interwencji zdrowotnych. Badanie jest nieinwazyjne, zwykle krótkotrwałe i nie przysparzające stresu badanemu. Co ważne, uwzględnienie perspektywy pacjenta na własne zdrowie ma zasadnicze znaczenie dla budowania pozytywnej relacji terapeutycznej, zrozumienia jego potrzeb i zaangażowania go w dbanie o własne zdrowie [327]. Należy też pamiętać, że subiektywna ocena stanu zdrowia nie odzwierciedla jedynie braku choroby fizycznej, ale pozwala też opisać i zawrzeć w swoim kwestionariuszu wiele innych bardzo ważnych, złożonych kwestii, które niekiedy są pomijane w rutynowym badaniu lekarskim – subiektywna ocena zdrowia jest wrażliwa na czynniki, które trudno uchwycić w standardowych badaniach medycznych, takie jak

wsparcie społeczne, status socjoekonomiczny, poziom stresu, poczucie koherencji czy optymizm. Niska samoocena wykazana poprzez takie badanie może sygnalizować u badanego problemy w tych obszarach, które również mają istotny wpływ na zdrowie [36,129].

#### Ogólna samoocena stanu zdrowia

Wśród różnych pytań w zakresie samooceny zdrowia nastolatkom wypowiedzieli się w temacie ogólnej oceny swojego zdrowia. Jak wskazuje literatura młodzież z reguły dużo lepiej ocenia swoje zdrowie niż osoby dorosłe (z wiekiem samoocena zdrowia ma tendencję do pogarszania się), a sygnalizowanie problemów zdrowotnych już w drugiej dekadzie życia prognozuje gorsze funkcjonowanie w późniejszych latach, większą podatność na choroby i przedwczesną umieralność. Ponadto, jak się zauważa istnieją różnice związane z płcią, tj. chłopcy częściej oceniają swoje zdrowie bardziej pozytywnie niż dziewczęta [193].

Jak wynika z badań własnych prawie połowa młodzieży (45,9%) ocenia stan swojego zdrowia jako „dobry”, kolejne 26,6% jako „bardzo dobry”, natomiast średnio co piąty nastolatek (20,4%) jako „średni”. Aż 4,5% nastolatków w badaniu własnym ocenia stan swojego zdrowia źle, z kolei dalsze 2,6% bardzo źle. Ponadto, średnio 1 na 5 nastolatków przyznaje, że ma problemy ze zdrowiem (21,7%). Wyniki badań własnych korespondują z wynikami innych badań w tym temacie. Przykładowo, jak wynika z badania HBSC w Polsce z roku 2018 (badani byli uczniowie w trzech grupach wiekowych: 11, 13, 15 lat; N ogółem = 5225) odsetek młodzieży w wieku 11-15 lat, która ocenia swoje zdrowie jako gorsze niż dobre, równy jest 14,2%. W badaniu tym zauważono, że ogólna samoocena zdrowia jest nadal (podobnie jak wcześniejszych edycjach tego typu badań) silnie uwarunkowana płcią, tj. jest dużo gorsza u dziewcząt [193]. Podobne spostrzeżenie można zauważyć w badaniu własnym – na pytanie „czy masz problemy ze zdrowiem” twierdząco odpowiedziało 17,2% chłopców i aż 25,1% dziewcząt. Ponadto, ogólna samoocena zdrowia chłopców w badaniu własnym w kategorii odpowiedzi oceniam stan swojego zdrowia „bardzo dobrze” również zdecydowanie była wyższa u chłopców (31,9% vs 22,7%), a także chłopcy rzadziej niż dziewczęta oceniali swoje zdrowie źle (3,6% vs 5,2%).

Inne badanie, które również obejmowało w swoim zakresie zapytanie o ogólny stan zdrowia nastolatków to ogólnopolskie badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce przeprowadzone w 2021 roku na grupie dzieci i młodzieży z 2 i 6 klasy szkoły podstawowej oraz uczniów 2 klasy ponadpodstawowej na łącznej liczbie 5800 uczniów pod auspicjami

Rzecznika Praw Dziecka w Polsce. Jak wynika z tego badania uczniowie z 6 klasy szkoły podstawowej ocenili swoje zdrowie jako doskonałe (22%) i bardzo dobre (48%) oraz dobre (24%), zaś uczniowie z 2 klasy szkoły ponadpodstawowej ocenili swoje zdrowie nieco gorzej niż uczniowie młodsi – doskonałe (11%), bardzo dobre (39%), dobrze (36%) [219]. Spostrzeżenie dotyczące faktu, że młodzież starsza coraz gorzej ocenia swoje zdrowie jest także zasygnalizowana w badaniach HBSC [193].

Powyższe wyniki pokazują, że odczuwanie stanu swojego zdrowia przez młodzież w części jest średnie lub złe, co może świadczyć o presji społecznej i wyidealizowanych wzorcach zdrowego i pięknego człowieka (w tym nastolatka) oraz o pogorszeniu zdrowia psychicznego, tj. poczucia stresu, lęku, obniżonej samooceny, co w rezultacie przekłada się na niską ogólną samoocenę zdrowia.

Autor prezentowanej pracy chciałby zaznaczyć, że w badaniach własnych uzyskano kilka ważnych zależności (wykazano istotność statystyczną) w dyskutowanych tu obszarach. Mianowicie w badaniach własnych wykazano, że problemy ze zdrowiem częściej zgłaszają nastolatki, którzy palą papierosy ( $\chi^2 = 18.76$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ). Wynik ten ma poparcie w literaturze, gdzie także wskazuje się, że w porównaniu do nastolatków nigdy niepalących, codziennie palący nastolatki znacznie częściej zgłaszają ogólnie gorsze postrzeganie zdrowia, różne objawy ze strony układu oddechowego, bóle głowy, bóle karku i ramion, bóle brzucha, nudności, kołatanie serca, nerwowość/niepokój oraz problemy ze snem [100]. W badaniach własnych wykazano także zależność (wykazano istotność statystyczną) w kolejnym ważnym obszarze tematycznym, tj. problemy ze zdrowiem częściej zgłaszają nastolatki, którzy kiedykolwiek pili alkohol ( $\chi^2 = 8.00$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,005$ ). Ten wynik również znajduje swoje odzwierciedlenie w literaturze – przykładowo badanie P.K. Kokotailo wskazuje na współwystępowanie wielu schorzeń psychicznych i somatycznych z używaniem alkoholu przez młodzież [144]. Ponadto, w badaniach własnych uzyskano jeszcze jedną zależność (wykazano istotność statystyczną) – problemy ze zdrowiem częściej zgłaszają nastolatki, którzy spożywają napoje energetyzujące ( $\chi^2 = 5.27$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,022$ ). Również to własne spostrzeżenie badawcze jest dowiedzione w innych badaniach naukowych, np. w pracy K. Kożuchowskiej i wsp., w której wykazano, że regularne spożywanie napojów energetycznych wiąże się z licznymi niekorzystnymi skutkami zdrowotnymi [152].

### Odczuwanie samotności

Jak wynika z badań własnych nastolatkowie w większości, ale w różnym stopniu odczuwają samotność, tj. zawsze (8,0%), przez większość czasu (21,0%), czasami (36,1%), rzadko (22,9%), zaś średnio co 8. nastolatek (12,0%) napisał, że nigdy nie odczuwa samotności. Należy podkreślić, że tutaj także zauważono różnicę w odczuwaniu samotności przez dziewczęta i chłopców – dziewczęta częściej niż chłopcy przyznały, że odczuwają samotność przez większość czasu (25,5% vs 15,0%) oraz zdecydowanie rzadziej niż chłopcy przyznały, że nigdy nie odczuwają samotności (6,9% vs 18,7%). W badaniach własnych wykazano także, że nastolatkowie oceniający swój stan zdrowia jako gorszy, częściej odczuwają samotność ( $\chi^2 = 281.12$ ;  $df = 16$ ;  $p < 0,001$ ).

Tematyka odczuwanej samotności przez młodzież była także badana i zaprezentowana w Raporcie „Młode Głowy” – badaniu przeprowadzonym na grupie dzieci, nastolatków i młodych dorosłych z całej Polski ( $N = 184\ 447$ ), przy przeciętnym (średnim) wieku badanych uczniów prawie 14 lat. Jak wynika z tego badania co trzeci młody człowiek w Polsce czuje się samotny (9,3% zawsze, 28,2% często). Jak zauważyli autorzy tego badania problem ten obecnie nasilił się, szczególnie w okresie i po pandemii COVID-19. Ponadto, obraz dzieci i młodzieży, jaki wyłania się z pozyskanych wyników, to obraz przepełniony samotnością, ale także skrajnie niską samooceną i niskim poczuciem sprawczości. Co ciekawe, odczuwana samotność przez nastolatków została także skorelowana ze spożywaniem napojów alkoholowych. Jak wynika z tego zestawienia uczniowie, którzy zawsze czują się samotni częściej przyznali, że piją alkohol niż uczniowie, którzy nigdy nie czują się samotni (12,3% vs 2,8%). Jak podkreślają autorzy tego badania przeżywana przez dzieci i młodzież samotność życiowa, może mieć istotny wpływ na rozwój wielu zaburzeń w tym uzależnień, depresji, czy samookaleczeń [54]. W badaniu Rzecznika Praw Dziecka samotność odczuwana przez uczniów była zasygnalizowana przez prawie co czwartego nastolatka z 6 klasy szkoły podstawowej (odczuwanie samotności: zawsze 4%, bardzo często 7%, dość często 12%) oraz częściej u starszych nastolatków, tj. z 2 klasy szkoły ponadpodstawowej (odczuwanie samotności: zawsze 7%, bardzo często 11%, dość często 19%) [219]. Wyniki te pokazują, że odczuwanie samotności przez młodzież jest częste. Może to wynikać z kryzysu więzi społecznych (osłabione relacje rodzinne i rówieśnicze), nasileniu wpływu technologii i mediów społecznościowych, co sprzyja samoizolacji młodzieży i wskazuje na pilną potrzebę wsparcia psychicznego u znacznej części młodzieży.

### Odczuwanie stresu

Nastolatkwie w badaniu własnym przyznali, że dość często odczuwają stres – 7,4% zawsze (częściej dziewczęta – 9,2% vs 5,0), przez większość czasu – 22,4% (częściej dziewczęta – 29,6% vs 12,8%) lub czasami – 28,8% (częściej dziewczęta – 32,2% vs 24,3%). W badaniach własnych wykazano także, że im częściej nastolatkwie czują się zestresowani do tego stopnia, że nie mogą spać, tym gorzej oceniają swój stan zdrowia ( $\chi^2 = 211.70$ ;  $df = 16$ ;  $p < 0,001$ ).

Jak wynika z Raportu „Młode Głowy” stres przytłacza obecną młodzież – ponad 80% z nich w sytuacji kłopotliwej nie znajduje rozwiązań. Wyniki te są przejmujące i wskazują na ogromne poczucie bezradności wśród dzieci. Mówią też o wysokim odsetku dzieci, które nie wierzą w to, że będą umiały poradzić sobie z wyzwaniami wchodzącymi w zakres stresu umiarkowanego. Wyniki te pokazują także, z jak dużym deficytem umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz wymaganiami adekwatnymi do ich wieku zmagają się obecnie młodzi ludzie [54]. Na temat stresu odczuwanego przez młodzież można znaleźć także ciekawe informacje w Raporcie UNICEF 2024, z którego wynika, że wśród wielu zagadnień problemowych podanych przez autorów tego badania, jako najpoważniejsze problemy polskich dzieci i młodzieży nastolatkwie na pierwszym miejscu wskazali stres („zbyt duży stres w szkole – dużo sprawdzianów, nauki, presja na oceny”) – aż 73% wskazań młodzieży. Co ciekawe w opinii badanych dorosłych problem stresu u młodzieży nie jest kluczowym problemem – jedynie 9% nauczycieli i 20% rodziców traktuje go w sposób priorytetowy [267]. Na odczuwany przez młodzież stres może mieć także wpływ przemoc słowna i wykluczenie w otoczeniu dziecka, które sygnalizują niekiedy, że są obrażane lub wyśmiewane – aż 13% młodzieży w 2024 roku napisało, że takie zdarzenia mają miejsce często, tj. kilka razy w miesiącu (odsetek odpowiedzi twierdzących był wyższy niż w badaniu z 2019 r., gdzie wynosił 5%). Ponadto, na odczuwany stres może mieć także wpływ wykluczenie z grona rówieśników nastolatka – tutaj też 12% badanych uczniów w 2024 roku i nieco mniej, bo 10% uczniów w 2019 roku przyznało, że zdarza się to często, tj. kilka razy w miesiącu [267]. Z kolei w Raporcie Rzecznika Praw Dziecka wykazano, że aż 23% młodzieży uskarża się na przemoc ze strony rówieśników, a także, że aż 21% nastolatków twierdzi, że brakuje im czasu na relaks i odpoczynek lub zabawę [219].

Powyższe wyniki wskazują, że dla obecnej młodzieży stres jest powszechnym doświadczeniem. Może to świadczyć o silnej presji rówieśniczej i społecznej na młodzież (osiąganie sukcesów, bycie mądrym, ładnym, lubianym i bogatym, itp.) oraz świadczyć, że

młodzież nie posiada w pełni rozwiniętych mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Istnieje zatem realna potrzeba systemowego wsparcia psychicznego młodych ludzi.

### Myśli samobójcze

Średnio aż co 8 nastolatek (w sumie 12,2%) w badaniu własnym przyznaje, że często odczuwa myśli samobójcze (przez większość czasu w ciągu roku – 7,7%, zawsze – 4,5%), z kolei dalsze 15,6% nastolatków miewa je czasami.

O odczuwaniu przez nastolatków myśli samobójczych mówi też Raport „Młode Głowy”, z którego wynika, że uczniowie deklarują, iż na przestrzeni całego swojego dotychczasowego życia miewali już i/lub miewają myśli samobójcze (39,2%), mówili o samobójstwie (25,9%), planowali samobójstwo (18,6%) lub nawet podjęli już próbę samobójczą (8,8%). Jak wynika z tego Raportu ważną jest też zmienna jaką okazał się typ szkoły, który różnicuje w sposób statystycznie istotny występowanie wszystkich analizowanych czynników presuicydalnych. Jak wynika z tego Raportu prawie połowa uczniów na co dzień uczęszczająca do szkół ponadpodstawowych (szkoła branżowa, technikum, liceum ogólnokształcące) myślała o samobójstwie (49,4%), nieco ponad co trzeci uczeń mówił o samobójstwie (35,3%), prawie co czwarty uczeń je planował (23,7%), a co dziesiąty z nich zadeklarował, że w swoim życiu podjął próbę samobójczą (11,6%). Co ważne, to fakt, że myśli samobójcze w tym badaniu skorelowano także z poziomem ogólnej samooceny, i tak – jak wynika z tego badania – wśród nastolatków z wysoką samooceną myśli samobójcze miało jedynie 1,0%, z umiarkowaną samooceną 1,9%, zaś z niską samooceną aż 9,5% młodzieży. Podobny wniosek wypływa z badań własnych, gdzie wykazano, że gorsza subiektywna ocena stanu zdrowia nastolatków wiąże się z większą częstością występowania myśli samobójczych ( $\chi^2 = 309.98$ ;  $df = 16$ ;  $p < 0,001$ ).

Ciekawym spostrzeżeniem Raportu „Młode Głowy” jest także fakt, że aż 32,3% uczniów ocenia siebie przez pryzmat swojego ciała, które w ten sposób staje się uprzedmiotowione. Odkrycie to pozwala postawić tezę, iż istotnym czynnikiem ryzyka dla podejmowania zachowań ryzykownych i autodestrukcyjnych przez dzieci w Polsce pozostaje ich skrajnie niska samoocena (która może wynikać głównie z samooceny swojego ciała), a także ich samotność życiowa [54]. Jak wskazują statystyki Policji za 2021 rok w Polsce obserwuje się obecnie gwałtowny wzrost zachowań samobójczych wśród młodych osób. W 2021 roku aż 1496 dzieci i nastolatków poniżej 18. roku życia podjęło próbę samobójczą i aż 127 z tych prób zakończyło się śmiercią. W stosunku do 2020 roku jest to

wzrost odpowiednio o 77% zachowań samobójczych oraz o 19% śmierci samobójczych [359].

Fakt, że znaczna część młodzieży miewa myśli samobójcze, jest alarmujący i wskazuje na głęboki kryzys w ich zdrowiu psychicznym i samopoczuciu. Świadczy też, że część młodzieży jest w stanie permanentnego ogromnego stresu, przytłoczenia, beznadziei, czy bezradności i poszukiwania chęci jakiegokolwiek ucieczki od negatywnych doświadczeń i emocji. Myśli samobójcze mogą też świadczyć o problemach ze zdrowiem psychicznym i wymagać kompleksowego badania w celu wykrycia najbardziej chorych nastolatków i wskazują na potrzebę pilnego leczenia w zakresie zdrowia psychicznego.

### Zadowolenie z życia

Co trzeci nastolatek (31,7%) w badaniu własnym przyznał, że nie jest zadowolony z życia (nie jest szczęśliwy). W badaniu własnym wykazano także, że nastolatki częściej są bardziej zadowoleni z życia jeśli nie palą papierosów ( $\chi^2 = 24.21$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ) oraz nigdy nie pili alkoholu ( $\chi^2 = 9.99$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,002$ ).

Jak wynika z Raportu UNICEF 2024 poczucie szczęścia zadeklarowało 11% badanych („jestem zdecydowanie szczęśliwy”) i dalsze 48% badanych („jestem raczej szczęśliwy”). Odsetek nastolatków, którzy są nieszczęśliwi wyniósł w sumie 13% (5% zdecydowanie nieszczęśliwy, 8% raczej nieszczęśliwy). Co ciekawe wśród powodów, które młodzież podaje, że czuje się szczęśliwa wymieniono (w kolejności malejącej – główne wskazania; pytanie z wielokrotną odpowiedzią): spędzanie czasu z przyjaciółmi (52%), czas wolny i odpoczynek (45%), realizacja hobby i zainteresowań (41%), spędzanie czasu z rodziną (26%), posiadanie pieniędzy (26%), bycie kochanym przez rodzinę (24%) i dobre relacje z rodzicami (23%). Wartym zacytowania w omawianiu zagadnienia „zadowolenia z życia” są wypowiedzi młodzieży o czynnikach powodujących, że czują się nieszczęśliwi, a przez to mniej zadowoleni z życia. Wśród czynników wymienianych przez nastolatków wyjątkowo często pojawiał się nadmiar obowiązków – uczniowie skarżyli się na zbyt dużą ilość nauki, kartkówek, sprawdzianów, a presja na wyniki powodowała u nich zmęczenie, stres i brak czasu na odpoczynek i rozwijanie pasji. Kolejnym czynnikiem, który często pojawiał się w odpowiedziach uczniów były trudne relacje z rówieśnikami, tj. obgadywanie, wyśmiewanie i brak akceptacji. Wszystko to prowadzi w odczuciu nastolatków do poczucia wykluczenia i powstawania kompleksów. Ponadto, częstym źródłem poczucia nieszczęścia u młodzieży były także relacje z dorosłymi. Najczęściej wskazywano na nadmierne oczekiwania rodziców, brak zrozumienia i brak wsparcia emocjonalnego w trudnych

chwilach. Jednocześnie badani wymieniali zachowania nauczycieli, takie jak krytyka, niesprawiedliwe traktowanie oraz krzyki, jako źródło swojego nieszczęścia. Ciekawym spostrzeżeniem jest fakt, że odczuwanie szczęścia rzadko jest związane ze szkołą, która zdaniem młodzieży tworzy mało sprzyjający dobremu samopoczuciu klimat i często jest powodem negatywnych odczuć u młodych ludzi. Wielu z nich odczuwa bowiem niechęć do chodzenia do szkoły, która jeśli jest dla nich atrakcyjna, to głównie ze względu na możliwość spotykania się z rówieśnikami [267].

Z Raportu Rzecznika Praw Dziecka wynika z kolei, że średnio 10-12% nastolatków (zarówno z klasy 6 szkoły podstawowej, jak i 2 klasy szkoły ponadpodstawowej) nie jest zadowolone z życia. Jak wynika z odpowiedzi nastolatków, wśród uczniów 6 klasy szkoły podstawowej część z nich przyznała, że wcale (3%) lub tylko trochę (9%) jest pełne radości, że wcale (5%) lub tylko trochę (7%) odczuwa radość, że żyje oraz że wcale (4%) lub trochę (8%) odczuwają zadowolenie ze swojego życia. Wśród nastolatków, uczniów 2 klasy szkoły ponadpodstawowej, części młodzieży przyznała, że nigdy (2%) lub rzadko (10%) jest w dobrym nastroju, że nigdy (2%) lub rzadko (9%) jest pogodny oraz że nigdy (2%) lub rzadko (8%) dobrze się bawi [219].

Niski poziom zadowolenia z życia wśród młodzieży może wynikać z poczucia dyskomfortu, braku satysfakcji oraz niespełnienia w dotychczasowym życiu i jest sygnałem, który może wskazywać na głębokie problemy w dotychczasowych doświadczeniach życiowych i świadczyć o niskim samopoczuciu.

### Sens życia

Średnio aż co 4. nastolatek (26,2%) w badaniu własnym przyznał, że życie nie ma sensu (26,2%). Aspekt „sensu życia” może być mierzony w badaniach poprzez wskaźniki powiązane, takie jak nadzieja na przyszłość, poczucie celu czy optymizm. Raport „Młode Głowy” pośrednio dotyka tego tematu, wskazując, że znaczna część młodzieży nie ma motywacji do działania i nisko ocenia swoją przyszłość, co może wiązać się z trudnościami w odnajdywaniu sensu życia. Jak wynika z tego Raportu aż 28% młodzieży nie ma chęci do życia, kolejne aż 52,4% nastolatków odczuwa brak motywacji do działania [54].

Fakt, że część młodzieży nie widzi sensu życia jest niepokojący i wskazuje na głęboki kryzys egzystencjalny. Może on wynikać z rozczarowania światem i społeczeństwem (zmieniający się klimat, wojny na świecie, ubóstwo, bezdomność, inne), poczucia braku perspektyw i przyszłości, ale także może wynikać z nadmiaru bodźców i wielu negatywnych informacji dostarczanych (w dobie techniki cyfrowej i massmediów)

młodemu człowiekowi. Brak poczucia sensu życia wymaga również potrzeby wsparcia psychicznego młodego człowieka, wzmacniania więzi społecznych (rodzinnych, rówieśniczych) i poczucia przynależności do jakiejś grupy społecznej.

Jak wskazują różne publikacje istnieje związek pomiędzy niską samooceną dotyczącą różnych aspektów własnego zdrowia, a ryzykiem przyjmowania substancji psychoaktywnych (palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków czy dopalaczy). Przykładem może tu służyć badanie, które wykazało, że grupy młodzieży charakteryzujące się m.in. wyższym poziomem objawów depresyjnych (które były powiązane ze stresem i współwystępującą niską samooceną), miały znacząco wyższe ryzyko rozpoczęcia palenia papierosów [338]. Inna praca dowodzi, że chroniczny stres wpływa na systemy nagrody i motywacji w mózgu, zwiększając podatność na rozwój uzależnień. Sięganie po używki może wydawać się (zwłaszcza osobom, które źle znoszą stres i mają niskie poczucie własnej wartości) sposobem (jako dezadaptacyjna strategia) na radzenie sobie z napięciem i złymi emocjami [28]. Jeszcze kolejne badanie wskazuje, że niska samoocena we wczesnej młodości jest predyktorem późniejszych zachowań ryzykownych dla zdrowia, w tym używania narkotyków i problemowego picia alkoholu w późniejszym okresie adolescencji [196].

Substancje psychoaktywne (papierosy, alkohol, narkotyki) mogą być postrzegane jako sposób na ucieczkę od problemów, radzenie sobie z negatywnymi emocjami lub jako próba dopasowania się do grupy rówieśniczej, co bywa łatwiejsze przy obniżonym poczuciu własnej wartości. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez młode osoby, może być zatem formą ucieczki od nieprzyjemnych emocji, tj. bólu, stresu i poczucia dyskomfortu. Dlatego wszelkie interwencje ukierunkowane na wzmacnianie samooceny i naukę adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem u młodych osób mogą być ważnym elementem profilaktyki uzależnień wśród młodzieży.

## V. WNIOSKI

---

### Wniosek główny:

Analiza zachowań młodzieży wykazała wczesną inicjację w zakresie palenia papierosów i picia alkoholu, łatwą dostępność tych substancji, duży wpływ środowiska rówieśniczego oraz zróżnicowane postawy rodziców wobec konsumpcji alkoholu przez nastolatków. Badania wykazały także narażenie młodzieży na bierne palenie w domu, problemy w relacjach z rodzicami, brak wsparcia w trudnych chwilach oraz wysoki poziom stresu i myśli samobójczych u części nastolatków.

### Wnioski szczegółowe:

1. Nastolatki, którzy kiedykolwiek palili papierosy, wypalają swojego pierwszego papierosa głównie w przedziale wiekowym 12-17 lat (64,3%), choć niewielki odsetek młodzieży próbuje palić w wieku 10-11 lat (10,9%) lub jeszcze wcześniej. Z kolei alkohol młodzież również zaczyna pić głównie w przedziale wiekowym 12-17 lat (83,4%), choć niewielki odsetek młodzieży próbuje pić alkohol w wieku 10-11 lat (4,7%) lub jeszcze wcześniej. Zatem wiek inicjacji młodzieży w temacie palenia papierosów i picia alkoholu jest bardzo wczesny, co zwiększa ryzyko u tych osób chorób odtytoniowych i problemów alkoholowych w przyszłości.
2. Ponad połowa młodych ludzi bez większych trudności nabywa papierosy (54,7%), a część z nich również alkohol (13,7%), co wskazuje na niewystarczającą kontrolę sprzedaży i potrzebę działań edukacyjnych wśród sprzedawców. Młodzież spożywa różne rodzaje alkoholu (najczęściej piwo - 78,1% i wódkę - 72,2%; rzadziej wino - 54,3% lub jeszcze innego rodzaju alkohole - 9,5%, np. drinki), nierzadko w sposób intensywny, co sugeruje istnienie problemów alkoholowych oraz brak świadomości dotyczącej szkodliwości alkoholu niezależnie od jego rodzaju.
3. Średnio co 4. nastolatek jest zdania, że palenie papierosów pomaga w odchudzaniu (23,6%) oraz że palący papierosy chłopak/mężczyzna (24,8%) lub paląca papierosy dziewczyna/kobieta (22,1%) ma więcej kolegów/przyjaciół, co wskazuje za zasadne prowadzenie programów edukacyjnych dla młodzieży, które będą obalać mity na temat korzyści z palenia papierosów i uświadamiać młodzież o jego szkodliwości oraz

promować aktywność fizyczną i zdrowe odżywianie, jako czynniki prawdziwie wpływające na zdrowie.

4. Młodzież w większości przyznaje, że w ich otoczeniu jest wiele osób w podobnym wieku, które palą papierosy (niektórzy koledzy palą – 55,0%; większość kolegów pali – 27,3%; wszyscy koledzy palą – 3,1%) oraz bardzo często razem z rówieśnikami piją alkohol (73,7%), co sugeruje, że presja grupy może być dla nastolatków silnym czynnikiem wpływającym na decyzję o paleniu papierosów i piciu alkoholu. Wskazuje to na potrzebę wzmacniania kompetencji społecznych i umiejętności asertywnego odmawiania.
5. Dziewczęta częściej niż chłopcy deklarują palenie papierosów (30,0% vs 23,4%), częściej wypijają alkohol pierwszy raz w domu rodzinnym (37,9% vs 30,8%) oraz częściej wskazują, jako przyczynę przyjmowania używek, „lepsze po ich przyjęciu radzenie sobie w życiu” (10,4% vs 5,4%), co uzasadnia potrzebę uwzględniania perspektywy płci w projektowaniu programów profilaktycznych dotyczących używek.
6. Część rodziców nastolatków jest świadoma, że ich dzieci palą papierosy (45,6%) i/lub piją alkohol (72,7%), co czyni rodziców poinformowanych o istniejącym problemie i współodpowiedzialnych niezapobiegania nałogom u ich dzieci i braku podjęcia kroków wczesnego leczenia. Dom rodzinny odgrywa istotną rolę w inicjacji alkoholowej młodzieży oraz jest także miejscem, w którym najczęściej spożywają oni alkohol, co w połączeniu z częstym piciem alkoholu przez bliskie im osoby, wskazuje na potrzebę działań profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych do rodzin. Częste picie alkoholu przez dorosłych oraz różny poziom przyzwolenia rodziców na jego konsumpcję przez dzieci (od 12,1% do 29,0%) sprzyjają dalszym eksperymentom i utrwalaniu szkodliwych zachowań, co wskazuje na potrzebę działań profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych do rodzin.
7. Średnio w sumie co 3. nastolatek (31,7%) przyznaje, że mieszkający z nim rodzice/opiekunowie palą papierosy, co świadczy, że część nastolatków jest narażona na bierne palenie papierosów w domu i co wskazuje z kolei na potrzebę wdrożenia działań profilaktycznych oraz edukacyjnych w temacie szkodliwości palenia skierowanych do rodziców nastolatków.
8. Średnio co 4. nastolatek (26,9%) przyznaje, że wsparcie i pomoc w sytuacjach trudnych ze strony rodziców nie są im zawsze zagwarantowane (młodzież może liczyć na taką pomoc tylko czasami), co może świadczyć o przeciążeniu pracą rodziców nastolatków,

osłabieniu więzi rodzinnych oraz o braku rozmów rodziców ze swoimi dziećmi na ważne tematy wieku adolescencji.

Średnio co 6. nastolatek (w sumie 15,9%) przyznaje, że ich rodzice rzadko (10,9%) lub nigdy (5,0%) nie wiedzą, co robią w czasie wolnym od nauki, co świadczy o małym zainteresowaniu części rodziców nastolatków sprawami swoich dzieci, ale mówi także o mniejszej szansie ze strony rodziców na poznanie zainteresowań i potrzeb nastolatków, co utrudnia z kolei budowanie silnej więzi i relacji opartej na zaufaniu oraz stwarza potencjalnie większe ryzyko podejmowania przez młodzież nieodpowiednich lub szkodliwych aktywności bez wiedzy i nadzoru dorosłych.

9. Średnio 1 na 4-5 nastolatków przyznaje, że ma problemy ze zdrowiem (21,7%), ocenia stan swojego zdrowia jako „średni” (20,4%), przez większość czasu odczuwa samotność (21,0%), brakuje im zadowolenia z życia (31,7%) lub przyznają, że życie nie ma sensu (26,2%) oraz że przez większość czasu w ciągu roku są tak zestresowani, że nie mogą spać (22,4%), co wskazuje na wysoki poziom stresu i lęku u części młodzieży. Wskazane może być więc, przy przedłużających się takich objawach, celowe udanie się do psychologa lub specjalisty zdrowia psychicznego.

Blisko co 8 nastolatek (w sumie 12,2%) przyznaje, że często odczuwa myśli samobójcze (przez większość czasu w ciągu roku – 7,7%, zawsze – 4,5%), co świadczy o poczuciu wśród części młodzieży ogromnego stresu, przytłoczenia, beznadziei, czy bezradności oraz poszukiwania chęci ucieczki od negatywnych doświadczeń i emocji oraz może świadczyć o problemach ze zdrowiem psychicznym. Utrzymujące się myśli samobójcze u części młodzieży wymagają oceny psychologicznej i wsparcia psychologa, a w sytuacjach uzasadnionych skierowania nastolatka do psychiatry.

## **Rekomendacje**

Na podstawie postawionych wniosków można zarekomendować następujące działania profilaktyczno-edukacyjne:

Wyniki z przeprowadzonych badań wskazują na dużą potrzebę wielowymiarowych interwencji w celu ograniczenia palenia papierosów i picia alkoholu przez młodzież. Należy wzmocnić egzekwowanie zakazu sprzedaży wszelkich substancji psychoaktywnych osobom nieletnim. Ważne jest też systematyczne i szerokie prowadzenie programów edukacyjnych dla młodzieży, które będą rzetelnie informować o szkodliwości palenia papierosów i picia alkoholu na zdrowie, prostować błędne przekonania i stereotypy na temat tych używek oraz

wspierać zdrowe style życia. Należy także zintensyfikować działania edukacyjne na wielu szczeblach ukierunkowane na profilaktykę i skierowane do rodzin, uwzględniające specyfikę płci oraz rolę środowiska domowego w inicjacji i kontynuacji palenia papierosów oraz picia alkoholu. Wszelkie interwencje profilaktyczne i edukacyjne powinny być dostosowane do specyficznych potrzeb określonych grup ryzyka, w tym młodzieży z problemami zdrowia psychicznego.

## VI. STRESZCZENIE

---

Agnieszka Kapala

### **PALENIE PAPIEROSÓW I PICIE ALKOHOLU JAKO PRZEJAW ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH MŁODZIEŻY – PERSPEKTYWA PSYCHOSPOŁECZNA**

#### **ZAŁOŻENIA I CELE PRACY**

Celem prezentowanej pracy była (cel główny badań) analiza zachowań zdrowotnych, społecznych i psychicznych młodzieży z województwa wielkopolskiego, w szczególności związanych z paleniem papierosów, spożywaniem alkoholu, wpływem środowiska rodzinnego i rówieśniczego oraz ocena kondycji fizycznej i psychicznej młodych ludzi. Cele szczegółowe badania postawiono w postaci: ustalenie wieku inicjacji młodzieży w paleniu papierosów i spożywaniu alkoholu; ocena dostępności papierosów i alkoholu z perspektywy młodzieży oraz analiza wzorców ich konsumpcji i skali potencjalnych problemów uzależnień; zbadanie przekonań młodzieży dotyczących palenia, zwłaszcza w kontekście kontroli masy ciała i akceptacji społecznej; analiza wpływu środowiska rówieśniczego na zachowania związane z paleniem i piciem alkoholu; porównanie postaw i zachowań wobec używek między dziewczętami a chłopcami; ocena świadomości i postaw rodziców wobec używania przez ich dzieci substancji psychoaktywnych, w tym roli rodziny w inicjacji alkoholowej oraz poziomu przyzwolenia na konsumpcję alkoholu w domu; określenie skali narażenia młodzieży na bierne palenie w domu; zbadanie jakości relacji z rodzicami, w tym dostępności ich wsparcia w trudnych sytuacjach oraz ich wiedzy o wykorzystaniu czasu wolnego przez dzieci; oszacowanie odsetka młodzieży z obniżoną kondycją psychiczną i fizyczną, w tym częstości występowania myśli samobójczych.

#### **MATERIAŁ I METODA**

Badania przeprowadzono na grupie młodzieży w liczbie 1292 nastolatków (737 dziewcząt, 555 chłopców) z przedziału wiekowego 13-19 lat przy użyciu kwestionariusza ankiety składającego się z 51 pytań tematycznych oraz metryczki. Badanie zostało przeprowadzone w szkołach średnich (liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa, technikum) w wybranych powiatach województwa wielkopolskiego w miesiącach kwiecień-czerwiec 2023 roku. Ankieta miała formę elektroniczną i była realizowana on-line poprzez platformę internetową Microsoft Forms. Ankiety były wypełniane przez uczniów samodzielnie, badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy. Dane z ankiet w wersji elektronicznej zostały przeniesione do bazy danych, na podstawie których zostały przeprowadzone analizy statystyczne.

#### **WYNIKI**

Wyniki badań własnych zostały przedstawione z podziałem na kilka wątków tematycznych, tj. palenie papierosów przez młodzież, picie alkoholu przez młodzież, przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież (inne wątki badawcze) oraz samoocena stanu zdrowia młodzieży i ocena relacji z rodzicami lub opiekunami.

Prawie 1/3 młodzieży (27,2%) przyznaje, że pali papierosy. Odsetek młodzieży, który pali papierosy jest niemal taki sam na wsi i w mieście (26,7% vs 27,6%). Średnio co 4. palący nastolatek (25,6%) przyznaje, że pali papierosy każdego dnia, a kolejne 10,0% powyżej 20

dni w miesiącu. Średnio co 20. palący papierosy nastolatek (5,3%) przyznaje, że dziennie wypala więcej niż 20 papierosów. Rodzice prawie co drugiego nastolatka (45,6%) wiedzą, że ich dziecko pali papierosy.

Większość nastolatków przyznaje (62,5%), że spożywała już alkohol. Młodzież przyznaje, że w skali miesiąca pije alkohol pod różnymi postaciami 1-2 razy (39,1%), 3-9 razy (25,5%), 10-19 razy (3,8%) lub aż ponad 20 razy (1,1%). Prawie 1 na 50 nastolatków (1,8%) spożywa alkohol każdego dnia. Zaledwie 1/3 młodzieży (28,9%) nie spożywa alkoholu w ogóle. Średnio co 3. nastolatek (33,8%) pije jednorazowo alkohol w ilości „1 kufel piwa, jedna lampka wina, 1 kieliszek wódki, jednego drinka”, jednak dalsze 20,3% nastolatków przyznaje, że wypija jednorazowo zazwyczaj „5 i więcej kufli piwa, 5 lampek wina, 5 kieliszków wódki, 5 drinków”. Młodzież pije najczęściej piwo (78,1%), wódkę (72,2%), rzadziej wino (54,3%) lub jeszcze inne rodzaje alkoholu (9,5%), np. drinki, gin, rum, tequilę, whisky, brandy czy likier. Rodzice 2/3 nastolatków (72,7%) wiedzą, że ich dziecko pije alkohol.

Młodzież przyjmuje używki z wielu przyczyn, jednak do najczęstszych należą: z ciekawości (9,6%), przyznanie, że po ich zastosowaniu lepiej radzą sobie w życiu (8,2%) oraz dla zabicia czasu (5,8%). Młodzież pije napoje energetyzujące w skali miesiąca w różnej ilości, tj. prawie co 3. nastolatek (31,3%) wypija je 1-2 razy, kolejne 25,0% 3-9 razy, natomiast 18,4% aż 10 i więcej razy. Młodzież pije napoje energetyzujące w skali jednego dnia w różnej ilości, tj. 71,5% nastolatków pije je w ilości do 0,25 litra (1 puszka), 18,7% w ilości do 0,5 litra (2 puszki), 4,5% w ilości 0,75 litra (3 puszki), z kolei 5,3% nastolatków w ilości przekraczającej 1 litr (czyli 4 puszki lub więcej).

Średnio 1 na 5 nastolatków (21,7%) przyznaje, że ma problemy ze zdrowiem. Prawie połowa młodzieży (45,9%) ocenia stan swojego zdrowia jako „dobry”, kolejne 26,6% jako „bardzo dobry”, natomiast 20,4% jako „średni”. Młodzież w większości, ale w różnym stopniu odczuwa samotność, tj. zawsze (8,0%), przez większość czasu (21,0%), czasami (36,1%), rzadko (22,9%). Średnio co 8. nastolatek (12,0%) napisał, że nigdy nie odczuwa samotności. Prawie co 4. nastolatek (22,4%) przyznaje, że przez większość czasu w ciągu roku jest tak zestresowany, że nie może spać, a kolejne 7,4% nastolatków twierdzi, że odczuwa taki stres zawsze. Średnio co 13. nastolatek (7,7%) przyznaje, że odczuwa myśli samobójcze przez większość czasu w ciągu roku, natomiast średnio co 22. nastolatek (4,5%) twierdzi, że ma tego typu myśli w ciągu roku zawsze. Blisko 1/3 młodzieży (31,7%) twierdzi, że nie jest zadowolona z życia.

Wykazano zależności istotne statystycznie: Nastolatkowie palący papierosy znacznie częściej piją alkohol ( $\chi^2 = 152.25$ ;  $p < 0,001$ ). Po napoje energetyzujące znacznie częściej sięgają nastolatkowie pijący alkohol ( $\chi^2 = 127.66$ ;  $p < 0,001$ ), a także palący papierosy ( $\chi^2 = 57.22$ ;  $p < 0,001$ ). Problemy ze zdrowiem częściej zgłaszają nastolatkowie, którzy palą papierosy ( $\chi^2 = 18.76$ ;  $p < 0,001$ ), którzy kiedykolwiek pili alkohol ( $\chi^2 = 8.00$ ;  $p = 0,005$ ) oraz ci, którzy spożywają napoje energetyzujące ( $\chi^2 = 5.27$ ;  $p = 0,022$ ). Nastolatkowie oceniający swój stan zdrowia jako gorszy, częściej odczuwają samotność ( $\chi^2 = 281.12$ ;  $p < 0,001$ ). Im częściej nastolatkowie czują się zestresowani do tego stopnia, że nie mogą spać, tym gorzej oceniają swój stan zdrowia ( $\chi^2 = 211.70$ ;  $p < 0,001$ ). Gorsza subiektywna ocena stanu zdrowia nastolatków wiąże się z większą częstością występowania myśli samobójczych ( $\chi^2 = 309.98$ ;  $p < 0,001$ ). Nastolatkowie częściej są bardziej zadowoleni z życia jeśli nie palą papierosów ( $\chi^2 = 24.21$ ;  $p < 0,001$ ) oraz nigdy nie pili alkoholu ( $\chi^2 = 9.99$ ;  $p = 0,002$ ). Nastolatkowie, którzy rzadziej otrzymują wsparcie od rodziców/opiekunów w trudnych sytuacjach, są bardziej skłonni do palenia papierosów ( $\chi^2 = 27.32$ ;  $p < 0,001$ ) i/lub do picia alkoholu ( $\chi^2 = 40.51$ ;  $p < 0,001$ ).

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wniosek główny: Analiza zachowań młodzieży wykazała wczesną inicjację w zakresie palenia papierosów i picia alkoholu, łatwą dostępność tych substancji, duży wpływ środowiska rówieśniczego oraz zróżnicowane postawy rodziców wobec konsumpcji alkoholu przez nastolatków. Badania wykazały także narażenie młodzieży na bierne palenie w domu, problemy w relacjach z rodzicami, brak wsparcia w trudnych chwilach oraz wysoki poziom stresu i myśli samobójczych u części nastolatków. Wnioski szczegółowe: 1. Nastolatki, którzy kiedykolwiek palili papierosy, wypalają swojego pierwszego papierosa głównie w przedziale wiekowym 12-17 lat, choć niewielki odsetek młodzieży próbuje palić w wieku 10-11 lat (10,9%) lub jeszcze wcześniej. Z kolei alkohol młodzież również zaczyna pić głównie w przedziale wiekowym 12-17 lat (83,4%), choć niewielki odsetek młodzieży próbuje pić alkohol w wieku 10-11 lat (4,7%) lub jeszcze wcześniej. Zatem wiek inicjacji młodzieży w temacie palenia papierosów i picia alkoholu jest bardzo wczesny, co zwiększa ryzyko u tych osób chorób odtytoniowych i problemów alkoholowych w przyszłości; 2. Ponad połowa młodych ludzi bez większych trudności nabywa papierosy (54,7%), a część z nich również alkohol (13,7%), co wskazuje na niewystarczającą kontrolę sprzedaży i potrzebę działań edukacyjnych wśród sprzedawców. Młodzież spożywa różne rodzaje alkoholu (najczęściej piwo - 78,1% i wódkę - 72,2%; rzadziej wino - 54,3% lub jeszcze innego rodzaju alkohole - 9,5%, np. drinki), nierzadko w sposób intensywny, co sugeruje istnienie problemów alkoholowych oraz brak świadomości dotyczącej szkodliwości alkoholu niezależnie od jego rodzaju; 3. Średnio co 4. nastolatek jest zdania, że palenie papierosów pomaga w odchudzaniu (23,6%) oraz że palący papierosy chłopak/mężczyzna (24,8%) lub paląca papierosy dziewczyna/kobieta (22,1%) ma więcej kolegów/przyjaciół, co wskazuje za zasadne prowadzenie programów edukacyjnych dla młodzieży, które będą obalać mity na temat korzyści z palenia papierosów i uświadamiać młodzież o jego szkodliwości oraz promować aktywność fizyczną i zdrowe odżywianie, jako czynniki prawdziwie wpływające na zdrowie; 4. Młodzież w większości przyznaje, że w ich otoczeniu jest wiele osób w podobnym wieku, które palą papierosy (niektórzy koledzy palą – 55,0%; większość kolegów pali – 27,3%; wszyscy koledzy palą – 3,1%) oraz bardzo często razem z rówieśnikami piją alkohol (73,7%), co sugeruje, że presja grupy może być dla nastolatków silnym czynnikiem wpływającym na decyzję o paleniu papierosów i piciu alkoholu. Wskazuje to na potrzebę wzmacniania kompetencji społecznych i umiejętności asertywnego odmawiania; 5. Dziewczęta częściej niż chłopcy deklarują palenie papierosów (30,0% vs 23,4%), częściej wypijają alkohol pierwszy raz w domu rodzinnym (37,9% vs 30,8%) oraz częściej wskazują, jako przyczynę przyjmowania używek, „lepsze po ich przyjęciu radzenie sobie w życiu” (10,4% vs 5,4%), co uzasadnia potrzebę uwzględniania perspektywy płci w projektowaniu programów profilaktycznych dotyczących używek; 6. Część rodziców nastolatków jest świadoma, że ich dzieci palą papierosy (45,6%) i/lub piją alkohol (72,7%), co czyni rodziców poinformowanych o istniejącym problemie i współodpowiedzialnych niezapobiegania nałogom u ich dzieci i braku podjęcia kroków wczesnego leczenia. Dom rodzinny odgrywa istotną rolę w inicjacji alkoholowej młodzieży oraz jest także miejscem, w którym najczęściej spożywają oni alkohol, co w połączeniu z częstym piciem alkoholu przez bliskie im osoby, wskazuje na potrzebę działań profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych do rodzin. Częste picie alkoholu przez dorosłych oraz różny poziom przyzwolenia rodziców na jego konsumpcję przez dzieci (od 12,1% do 29,0%) sprzyjają dalszym eksperymentom i utrwalaniu szkodliwych zachowań, co wskazuje na potrzebę działań profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych do rodzin; 7. Średnio w sumie co 3. nastolatek (31,7%) przyznaje, że mieszkający z nim rodzice/opiekunowie palą papierosy, co świadczy, że część nastolatków jest narażona na

biernie palenie papierosów w domu i co wskazuje z kolei na potrzebę wdrożenia działań profilaktycznych oraz edukacyjnych w temacie szkodliwości palenia skierowanych do rodziców nastolatków; 8. Średnio co 4. nastolatek (26,9%) przyznaje, że wsparcie i pomoc w sytuacjach trudnych ze strony rodziców nie są im zawsze zagwarantowane (młódzież może liczyć na taką pomoc tylko czasami), co może świadczyć o przeciążeniu pracą rodziców nastolatków, osłabieniu więzi rodzinnych oraz o braku rozmów rodziców ze swoimi dziećmi na ważne tematy wieku adolescencji. Średnio co 6. nastolatek (w sumie 15,9%) przyznaje, że ich rodzice rzadko (10,9%) lub nigdy (5,0%) nie wiedzą, co robią w czasie wolnym od nauki, co świadczy o małym zainteresowaniu części rodziców nastolatków sprawami swoich dzieci, ale mówi także o mniejszej szansie ze strony rodziców na poznanie zainteresowań i potrzeb nastolatków, co utrudnia z kolei budowanie silnej więzi i relacji opartej na zaufaniu oraz stwarza potencjalnie większe ryzyko podejmowania przez młodzież nieodpowiednich lub szkodliwych aktywności bez wiedzy i nadzoru dorosłych; 9. Średnio 1 na 4-5 nastolatków przyznaje, że ma problemy ze zdrowiem (21,7%), ocenia stan swojego zdrowia jako „średni” (20,4%), przez większość czasu odczuwa samotność (21,0%), brakuje im zadowolenia z życia (31,7%) lub przyznają, że życie nie ma sensu (26,2%) oraz że przez większość czasu w ciągu roku są tak zestresowani, że nie mogą spać (22,4%), co wskazuje na wysoki poziom stresu i lęku u części młodzieży. Wskazane może być więc, przy przedłużających się takich objawach, celowe udanie się do psychologa lub specjalisty zdrowia psychicznego. Blisko co 8 nastolatek (w sumie 12,2%) przyznaje, że często odczuwa myśli samobójcze (przez większość czasu w ciągu roku – 7,7%, zawsze – 4,5%), co świadczy o poczuciu wśród części młodzieży ogromnego stresu, przytłoczenia, beznadziei, czy bezradności oraz poszukiwania chęci ucieczki od negatywnych doświadczeń i emocji oraz może świadczyć o problemach ze zdrowiem psychicznym. Utrzymujące się myśli samobójcze u części młodzieży wymagają oceny psychologicznej i wsparcia psychologa, a w sytuacjach uzasadnionych skierowania nastolatka do psychiatrii.

## VI. SUMMARY

---

Agnieszka Kapala

### **SMOKING CIGARETTES AND DRINKING ALCOHOL AS A MANIFESTATION OF RISKY BEHAVIORS OF YOUNG PEOPLE - A PSYCHOSOCIAL PERSPECTIVE**

#### **WORKING ASSUMPTIONS AND OBJECTIVES**

The aim of the presented work was (the main objective of the study) to analyze the health, social and mental behaviors of youth from the Wielkopolska province, in particular those related to smoking cigarettes, alcohol consumption, the influence of the family and peer environment, and to assess the physical and mental condition of young people. The specific objectives of the study were set as follows: to determine the age of initiation of youth in smoking cigarettes and drinking alcohol; to assess the availability of cigarettes and alcohol from the perspective of youth and to analyze the patterns of their consumption and the scale of potential addiction problems; to examine the beliefs of youth regarding smoking, especially in the context of body weight control and social acceptance; to analyze the influence of the peer environment on behaviors related to smoking and drinking alcohol; to compare attitudes and behaviors towards stimulants between girls and boys; to assess the awareness and attitudes of parents towards their children's use of psychoactive substances, including the role of the family in alcohol initiation and the level of acceptance for alcohol consumption at home; to determine the scale of youth's exposure to passive smoking at home; to examine the quality of relationships with parents, including the availability of their support in difficult situations and their knowledge about the use of free time by children; estimation of the percentage of youth with reduced mental and physical condition, including the frequency of suicidal thoughts.

#### **MATERIAL AND METHOD**

The study was conducted on a group of 1,292 adolescents (737 girls, 555 boys) aged 13-19 using a survey questionnaire consisting of 51 thematic questions and personal details. The study was conducted in secondary schools (general secondary school, basic vocational school, technical school) in selected counties of the Wielkopolska province in April-June 2023. The survey was in electronic form and was conducted online via the Microsoft Forms online platform. The surveys were completed by students independently, the study was voluntary and anonymous. Data from the electronic surveys were transferred to a database, on the basis of which statistical analyses were carried out.

#### **RESULTS**

The results of our own research were presented with a division into several thematic threads, i.e. smoking cigarettes by young people, drinking alcohol by young people, taking psychoactive substances by young people (other research threads) and self-assessment of the health of young people and assessment of relationships with parents or guardians.

Almost 1/3 of young people (27.2%) admit that they smoke cigarettes. The percentage of young people who smoke cigarettes is almost the same in the countryside and in the city (26.7% vs. 27.6%). On average, every 4th smoking teenager (25.6%) admits that they smoke cigarettes every day, and another 10.0% more than 20 days a month. On average, every 20th

smoking teenager (5.3%) admits that they smoke more than 20 cigarettes a day. The parents of almost every second teenager (45.6%) know that their child smokes cigarettes.

The majority of teenagers admit (62.5%) that they have already consumed alcohol. Youth admit that they drink alcohol in various forms 1-2 times a month (39.1%), 3-9 times (25.5%), 10-19 times (3.8%) or as many as over 20 times (1.1%). Almost 1 in 50 teenagers (1.8%) drinks alcohol every day. Only 1/3 of young people (28.9%) do not drink alcohol at all. On average, every third teenager (33.8%) drinks alcohol in the amount of "1 mug of beer, one glass of wine, 1 shot of vodka, one drink" on a single occasion, however, a further 20.3% of teenagers admit that they usually drink "5 or more mugs of beer, 5 glasses of wine, 5 shots of vodka, 5 drinks" on a single occasion. Young people most often drink beer (78.1%), vodka (72.2%), less often wine (54.3%) or other types of alcohol (9.5%), e.g. drinks, gin, rum, tequila, whiskey, brandy or liqueur. Parents of 2/3 of teenagers (72.7%) know that their child drinks alcohol. Young people take stimulants for many reasons, but the most common are: out of curiosity (9.6%), admitting that they cope better with life after using them (8.2%) and to kill time (5.8%). Young people drink energy drinks in various amounts on a monthly basis, i.e. almost every third teenager (31.3%) drinks them 1-2 times, another 25.0% 3-9 times, and 18.4% as many as 10 or more times. Youth drink energy drinks in a single day in varying amounts, i.e. 71.5% of teenagers drink up to 0.25 liters (1 can), 18.7% up to 0.5 liters (2 cans), 4.5% 0.75 liters (3 cans), while 5.3% of teenagers drink more than 1 liter (i.e. 4 cans or more). On average, 1 in 5 teenagers (21.7%) admit to having health problems. Almost half of the youth (45.9%) assess their health as "good", another 26.6% as "very good", and 20.4% as "average". Most young people, but to varying degrees, feel lonely, i.e. always (8.0%), most of the time (21.0%), sometimes (36.1%), rarely (22.9%). On average, every 8th teenager (12.0%) wrote that they never feel lonely. Almost every fourth teenager (22.4%) admits that they are so stressed most of the year that they cannot sleep, and another 7.4% of teenagers say that they always feel this way. On average, every 13th teenager (7.7%) admits that they feel suicidal most of the year, while on average, every 22nd teenager (4.5%) says that they always have such thoughts during the year. Almost one third of young people (31.7%) say that they are not satisfied with their lives.

Statistically significant relationships were shown: Teenagers who smoke cigarettes are much more likely to drink alcohol ( $\chi^2 = 152.25$ ;  $p < 0.001$ ). Teenagers who drink alcohol ( $\chi^2 = 127.66$ ;  $p < 0.001$ ) and those who smoke cigarettes ( $\chi^2 = 57.22$ ;  $p < 0.001$ ) reach for energy drinks much more often. Health problems are more frequently reported by teenagers who smoke cigarettes ( $\chi^2 = 18.76$ ;  $p < 0.001$ ), who have ever drunk alcohol ( $\chi^2 = 8.00$ ;  $p = 0.005$ ) and those who consume energy drinks ( $\chi^2 = 5.27$ ;  $p = 0.022$ ). Teenagers who assess their health as worse are more likely to feel lonely ( $\chi^2 = 281.12$ ;  $p < 0.001$ ). The more often teenagers feel stressed to the point that they cannot sleep, the worse they assess their health ( $\chi^2 = 211.70$ ;  $p < 0.001$ ). A worse subjective assessment of teenagers' health is associated with a higher frequency of suicidal thoughts ( $\chi^2 = 309.98$ ;  $p < 0.001$ ). Teenagers are more likely to be more satisfied with life if they do not smoke cigarettes ( $\chi^2 = 24.21$ ;  $p < 0.001$ ) and have never drunk alcohol ( $\chi^2 = 9.99$ ;  $p = 0.002$ ). Teenagers who are less likely to receive support from parents/guardians in difficult situations are more likely to smoke cigarettes ( $\chi^2 = 27.32$ ;  $p < 0.001$ ) and/or drink alcohol ( $\chi^2 = 40.51$ ;  $p < 0.001$ ).

## SUMMARY AND CONCLUSIONS

Main conclusion: Analysis of youth behaviors showed early initiation of smoking and drinking alcohol, easy access to these substances, high influence of peer environment and different attitudes of parents towards alcohol consumption by teenagers. Studies also showed exposure of teenagers to passive smoking at home, problems in relationships with parents,

lack of support in difficult times and high level of stress and suicidal thoughts in some teenagers. Detailed conclusions: 1. Teenagers who have ever smoked cigarettes smoke their first cigarette mainly in the age group of 12-17 years, although a small percentage of youth try to smoke at the age of 10-11 years (10.9%) or even earlier. In turn, youth also start drinking alcohol mainly in the age group of 12-17 years (83.4%), although a small percentage of youth try to drink alcohol at the age of 10-11 years (4.7%) or even earlier. Therefore, the age of initiation of youth in the topic of smoking cigarettes and drinking alcohol is very early, which increases the risk of tobacco-related diseases and alcohol problems in these people in the future; 2. More than half of young people buy cigarettes (54.7%) without any major difficulties, and some of them also buy alcohol (13.7%), which indicates insufficient control of sales and the need for educational activities among sellers. Young people consume various types of alcohol (most often beer - 78.1% and vodka - 72.2%; less often wine - 54.3% or other types of alcohol - 9.5%, e.g. drinks), often in an intensive manner, which suggests the existence of alcohol problems and a lack of awareness of the harmfulness of alcohol regardless of its type; 3. On average, every 4th teenager believes that smoking helps in losing weight (23.6%) and that a boy/man (24.8%) or a girl/woman (22.1%) who smokes cigarettes has more friends/colleagues, which indicates that it is justified to conduct educational programs for young people that will debunk myths about the benefits of smoking cigarettes and make young people aware of its harmfulness and promote physical activity and healthy eating as factors that truly affect health; 4. Most young people admit that in their environment there are many people of a similar age who smoke cigarettes (some friends smoke – 55.0%; most friends smoke – 27.3%; all friends smoke – 3.1%) and very often drink alcohol with their peers (73.7%), which suggests that peer pressure may be a strong factor influencing teenagers' decisions to smoke cigarettes and drink alcohol. This indicates the need to strengthen social competences and assertive refusal skills; 5. Girls more often than boys declare smoking cigarettes (30.0% vs 23.4%), more often drink alcohol for the first time in the family home (37.9% vs 30.8%) and more often indicate, as the reason for taking stimulants, "better coping with life after taking them" (10.4% vs 5.4%), which justifies the need to take into account the gender perspective in designing prevention programs concerning stimulants; 6. Some parents of teenagers are aware that their children smoke cigarettes (45.6%) and/or drink alcohol (72.7%), which makes parents informed about the existing problem and co-responsible for not preventing addictions in their children and not taking early treatment steps. The family home plays an important role in the initiation of alcohol among young people and is also the place where they most often consume alcohol, which, combined with the frequent drinking of alcohol by people close to them, indicates the need for preventive and educational activities aimed at families. Frequent drinking of alcohol by adults and varying levels of parental consent for its consumption by children (from 12.1% to 29.0%) encourage further experimentation and the consolidation of harmful behaviors, which indicates the need for preventive and educational activities aimed at families; 7. On average, every third teenager (31.7%) admits that the parents/guardians living with them smoke cigarettes, which indicates that some teenagers are exposed to passive smoking at home and which in turn indicates the need to implement preventive and educational activities on the harmfulness of smoking aimed at parents of teenagers; 8. On average, every 4th teenager (26.9%) admits that support and help in difficult situations from their parents are not always guaranteed (young people can count on such help only sometimes), which may indicate that parents of teenagers are overloaded with work, weakened family ties and a lack of conversations between parents and their children on important topics of adolescence. On average, every 6th teenager (15.9% in total) admits that their parents rarely (10.9%) or never (5.0%) know what they are doing in their free time, which indicates little interest of some parents of teenagers in their children's

affairs, but also indicates a smaller opportunity for parents to get to know the interests and needs of teenagers, which in turn makes it difficult to build a strong bond and a relationship based on trust and creates a potentially greater risk of young people undertaking inappropriate or harmful activities without the knowledge and supervision of adults; 9. On average, 1 in 4-5 teenagers admits that they have health problems (21.7%), assesses their health as "average" (20.4%), feels lonely most of the time (21.0%), lacks satisfaction with life (31.7%) or admits that life has no meaning (26.2%) and that most of the time during the year they are so stressed that they cannot sleep (22.4%), which indicates a high level of stress and anxiety in some young people. Therefore, if such symptoms persist, it may be advisable to deliberately visit a psychologist or mental health specialist. Nearly every 8th teenager (12.2% in total) admits that they often feel suicidal (most of the time during the year - 7.7%, always - 4.5%), which indicates a feeling of great stress, overwhelm, hopelessness or helplessness among some young people and a desire to escape from negative experiences and emotions and may indicate mental health problems. Persistent suicidal thoughts in some adolescents require psychological assessment and support from a psychologist, and in justified situations, referral of the teenager to a psychiatrist.

## VII. PIŚMIENNICTWO

---

1. Abbasi MMH, Rai MA. Drug advertisements: Role of media in adoption of drugs among students. *Journal of Development and Social Sciences* 2024; 5(3): 42-53.
2. Abnet CC, Arnold M, Wei WQ. Epidemiology of esophageal squamous cell carcinoma. *Gastroenterology* 2018; 154(2): 360-373.
3. Agbaje AO. Accelerometer-based sedentary time and physical activity with incident and progressive tobacco smoking in 2503 children: A 13-year mediation and temporal longitudinal study. *Behav Res Ther* 2025; 185: 104674.
4. Alayadi H. The impact of nicotine patches on gingival and oral health: A narrative review. *Cureus* 2024; 16(9): e70571.
5. Allen AM, Weinberger AH, Wetherill RR, et al. Oral contraceptives and cigarette smoking: A review of the literature and future directions. *Nicotine Tob Res* 2019; 21(5): 592-601.
6. Andersson TM, Engholm G, Pukkala E, et al. Avoidable cancers in the Nordic countries – The impact of alcohol consumption. *Eur J Cancer* 2018; 103: 299-307.
7. Anwar MY, Marcus M, Taylor KC. The association between alcohol intake and fecundability during menstrual cycle phases. *Hum Reprod* 2021; 36(9): 2538-2548.
8. Aspera-Werz RH, Mück J, Linnemann C, et al. Nicotine and cotinine induce neutrophil extracellular trap formation-potential risk for impaired wound healing in smokers. *Antioxidants (Basel)* 2022; 11(12): 2424.
9. Aune D, Schlesinger S, Norat T, et al. Tobacco smoking and the risk of atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Prev Cardiol* 2018; 25(13): 1437-1451.
10. Bagot KS. Editorial: Durability of alcohol use prevention effects in adolescents and transitional age youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022; 61(4): 473-475.
11. Bala MM, Strzeszynski L, Topor-Madry R. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 11(11): CD004704.
12. Banach M, Matejek J. W trosce o zdrowie dziecka i Twoje. Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) – kompendium wiedzy. Scriptum, Kraków 2016.
13. Banasiak E. Zasady pielęgnacji skóry osób narażonych na nikotynę. *Kosmetologia Estetyczna* 2015; 3: 243-250.
14. Banderali G, Martelli A, Landi M, et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: A descriptive review. *J Transl Med* 2015; 13: 327.
15. Baris D, Karagas MR, Verrill C, et al. A case-control study of smoking and bladder cancer risk: Emergent patterns over time. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101(22): 1553-1561.
16. Barnes GM, Hoffman JH, Welte JW, et al. Effects of parental monitoring and peer deviance on substance use and delinquency. *Journal of Marriage and Family* 2006; 68(4): 1084-1104.

17. Barnes PJ, Burney PG, Silverman EK, et al. Chronic obstructive pulmonary disease. *Nat Rev Dis Primers* 2015; 1: 15076.
18. Bartkowski JP, Xu X. Religiosity and teen drug use reconsidered: A social capital perspective. *Am J Prev Med* 2007; 32(6 Suppl): 182-194.
19. Becker SJ, Helseth SA, Kelly LM, et al. Parent SMART (Substance Misuse in Adolescents in Residential Treatment): Protocol of a randomized effectiveness trial of a technology-assisted parenting intervention. *JMIR Res Protoc* 2022;11(2):e35934.
20. Becona E, Martinez U, Calafat A, et al. Parental styles and drug use: a review. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2012; 19(1): 1-10.
21. Bednarek A, Giermaziak W. E-papierosy – mniejsze zło? *Farm Pol* 2019; 75(10): 549-560.
22. Ben QW, Liu J, Sun YW, et al. Cigarette smoking and mortality in patients with pancreatic cancer: A systematic review and meta-analysis. *Pancreas* 2019; 48(8): 985-995.
23. Benyamini Y, Leventhal H, Leventhal EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med* 2004; 59(5): 1109-1116.
24. Beyers JM, Toumbourou JW, Catalano RF, et al. A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *J Adolesc Health* 2004; 35(1): 3-16.
25. Bloomberg M, Muniz-Terrera G, Brocklebank L, et al. Healthy lifestyle and cognitive decline in middle-aged and older adults residing in 14 European countries. *Nat Commun* 2024; 15(1): 5003.
26. Bobrowski KJ, Greń J, Ostaszewski K, et al. Factors related to the alcohol use among students attending youth correctional centres. *Alcohol Drug Addict* 2019; 32(4): 317-336.
27. Bobrowski KJ, Pisarska A, Ostaszewski K, et al. Skuteczność programu profilaktyki alkoholowej dla dzieci na progu dojrzewania. *Psychiatr Pol* 2014; 48(3): 527-539.
28. Brady KT, Sinha R. Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *Am J Psychiatry* 2005; 162(8): 1483-1493.
29. Broun A, Haynie D, Choi K. Parental anti-smoking encouragement as a longitudinal predictor of young adult cigarette and e-cigarette use in a US national study. *Nicotine Tob Res* 2021; 23(9): 1468-1474.
30. Brunner S, Krewitz Ch, Winter R. Acute alcohol consumption and arrhythmias in young adults: The Munich BREW II study. *Eur Heart J* 2024; 45(46): 4938-4949.
31. Bugbee BA, Beck KH, Fryer CS, et al. Substance use, academic performance, and academic engagement among high school seniors. *J Sch Health* 2019; 89(2): 145-156.
32. Bury P, Godlewski D, Wojtyś P. Alkohol jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej. *Współcz Onkol* 2000; 1: 13-15.
33. Caceres-Ayala C, Pautassi RM, Acuña MJ, et al. The functional and molecular effects of problematic alcohol consumption on skeletal muscle: A focus on athletic performance. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2022; 48(2): 133-147.

34. Cao S, Gan Y, Dong X, et al. Association of quantity and duration of smoking with erectile dysfunction: A dose-response meta-analysis. *J Sex Med* 2014; 11(10): 2376-2384.
35. Carver H, Elliott L, Kennedy C, et al. Parent-child connectedness and communication in relation to alcohol, tobacco and drug use in adolescence: an integrative review of the literature. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2017; 24(2): 119-133.
36. Castrillo PC, Villarino AF, Reboredo MBT, et al. Relations between health perception and physical self-concept in adolescents. *The Open Sports Sciences Journal* 2020; 13: 137-145.
37. Chang WC, Lee CH, Chiou SH, et al. Proteomic analysis of aqueous humor proteins in association with cataract risks: Diabetes and smoking. *J Clin Med* 2021; 10(24): 5731.
38. Chen MH, Hong CL, Wang YT, et al. The effect of astaxanthin treatment on the rat model of fetal alcohol spectrum disorders (FASD). *Brain Res Bull* 2022; 183: 57-72.
39. Chew KK, Bremner A, Stuckey B, et al. Is the relationship between cigarette smoking and male erectile dysfunction independent of cardiovascular disease? Findings from a population-based cross-sectional study. *J Sex Med* 2009; 6(1): 222-231.
40. Chien CY, Chen YC, Lee CH, et al. Dysregulation of the miR-30a/BiP axis by cigarette smoking accelerates oral cancer progression. *Cancer Cell Int* 2021; 21(1): 578.
41. Cho GH, Jang YS, Shin J, et al. Association between having a meal together with family and smoking: a cross-sectional nationwide survey. *BMC Public Health* 2023; 23(1): 2261.
42. Chopra K, Tiwari V. Alcoholic neuropathy: Possible mechanisms and future treatment possibilities. *Br J Clin Pharmacol* 2012; 73(3): 348-362.
43. Chu Z, Yi M, Yan C, et al. The impact of smoking and alcohol consumption on rosacea: A multivariable Mendelian randomization study. *Front Public Health* 2024; 12: 1320932.
44. Cierpiąłkowska L, Grzegorzewska I. Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej. Wyd. Naukowe Uniw. Adama Mickiewicza, Poznań 2016.
45. Cierpiąłkowska L, Ziarko M. Psychologia uzależnień – alkoholizm. Wyd. Akademickie i Profesjonalne. Warszawa, 2010.
46. Clare PJ, Dobbins T, Bruno R, et al. The overall effect of parental supply of alcohol across adolescence on alcohol – related harms in early adulthood – a prospective cohort study. *Addiction* 2020; 115(10): 1833-1843.
47. Çolak Y, Løkke A, Marott JL, et al. Low smoking exposure and development and prognosis of COPD over four decades: A population-based cohort study. *Eur Resp J* 2024; 2400314.
48. Conger RD, Cui M, Bryant CM, et al. Competence in early adult romantic relationships: A developmental perspective on family influences. *J Pers Soc Psychol* 2000; 79(2): 224-237.
49. Cosin-Tomas M, Hoang T, Qi C, et al. Association of exposure to second-hand smoke during childhood with blood DNA methylation. *Environ Int* 2025; 195: 109204.
50. Czarnywojtek A, Borowska M, Dyrka K, et al. The influence of various endocrine disruptors on the reproductive system. *Endokrynol Pol* 2023; 74(3): 221-233.

51. Dąbrowska K, Sierosławski J, Wieczorek Ł. Trends in tobacco-related behaviour among young people in Poland from 1995 to 2015 against background of selected European countries. *Alcohol Drug Addict* 2018; 31(1): 65-82.
52. Daily SM, Mann MJ, Lilly ChL. School climate as a universal intervention to prevent substance use initiation in early adolescence: a longitudinal study. *Health Educ Behav* 2020; 47(3): 402-411.
53. de Timary P, Stärkel P, Delzenne NM, et al. A role for the peripheral immune system in the development of alcohol use disorders? *Neuropharmacology* 2017; 122: 148-160.
54. Dębski M, Flis J. Młode Głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym. Raport z badania dotyczącego zdrowia psychicznego, poczucia własnej wartości i sprawczości wśród młodych ludzi w Polsce. Fundacja UNAWEZA, Warszawa 2023; [https://mlodeglowy.pl/wp-content/uploads/2023/04/MLODE-GLOWY.-Otwarcie-o-zdrowiu-psychicznym\\_-Raport-final.pdf](https://mlodeglowy.pl/wp-content/uploads/2023/04/MLODE-GLOWY.-Otwarcie-o-zdrowiu-psychicznym_-Raport-final.pdf); 2025.02.13.
55. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, et al. The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(3): 251-264.
56. Deng W, Jin L, Zhuo H, et al. Alcohol consumption and risk of stomach cancer: A meta-analysis. *Chem Biol Interact* 2021; 336: 109365.
57. Dervaux A, Laqueille X. Le traitement par thiamine (vitamine B1) dans l'alcoolodépendance [Thiamine (vitamin B1) treatment in patients with alcohol dependence]. *Presse Med* 2017; 46(2 Pt 1): 165-171.
58. Dines AM, Wood DM, Yates C, et. al. Acute recreational drug and new psychoactive substance toxicity in Europe: 12 months data collection from the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). *Clinical Toxicology* 2015; 53: 893-900.
59. Dinis-Oliveira RJ, Magalhães T. Abuse of licit and illicit psychoactive substances in the workplace: Medical, toxicological, and forensic aspects. *J Clin Med* 2020; 9(3): 770.
60. Drobnik J, Susło R, Trnka J. Ostre zatrucia substancjami psychoaktywnymi jako praktyczny problem lekarza rodzinnego. *Przewodnik Lekarza* 2010; 2(13): 131-134.
61. Duko B, Bedaso A, Dachew BA, et al. The effect of maternal prenatal tobacco smoking on offspring academic achievement: A systematic review and meta-analysis. *Addict Behav* 2024; 153:107985.
62. Dzielska A, Kowalewska A. Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. *Studia BAS* 2014; 2(38): 139-168.
63. Dziukiewicz J. Społeczny wymiar zdrowia osób uzależnionych. *Rozprawy Społeczne* 2021; 15(3): 110-130.
64. Eischens A, Komro KA, Perry ChL, et al. The association of extracurricular activity participation with substance use among youth in the DARE Plus Project. *American Journal of Health Education* 2004; 35(2): 68-75.
65. Enga KF, Braekkan SK, Hansen-Krone IJ, et al. Cigarette smoking and the risk of venous thromboembolism: The Tromsø Study. *J Thromb Haemost* 2012; 10(10): 2068-2074.
66. Engen PA, Green SJ, Voigt RM, et al. The gastrointestinal microbiome: Alcohol effects on the composition of intestinal microbiota. *Alcohol Res* 2015; 37(2): 223-236.

67. Esmaeelzadeh S, Moraros J, Thorpe L, et al. The association between depression, anxiety and substance use among Canadian post-secondary students. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; 14: 3241.
68. Evans W, Andrade E, Goldmeier S, et al. The living the example social media substance use prevention program: A pilot evaluation. *JMIR Ment Health* 2017; 4(2): e24.
69. Fal A, Pinkas J, Jankowski P, et al. Zalecenia dotyczące prewencji chorób u osób palących papierosy. *Lekarz POZ* 2022; 6: 385-394
70. Fal AM, Kiedik D, Kiedik BM, et al. Current perspective on smoking epidemics in Poland – statement the Polish Society of Public Health. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2022; 29(3): 348-357.
71. Fan D, Liu L, Xia Q, et al. Female alcohol consumption and fecundability: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Sci Rep* 2017; 7(1): 13815.
72. Fan S, Chen G, Zhang K, et al. The incidence and risk factors of marginal ulcers in the short and medium term in symptomatic post-pancreaticoduodenectomy patients – single-center experience. *Am J Surg* 2024; 233: 94-99.
73. Fedorowski JJ, Jankowski M, Buchelt B, et al., Smoke-free hospitals in Poland - a cross-sectional survey. *Arch Med Sci.* 2020; 19(6): 1795-1801.
74. Feinberg ME, Fang S, Fosco GM, et al. Long-term effects of adolescent substance use prevention on participants, partners, and their children: Resiliency and outcomes 15 years later during the COVID-19 pandemic. *Prevention Science* 2022; 23: 1264-1275.
75. Fleckenstein M, Schmitz-Valckenberg S, Chakravarthy U. Age-related macular degeneration: A review. *JAMA* 2024; 331(2): 147-157.
76. Foryś Z. Zatrucia samobójcze młodzieży, a używanie substancji psychoaktywnych. *Przegląd Lekarski* 2007; 4-5(64): 222-226.
77. Frąc Z, Rutka M, Linek P, et al. Fizjoterapia w leczeniu subklinicznych objawów neuropatii alkoholowej – wstępne założenia. *Rehabilitacja w Praktyce* 2019; 5: 44-48.
78. Frączek A. Wiek inicjacji do picia alkoholu a późniejsze funkcjonowanie dorastających. *Alkoholizm i Narkomania* 1994; 3(17): 279-288.
79. Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, et al. Prospective investigation of the cigarette smoking-head and neck cancer association by sex. *Cancer* 2007; 110(7): 1593-1601.
80. Fudała J, Dąbrowska K. Środowisko pracy a alkohol. Działania profilaktyczne i aspekty prawne. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2013: 24.
81. Gaciong Z. Alcohol and the heart. *J Health Inequal* 2019; 5(1): 40.
82. Gandini S, Botteri E, Iodice S, et al. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *Int J Cancer* 2008; 122(1): 155-164.
83. Gazel U, Ayan G, Solmaz D, et al. The impact of smoking on prevalence of psoriasis and psoriatic arthritis. *Rheumatology* 2020; 59(10): 2695-2710.
84. GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2021; 397(10292): 2337-2360.

85. Genchi VA, Cignarelli A, Sansone A, et al. Understanding the role of alcohol in metabolic dysfunction and male infertility. *Metabolites* 2024; 14(11): 626.
86. Goliath V, Pretorius B. Peer risk and protective factors in adolescence: Implications for drug use prevention. *Social Work/Maatskaplike Werk* 2016; 52(1): 113-129.
87. Goniewicz ML, Gawron M, Nadolska J, et al. Rise in electronic cigarette use among adolescents in Poland. *J Adolesc Health*. 2014; 55(5): 713-715.
88. González MM, Solano MM, Porco TC, et al. Epidemiology of uveitis in a US population-based study. *J Ophthalmic Inflamm Infect* 2018; 8(1): 6.
89. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet* 2011; 377(9783): 2093-2102.
90. Grabowska H, Grabowski W, Flis A, et al. Wpływ palenia tytoniu na ciśnienie krwi a działania pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(4): 519-523.
91. Gray KM, Squeglia LM. Research review: What have we learned about adolescent substance use? *J Child Psychol Psychiatry* 2018; 59(6): 618-627.
92. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, et al. Psoriasis *Lancet* 2021; 397(10281): 1301-1315.
93. Gurba E. Relacje: rodzice – dorastające dzieci w ocenie rodziców i ich dorastających dzieci. *Psychologia Rozwojowa* 2006; 11(1): 81-90.
94. Hartleb M, Czech E. Alkoholowa choroba wątroby. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2007; 2(2): 92-100.
95. He J, Whelton PK. Passive cigarette smoking increases risk of coronary heart disease. *Eur Heart J* 1999; 20(24): 1764-1765.
96. Hemphill SA, Heerde JA, Herrenkohl TI, et al. Risk and protective factors for adolescent substance use in Washington State, the United States and Victoria, Australia: A longitudinal study. *J Adolesc Health* 2011; 49(3): 312-320.
97. Heradstveit O, Hysing M, Breivik K, et al. Negative life events, protective factors, and substance related problems: a study of resilience in adolescence. *Substance Use & Misuse* 2023; 58(4): 471-480.
98. Hernandez L, Rodriguez AM, Spirito A. Brief family-based intervention for substance abusing adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015; 24(3): 585-599.
99. Hoffmann JP. Family structure, unstructured socializing, and heavy substance use among adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(14): 8818.
100. Holmen TL, Barrett-Connor E, Holmen J, et al. Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers, Norway, 1995-1997: The Nord-Trøndelag Health Study. *Am J Epidemiol* 2000; 151(2), 148-155.
101. Hopfer S, Hecht ML, Lanza ST, et al. Preadolescent drug use resistance skill profiles, substance use, and substance use prevention. *Prim Prev* 2013; 34(6): 395-404.
102. Horecka-Lewitowicz A, Lewitowicz P, Adamczyk-Gruszka O, et al. Fetal alcohol syndrome – causes, diagnostic criteria and prevalence. *Studia Medyczne* 2014; 30(1): 48-50.
103. Horecka-Lewitowicz A, Lewitowicz P, Adamczyk-Gruszka O, et al. Objawy, przebieg i postępowanie w alkoholowym zespole płodowym. *Studia Medyczne* 2013; 29(2): 195-198.

104. Horigian VE, Anderson AR, Szapocznik J. Family-based treatments for adolescent substance use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016; 25(4): 603-628.
105. Htet Z, Alcohol-induced rhabdomyolysis: A disease with potential pitfalls. *Acute Med* 2018; 17(4): 226-232.
106. Huang DQ, Singal AG, Kono Y, et al. Changing global epidemiology of liver cancer from 2010 to 2019: NASH is the fastest growing cause of liver cancer. *Cell Metab* 2022; 34(7): 969-977.
107. Huber ME, Larson E, Lust TN, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and cigarette smoke lead to dysregulated mucosal-associated invariant T-cell activation. *Am J Respir Cell Mol Biol* 2023; 68(1): 90-102.
108. Hughes C, Spicer B, Lancaster K, et al. Media reporting on illicit drugs in australia: Trends and impacts on youth attitudes to illicit drug use. *Drug policy modelling program, Monograph 19. NDARC* 2010.
109. Husak P, Martyniuk T. Istota i swoistość uzależnienia od substancji psychoaktywnych: podstawowe koncepcje naukowe, definicje i kryteria. *Studia i Prace Pedagogiczne. Rozprawy i Materiały* 2014; 1: 213-219.
110. Imamura F. Effects of prenatal alcohol exposure on the olfactory system development. *Front Neural Circuits* 2024; 18: 1408187.
111. Inicjacja alkoholowa dzieci i młodzieży w Polsce – diagnoza problemu, przyczyny i konsekwencje. Raport Instytutu Człowieka Świadomego. Warszawa 2024; [https://instytutczlowiekaswiadomego.pl/wp-content/uploads/2024/10/Raport\\_Inicjacja-alkoholowa-\\_ONLINE\\_31024-ICS.pdf](https://instytutczlowiekaswiadomego.pl/wp-content/uploads/2024/10/Raport_Inicjacja-alkoholowa-_ONLINE_31024-ICS.pdf); 10.04.2025.
112. Istrate M, Hasbei-Popa M, Iliescu DA, et al. Effects of cigarette smoking on sensorineural hearing impairment and age related macular degeneration. *Tob Prev Cessat* 2021; 7: 55.
113. Iwamae M, Tamai K, Nishino K, et al. Does cessation of combustible cigarette and heated tobacco product smoking immediately following a fracture benefit fracture healing? In vivo and in vitro validation. *Biochem Biophys Res Commun* 2024; 736: 150512.
114. Jackson KM, Jones PC, Fluke LM, et al. Smoking status and survival in patients with early-stage primary cutaneous melanoma. *JAMA Network Open* 2024; 7(2): e2354751.
115. Jackson SE, Jarvis MJ, West R. The price of a cigarette: 20 minutes of life? *Addiction* 2024; 18 December: 1-3.
116. Janik-Konieczny K, Parascandola M, Bachand J, et al. E-cigarette use among Polish students: findings from the 2016 Poland Global Youth Tobacco Survey. *J Health Inequal* 2020; 6(2): 95-103.
117. Jankowiak B. Konflikt między rodzicami jako czynnik ryzyka nieprzystosowania dzieci i młodzieży. *Studia Edukacyjne* 2015; 36: 165-178.
118. Jankowski M, Krzystanek M, Zejda JE, et al. E-Cigarettes are more addictive than traditional cigarettes-a study in highly educated young people. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(13): 2279.
119. Jankowski M, Minarowski Ł, Mróz RM, et al. E-cigarette use among young adults in Poland: Prevalence and characteristics of e-cigarette users. *Adv Med Sci*. 2020; 65(2): 437-441.

120. Jankowski M, Ostrowska A, Sierpiński R, et al. The prevalence of tobacco, heated tobacco, and e-cigarette use in Poland: A 2022 web-based cross-sectional survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19: 4904. doi: 10.3390/ijerph19084904.
121. Jankowski MM, Ignatowska-Jankowska B, Kumański K, et al. Wpływ alkoholu na układ odpornościowy – przegląd badań. *Alkoholizm i Narkomania* 2013; 26(1): 37-53.
122. Jaros A, Jaros R. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z zachowaniami problemowymi – przegląd badań przeprowadzonych w Polsce [w:] Zapobieganie wykluczeniu z systemu edukacji dzieci i młodzieży nieprzystosowanej społecznie. *Perspektywa pedagogiczna* (red.) Kowalska JE. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014: 103-115.
123. Jarosz M, Sekuła W, Rychlik E. Trends in dietary patterns, alcohol intake, tobacco smoking, and colorectal cancer in Polish population in 1960–2008. *BioMed Research International* 2013; 183204, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/183204>.
124. Jassem J, Przewoźniak K, Zatoński W. Tobacco control in Poland-successes and challenges. *Transl Lung Cancer Res.* 2014; 3(5): 280-285.
125. Jaworski M. Drunkoreksja — zaburzenie odżywiania połączone z alkoholizmem wśród młodych dorosłych. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014; 8(5): 217-225.
126. Jerzyński T, Stimson GV, Shapiro H, et al. Estimation of the global number of e-cigarette users in 2020. *Harm Reduct J.* 2021; 18(1): 109.
127. Johnson DE, Burtneess B, Leemans CR, et al. Head and neck squamous cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primers.* 2020 Nov 26;6(1):92. Erratum in: *Nat Rev Dis Primers* 2023; 9(1): 4.
128. Joško-Ochojska J. Nikotynizm [w:] Higiena, epidemiologia i zdrowie publiczne – podręcznik dla studentów. Joško-Ochojska J. (red.). Wyd. Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, 2012: 77-83.
129. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009; 69(3): 307-316.
130. Kahnert S, Driezen P, Balmford J, et al., EUREST-PLUS Consortium. effectiveness of tobacco warning labels before and after implementation of the European Tobacco Products Directive-findings from the longitudinal EUREST-PLUS ITC Europe surveys. *Eur J Public Health.* 2020; 30(Suppl\_3): iii84-iii90. doi: 10.1093/eurpub/ckaa039.
131. Kantor R, Silverberg JI. Environmental risk factors and their role in the management of atopic dermatitis. *Expert Rev Clin Immunol* 2017; 13(1): 15-26.
132. Karasowska A. Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej. *Dziecko Krzywdzone* 2004: 1-12.
133. Kasztelan-Szczerbińska B, Słomka M, Celiński K. Dysfunkcja bariery śluzówkowej jelit i endotoksemia – ogniwa kaskady zapalnej w alkoholowej chorobie wątroby. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2010; 5(2): 77-82.
134. Kelley ML, Nair V, Rawlings T, et al. Retrospective reports of parenting received in their families of origin: Relationships to adult attachment in adult children of alcoholics. *Addict Behav* 2005; 30(8): 1479-1495.
135. Khajehdaluae M, Zavar A, Alidoust M, et al. The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2023; 15(11): e7682.

136. Khan MR, Berger A, Hemberg J, et al. Non-injection and injection drug use and STI/HIV risk in the United States: The degree to which sexual risk behaviors versus sex with an STI-infected partner account for infection transmission among drug users. *AIDS and Behavior*, 2013; 17(3): 1185-1194.
137. Khatib MN, Sinha A, Gaidhane AM, et al. A systematic review on effect of electronic media among children and adolescents on substance abuse. *J Community Med* 2018; 43: 66-72.
138. Kicior B. Po co nam media – po co my mediom? Funkcje i oddziaływanie mediów masowych w społeczeństwie. *Konteksty Społeczne* 2018; 6,1(11): 55-63.
139. Kim SY, Sim S, Choi HG. Atopic dermatitis is associated with active and passive cigarette smoking in adolescents. *PLoS One* 2017; 12(11): e0187453.
140. Kleszczewska E, Jaszczyk A. Badanie postaw i niektórych elementów stylu życia wśród mężczyzn regionu północno-wschodniej Polski. *Probl Hig Epidemiol* 2007; 88 (suplement 3): 50-55.
141. Kliewer W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected central American countries. *J Adolesc Health* 2007; 40: 448-455.
142. Klimkiewicz A, Klimkiewicz J, Jakubczyk A, et al. Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi. Część I. *Epidemiologia podwójnego rozpoznania. Psychiatr Pol* 2015; 49(2): 265-275.
143. Kliś M. Konflikt pokoleń w rodzinach dorastającej młodzieży. *Państwo i Społeczeństwo* 2011; 11(3): 37-60.
144. Kokotailo PK, et al. Używanie alkoholu przez młodzież z perspektywy lekarza pediatrii. *Pediatrics po Dyplomie* 2011; 15(3): 23-32.
145. Konsumpcja alkoholu w Polsce. Komunikat z badań. CBOS 2019; 151. [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K\\_151\\_19.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_151_19.PDF); 2025.02.15.
146. Korczyński P, Surma S, Jankowska-Zduńczyk A, et al. Palenie papierosów – nie tylko tradycyjnych. Jak zbierać wywiady, co dokumentować w historii choroby? <https://www.termedia.pl/pulmonologia/Palenie-papierosow-nie-tylko-tradycyjnych-Jak-zbierac-wywiady-co-dokumentowac-w-historii-choroby-,57278.html>; 2024.09.18.
147. Korpetta E, Szmerdt-Sisicka E. Co to znaczy uzależnienie. *Spectrum*, Warszawa 2000: 14-15.
148. Kotyuk E, Magi A, Eisinger A, et al. Co-occurrences of substance use and other potentially addictive behaviors: Epidemiological results from the psychological and genetic factors of the addictive behaviors (PGA) study. *J Behav Addict* 2020; 9(2), 272-288.
149. Kovitwanichkanont T, Chong AH, Foley P. Beyond skin deep: addressing comorbidities in psoriasis. *Med J Aust* 2020; 212(11): 528-534.
150. Kozieł D, Głuszek S. Epidemiology of acute pancreatitis in Poland – selected problems. *Medical Studies* 2016; 32(1): 1-3.
151. Kozłowska A. Oddziaływanie mass mediów. Wyd SGH, Warszawa 2006.
152. Kozuchowska K, Pilarz D, Szewczyk M, et al. The impact of energy drinks on health of children and young adults – review of latest research. *J Educ Health Sport* 2025; 78: 57745.

153. Krawczyk J. Losy życiowe młodych mężczyzn, którzy w nieletniości popełnili co najmniej jedno przestępstwo pod wpływem alkoholu. *Archiwum Kryminologii* 1993; 19: 17-26.
154. Krawczyk J. Nieletni sprawcy przestępstw popełnianych pod wpływem alkoholu. *Archiwum Kryminologii* 1992; 18: 204-209.
155. Kryński MJ. Alkoholizm jako zjawisko społeczne i czynnik kryminogeny z uwzględnieniem wyników badań skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym na terenie Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Białymstoku. *Probacja* 2024; 2: 121-148.
156. Kudła J, Gigol J, Walczyk B, et al. Wpływ podatku akcyzowego na rynek wyrobów tytoniowych w Polsce – Raport. Instytut Finansów Publicznych, Warszawa 2024; [https://www.ifp.org.pl/wp-content/uploads/2024/11/IFP\\_raport\\_wyroby\\_tytoniowe\\_04\\_11\\_2024.pdf](https://www.ifp.org.pl/wp-content/uploads/2024/11/IFP_raport_wyroby_tytoniowe_04_11_2024.pdf).
157. Kulikowska A, Czaban S, Jarocka I, et al. Alkohol i jego społeczne konsekwencje [w:] *W drodze do brzegu życia*, T. 7. Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C. (red.). Białystok, Wyd. Uniw. Medycznego, 2009: 130-140.
158. Kumpfer KL. Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *ISRN Addiction* 2014: 308789.
159. Kuppens S, Moore SC, Gross V, et al. The enduring effects of parental alcohol, tobacco, and drug use on child well-being: A multilevel meta-analysis. *Dev Psychopathol* 2020; 32(2): 765-778.
160. Kurdyś-Bykowska P, Kośmider L, Bykowski W, et al. Epidemiology of traditional cigarette and e-cigarette use among adolescents in Poland: Analysis of sociodemographic risk factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2024; 21(11): 1493. doi: 10.3390/ijerph21111493.
161. Kurzepa J, Kapka-Skrzypczak L, Mądro A. The impact of alcohol abuse on selected biochemical parameters in patients with chronic pancreatitis. *J Health Inequal* 2024; 10(1): 17-21.
162. Landberg J, Danielsson AK, Falkstedt D, et al. Fathers' alcohol consumption and long-term risk for mortality in offspring. *Alcohol Alcohol* 2018; 53(6): 753-759.
163. Landberg J, Danielsson AK, Hemmingsson T. Fathers' alcohol use and suicidal behaviour in offspring during youth and young adulthood. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 140(6): 563-573.
164. Landry RL, Groom AL, Vu TT, et al. The role of flavors in vaping initiation and satisfaction among U.S. adults. *Addict Behav* 2019; 99: 106077.
165. Laskowska K. Nielegalny handel narkotykami w Polsce. *Temida 2*, Białystok 1999: 23-24.
166. Launiainen T, Broms U, Keskitalo-Vuokko K, et al. Nicotine, alcohol, and drug findings in young adults in a population-based postmortem database. *Nicotine & Tobacco Research* 2011; 13(9): 763-771.
167. Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, et al. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacol Biochem Behav* 2020; 192: 172906.
168. Leventhal AM, Goldenson NI, Cho J, et al. Flavored e-cigarette use and progression of vaping in adolescents. *Pediatrics* 2019; 144(5): e20190789.

169. Li H, Shi Q. Drugs and diseases interacting with cigarette smoking in US prescription drug labelling. *Clin Pharmacokinet* 2015; 54(5): 493-501.
170. Liberska H, Malina A. Więzi rodzinne a zachowania ryzykowne młodzieży [w:] Liberska H, Malina A. (red.), *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin*. Difin, Warszawa 2011: 85-102.
171. Libuy N, Guajardo V, Ibáñez C, et al. Parental practices and their association with alcohol and cannabis use among adolescents in Chile. *Frontiers in Psychology* 2023; 14.
172. Lim CCW, Rutherford B, Gartner C, et al. A systematic review of second-hand smoking mass media campaigns (2002-2022). *BMC Public Health* 2024; 24(1): 693.
173. Linder LM, Robert S, Mullinax K, et al. Thiamine prescribing and wernicke's encephalopathy risk factors in patients with alcohol use disorders at a psychiatric hospital. *J Psychiatr Pract* 2018; 24(5): 317-322.
174. Liu L, Meng W, Liu B. The mediating role of social support in the relationship between parenting styles and adolescent drug abuse identification. *Front. Psychol* 2022; 12: 802408.
175. Liu L, Xue Y, Chen Y, et al. Alcohol consumption and the risk of rosacea: A systematic review and meta-analysis. *J Cosmet Dermatol* 2022; 21(7): 2954-2961.
176. Liu Y, Li L, Chen Z, et al. Relationship between parental smoking and adolescent smoking: Gender differences and mediation of resilience. *BMC Public Health* 2025; 25(1): 434.
177. Lortet-Tieulent J, Goding Sauer A, Siegel RL, et al. State-level cancer mortality attributable to cigarette smoking in the United States. *JAMA Intern Med* 2016; 176(12): 1792-1798.
178. Ludwików K, Małkiewicz K. Alkoholowy zespół płodowy – przegląd piśmiennictwa. *Forum Ortod* 2018; 14: 214-23.
179. Lugo A, Peveri G, Bosetti C, et al. Strong excess risk of pancreatic cancer for low frequency and duration of cigarette smoking: A comprehensive review and meta-analysis. *Eur J Cancer* 2018; 104: 117-126.
180. Łukaszek M. Socially maladjusted men and their sexual scripts in the context of psychoactive substance use. *Alcohol Drug Addict* 2018; 31(3): 193-212.
181. Luo Q, Steinberg J, Yu XQ, et al. Projections of smoking-related cancer mortality in Australia to 2044. *J Epidemiol Community Health* 2022; 76(9): 792-799.
182. Mahabee-Gittens EM, Xiao Y, Gordon JS, et al. The dynamic role of parental influences in preventing adolescent smoking initiation. *Addictive Behaviors* 2013; 38(4): 1905-1911.
183. Makara-Studzińska M, Moryłowska J. Rodzina a zachowania ryzykowne młodzieży. *Roczniki Teologiczne* 2007; LIV(10): 59-69.
184. Malczewski A, Jabłoński P. Raport 2023. Uzależnienia w Polsce. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2023.
185. Malhotra J, Malvezzi M, Negri E, et al. Risk factors for lung cancer worldwide. *Eur Respir J* 2016; 48(3): 889-902.
186. Malhotra J, Praud D, Boffetta P. Changes in the trend of alcohol-related cancers: Perspectives on statistical trends. *Chem Res Toxicol* 2015; 28(9): 1661-1665.

187. Markidan J, Cole JW, Cronin CA, et al. Smoking and risk of ischemic stroke in young men. *Stroke* 2018; 49(5): 1276-1278.
188. Marom-Haham L, Shulman A. Cigarette smoking and hormones. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2016; 28(4): 230-235.
189. Marsh L, Vaneckova P, Robertson L, et al. Association between density and proximity of tobacco retail outlets with smoking: A systematic review of youth studies. *Health Place* 2021; 67: 102275.
190. Marsiglia FF, Parsai M, Kulis S. Effects of familism and family cohesion on the psychosocial adjustment of adolescents in Mexican immigrant families. *Journal of Research on Adolescence* 2009; 19(1): 87-110.
191. Marziliano A, Teckie S, Diefenbach MA. Alcohol-related head and neck cancer: Summary of the literature. *Head Neck* 2020; 42(4): 732-738.
192. Mattick RP, Wadolowski M, Aiken A, et al. Parental supply of alcohol and alcohol consumption in adolescence: Prospective cohort study. *Psychol Med* 2017; 47(2): 267-278.
193. Mazur J, Małkowska-Szcutnik A. (red.). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018; <https://imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf>; 2025.02.20.
194. Mbatia C. Role of peer influence on substance abuse among teenagers in Kenya. *European Journal of Sociology* 2023; 7(2): 1-10.
195. McEvoy CT, Spindel ER. Pulmonary effects of maternal smoking on the fetus and child: effects on lung development, respiratory morbidities, and life long lung health. *Paediatr Respir Rev* 2017; 21: 27-33.
196. McGee R, Williams S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *J Adolesc* 2000; 23(5): 569-582.
197. Meschke LL, Patterson JM. Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention* 2003; 23(4): 483-514.
198. Meyers JL, Dick DM. Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010; 19(3): 465-477.
199. Michalewski B. Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych przez młodzież – wprowadzenie. *Medycyna Praktyczna – Kurier*, 2023.03.21; <https://www.mp.pl/>
200. Mikke K, Grzyb K, Wanot B. Wpływ alkoholu na współczesną rodzinę. *Problemy Zdrowia Publicznego* 2020; 1: 155-167.
201. Mikkelsen EM, Riis AH, Wise LA, et al. Alcohol consumption and fecundability: prospective Danish cohort study. *BMJ* 2016; 354: i4262.
202. Mima M, Huang JB, Andriole GL, et al. The impact of smoking on sexual function. *BJU Int* 2022; 130(2): 186-192.
203. Modrzejewska R. Comorbidity in adolescence: simultaneous declaration of depressive, eating symptoms and use of psychoactive substances in general population of 17 year old students in a big city. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2013; 2: 21-28.
204. Moon SS, Rao U. Social activity, school-related activity, and anti-substance use media messages on adolescent tobacco and alcohol use. *J Hum Behav Soc Environ* 2011; 21(5): 475489.

205. Morra DE, Cho E, Li T, et al. Smoking and risk of adult-onset atopic dermatitis in US women. *J Am Acad Dermatol* 2021; 84(2): 561-563.
206. Motnyk M, Chrobot M, Zemła B. Wybrane konsekwencje ekonomiczne i zdrowotne konsumpcji tytoniu dla budżetu państwa i sektora publicznego. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2016; 2(47): 184-190.
207. Müller-Siekierska D. Emocjonalny charakter więzi rodzinnych – perspektywa rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu. *Studia nad Rodziną* 2018; 4(49): 10-31.
208. Napierała M, Kulza M, Wachowiak A, et al. Elektroniczne papierosy – wpływ na zdrowie. *Dotychczasowe doniesienia. Przegląd Lekarski* 2014; 71(11): 644-647.
209. Naudin S, Viallon V, Hashim D, et al. Healthy lifestyle and the risk of pancreatic cancer in the EPIC study. *Eur J Epidemiol* 2020; 35(10): 975-986.
210. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health* 2021; 21: 2088.
211. Nocini R, Molteni G, Mattiuzzi C, et al. Updates on larynx cancer epidemiology. *Chin J Cancer Res* 2020; 32(1): 18-25.
212. Nosek-Kozłowska K. Oddziaływanie mediów elektronicznych na rozwój i wychowanie małego dziecka – narracje pedagogów. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 2023; 5: 39-48.
213. Novak SP, Reardon SF, Raudenbush SW, et al. Retail tobacco outlet density and youth cigarette smoking: A propensity-modeling approach. *American Journal of Public Health* 2006; 96(4): 670-676.
214. Nowak A, Pawliczak R. Harmfulness of e-cigarettes. *Polish Journal of Allergology* 2023; 10(4): 271-279.
215. Nowak I, Nowak A. Zakaz palenia wyrobów tytoniowych – wybrane aspekty prawne i społeczne. *Humanities and Social Sciences* 2016; 23(1): 83-103.
216. Nutt D. Pić czy nie pić? Wyd. Krytyka Polityczna, Warszawa 2024: 43, 46, 111, 112, 126, 128.
217. Nuyens FM, Billieux J, Maurage P. Time perception and alcohol use: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2021; 127: 377-403.
218. OECD. Health at a glance 2019. OECD Indicators.  
[https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.html);  
2024.11.21.
219. Ogólnopolskie Badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce – Raport Rzecznika Praw Dziecka, 2022; <https://brpd.gov.pl/wp-content/uploads/2022/03/Za%C5%82%C4%85cznik-do-informacji-o-dzia%C5%82alno%C5%9Bci-RPD-za-rok-2021-Raport-z-og%C3%B3lnopolskiego-badania-jako%C5%9Bci-%C5%BCycia-dzieci-w-Polsce-PDF-42MB.pdf#page=19.07>;  
2025.01.14.
220. Ohannessian CM, Hesselbrock VM. Do alcohol expectancies moderate the relationship between parental alcoholism and adult drinking behaviors? *Addict Behav* 2004; 29(5): 901-909.
221. Okita Y, Sobue T, Zha L, et al. Association between alcohol consumption and risk of pancreatic cancer: The Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2022; 31(11): 2011-2019.

222. Okulicz-Kozaryn K, Bobrowski K. Czynniki ryzyka, czynniki chroniące i indeksy tych czynników w badaniach nad zachowaniami problemowymi nastolatków. *Alkohol Narkom* 2008; 21(2): 173-199.
223. Okulicz-Kozaryn K, Raduj J, Borucka A. Picie alkoholu przez piętnastoletnią młodzież a praktyki wychowawcze rodziców. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014; 12(1): 99-108.
224. Olszewska M. Internet jako źródło zagrożenia propagowania spożywania alkoholu przez dzieci i młodzież. *Zeszyty Naukowe Collegium Witelona* 2022; 45(4): 39-57.
225. Opoczyńska-Świeżewska D, Raciborski F, Samoliński B. Reduction in the prevalence of tobacco use accompanying legislative changes in tobacco policy in Poland in the years 2010-2019. *Int J Occup Med Environ Health*. 2022; 35(4): 393-405.
226. Ostaszewski K. Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania* 2008; 21(4): 363-389.
227. Ou Z, Wen Q, Deng Y, et al. Cigarette smoking is associated with high level of ferroptosis in seminal plasma and affects semen quality. *Reprod Biol Endocrinol* 2020; 18(1): 55.
228. Oze I, Matsuo K, Ito H, et al. Cigarette smoking and esophageal cancer risk: An evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. *Jpn J Clin Oncol* 2012; 42(1): 63-73.
229. Palacz J. Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Med Og Nauk Zdr* 2014; 20(3): 301-306.
230. Palmer BF, Clegg DJ. Electrolyte disturbances in patients with chronic alcohol-use disorder. *N Engl J Med* 2017; 377(14): 1368-1377.
231. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych - <https://www.parpa.pl/>; 2025.01.23.
232. Parsai M, Voisine S, Marsiglia FF, et al. The protective and risk effects of parents and peers on substance use, attitudes and behaviors of Mexican and Mexican American female and male adolescents. *Youth Soc* 2009; 40(3): 353-376.
233. Passarelli MN, Newcomb PA, Hampton JM, et al. Cigarette smoking before and after breast cancer diagnosis: mortality from breast cancer and smoking-related diseases. *Journal of Clinical Oncology* 2016; 34(12): 1315-1322.
234. Patryk A. Powodowanie rozkładu pożycia rodzinnego jako podstawa zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego przeciwalkoholowego – w świetle orzecznictwa sądowego [w:] *Rodzina w systemie wsparcia i pomocy osobom z problemem alkoholowym*. Müller-Siekierska D, Ratkowska-Pasikowska J, Walczak-Człapińska K. (red.). WUŁ, Łódź 2020; 69-81.
235. Pawłowska-Muc AK, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, et al. Palenie papierosów w ciąży. *J Educ Health Sport* 2016; 6(1): 73-84.
236. Pelham WE III, Tapert SF, Gonzalez MR, et al. How does parental monitoring reduce adolescent substance use? Preliminary tests of two potential mechanisms. *J Stud Alcohol Drugs* 2024; 85(3): 389-394.
237. Peterová K, Brožová H, Klempíř J, et al. Gait and balance impairment after acute methanol poisoning. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2018; 122(1): 176-182.

238. Pettersen H, Landheim A, Skeie I, et al. How social relationships influence substance use disorder recovery: A collaborative narrative study. *Substance Abuse: Research and Treatment* 2019; 13: 1-8.
239. Pettigrew J, Miller-Day M, Shin YJ, et al. Parental messages about substance use in early adolescence: Extending a model of drug talk styles. *Health Commun* 2018; 33(3): 349-358.
240. Philip KEJ, Bu F, Polkey MI, et al. Relationship of smoking with current and future social isolation and loneliness: 12-year follow-up of older adults in England. *The Lancet Regional Health – Europe* 2022; 14: 100302.
241. Pilgrim CC, Schulenberg JE, O'Malley PM, et al. Mediators and moderators of parental involvement on substance use: a national study of adolescents. *Prev Sci* 2006; 7(1): 75-89.
242. Pilis W, Michalska I, Pilis A, et al. Wpływ alkoholu na organizm sportowca. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie* 2009; 8: 187-206.
243. Pimpin L, Cortez-Pinto H, Negro F, et al. Burden of liver disease in Europe: Epidemiology and analysis of risk factors to identify prevention policies. *J Hepatol* 2018; 69(3): 718-735.
244. Piper ME, Baker TB, Benowitz NL, et al. Dual users compared to smokers: Demographics, dependence, and biomarkers. *Nicotine Tob Res.* 2019; 21(9): 1279-1284.
245. Pisarska A, Bobrowski KJ, Greń J, et al. Badania młodzieży z ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych – wyniki i rekomendacje dla praktyki w opinii personelu tych ośrodków. *Alkohol i Narkomania* 2019; 32(4): 337-354.
246. Pisarska A, Bobrowski KJ, Greń J, et al. Risk and protective factors associated with alcohol and other substance use among students attending youth correctional centres: Study design and methodology. *Alcohol Drug Addict* 2019; 32(4): 247-266.
247. Pisarska A, Eisman A, Ostaszewski K, et al. Alcohol and cigarette use among Warsaw adolescents: Factors associated with risk and resilience. *Subst Use Misuse* 2016; 51(10): 1283-1296.
248. Pochwalski M, Wojtowicz A. Suchość jamy ustnej – kserostomia – przyczyny, objawy, metody leczenia – przegląd piśmiennictwa. *Nowa Stomatologia* 2003; 4: 211-216.
249. Polakowska M, Kaleta D, Piotrowski W, et al. Tobacco smoking in Poland in the years from 2003 to 2014. *Pol Arch Intern Med.* 2017; 127(2): 91-99.
250. Polskie Zdrowie 2.0, Redukcja palenia papierosów i używania e-papierosów, w szczególności wśród młodego pokolenia Polaków. PAN – Polska Akademia Nauk, Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027; [https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/PolskieZdrowie2.0\\_II.3\\_REDUKCJA-UZYWANIA-TYTONIU-I-INNYCH-PRODUKTOW-ZAWIERAJACYCH-NIKOTYNE-SZCZEGOLNIE-WSROD-MLODEGO-POKOL.pdf](https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/PolskieZdrowie2.0_II.3_REDUKCJA-UZYWANIA-TYTONIU-I-INNYCH-PRODUKTOW-ZAWIERAJACYCH-NIKOTYNE-SZCZEGOLNIE-WSROD-MLODEGO-POKOL.pdf). 2024.06.15.
251. Połtyn-Zaradna K, Basiak A, Zatońska K, et al. Literature review on tobacco smoking in Poland from 1960 to 2020. Bibliographic summary. *J Health Inequal* 2020; 6(2): 104-115.
252. Połtyn-Zaradna K, Basiak A, Zatońska K, et al. Prevalence of tobacco smoking among participants of PURE Poland study. *J Health Inequal* 2016; 2(2): 142-147.

253. Ponczek D, Olszowy I. Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(2): 260-268.
254. Pourmovahed Z, Mazloomi SS, Yassini SM, et al. Family structure in association with alcohol use among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction* 2021; 11(1):e112404.
255. Pozuelos GL, Rubin M, Vargas S, et al. Nicotine affects multiple biological processes in epiderm organotypic tissues and keratinocyte monolayers. *Atmosphere* 2022; 13(5): 810.
256. Problem palenia tytoniu wśród pacjentów onkologicznych i kardiologicznych – wyniki badania ankietowego (edycja 2024) – Raport Fundacji To Się Leczy; <https://tosieleczy.pl/index.php/2024/05/28/problem-palenia-tytoniu-pacjentow-onkologicznych-i-kardiologicznych-wynika-badania-ankietowego-edycja-2024/>; 2024.11.15.
257. Prygiel J, Potulska-Chromik A, Kostera-Pruszczyk A. Rabdomioliza – przyczyny, obraz kliniczny i postępowanie. *Child Neurology* 2017; 26(53): 55-61.
258. Przybysz-Zaremba M. Uwarunkowania rodzinne zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży – analiza wybranych czynników. *Forum Pedagogiczne* 2017; 1: 137-148.
259. Przyłóżyńska H. Negatywne skutki działania na płód alkoholu etylowego spożywanego przez kobiety w ciąży. *Gin Pol* 2008; 4: 25-27.
260. Puto G, Rzepka i, Ścisło L, et al. Wpływ zmiennych demograficzno-społecznych na palenie tytoniu i picie alkoholu przez osoby starsze. *Med Og Nauk Zdr* 2016; 22(4): 298-302.
261. Putra-Szczepaniak M, Reich A, Jankowska-Konsur A, et al. Pack-year cigarette smoking affects the course of palmoplantar pustulosis. *Adv Clin Exp Med* 2021; 30(2): 189-195.
262. Putri S, Juwita R, Hartaty N, et al., The relationship between parenting patterns, parental smoking behavior, and parental communication on smoking behavior among adolescents. *Indonesian Journal of Global Health Research* 2024; 6(5): 509-514.
263. Quinn PD, Fromme K. The role of person-environment interactions in increased alcohol use in the transition to college. *Addiction* 2011; 106(6): 1104-1113.
264. Qureshi A. Socio-psychological effects of mass media on youth. *International Journal of Innovation and Applied Studies* 2019; 26(1): 73-83.
265. Rachdaoui N, Sarkar DK. Pathophysiology of the effects of alcohol abuse on the endocrine system. *Alcohol Res.* 2017; 38(2): 255-276.
266. Rajagopalan P, Nanjappa V, Raja R, et al. How does chronic cigarette smoke exposure affect human skin? A global proteomics study in primary human keratinocytes. *OMICS* 2016; 20(11): 615-626.
267. Raport UNICEF Prawa dziecka w Polsce 2024; <https://unicef.pl/co-robimy/baza-wiedzy/raporty-unicef/prawa-dziecka-w-polsce-2024>; 2024.03.09.
268. Rea TD, Heckbert SR, Kaplan RC, et al. Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2002; 137(6): 494-500.
269. Rekomendacja nr 1/2023 z 29 grudnia 2023r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji

- tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny).  
 Rekomendacja nr 1/2023 Prezesa AOTMiT z 29 grudnia 2023r;  
 file:///C:/Users/p227/Downloads/Za%C5%82%C4%85cznik\_do\_OSR\_-\_NSO.pdf;  
 2025.01.17.
270. Rigg KK, Johnson ME. Preventing adolescent opioid misuse: Racial/Ethnic differences in the protective effects of extracurricular activities. *J Stud Alcohol Drugs* 2022; 83(3): 402-410.
  271. Rodríguez-Ruiz J, Kaakinen M, Oksanen A, et al. The influence of parental substance use on adolescent substance use: a systematic review of moderators. *Journal of Family Theory & Review* 2025; 01 April. <https://doi.org/10.1111/jftr.12620>
  272. Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, et al. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017; 2(2): e108-e120.
  273. Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, et al. Alcohol consumption and risk of liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2019; 114(10): 1574-1586.
  274. Rosen LJ, Noach MB, Winickoff JP, et al. Parental smoking cessation to protect young children: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2012; 129(1): 141-152.
  275. Rosińska A, Adamski Z, Więckowicz M. Wpływ nikotyny na rozwój i przebieg chorób skóry oraz procesy starzenia się skóry i karcynogenezę [w:] *Dermatologia dla kosmetologów* (red.) Z. Adamski, A. Kaszuba. Wyd. Nauk. Uniw. Med, Poznań 2008: 234-238.
  276. Rossi M, Anwar MJ, Usman A, et al. Colorectal cancer and alcohol consumption-populations to molecules. *Cancers (Basel)* 2018; 10(2): 38.
  277. Rostron B. Alcohol consumption and mortality risks in the USA. *Alcohol* 2012; 47(3): 334-339.
  278. Ruan Q, Jiang Y, Shi Y. Maternal smoking around birth and its influence on offspring allergic diseases: A mendelian randomization study. *World Allergy Organ J* 2024; 17(2): 100875.
  279. Rudziński R, Banach J. Kierunki toksycznego oddziaływania nikotyny i jej metabolitów na tkanki przyzębia. *Dent Med Probl* 2007; 2: 251-254.
  280. Ryan J, Roman NV, Okwany A. The effects of parental monitoring and communication on adolescent substance use and risky sexual activity: A systematic review. *The Open Family Studies Journal*, 2015; 7, (Suppl 1:M3): 12-27.
  281. Ryszkowski A, Wojciechowska A, Kopański Z, et al. Funkcjonowanie w społeczeństwie osób uzależnionych od alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare* 2015; 1: 12-43.
  282. Sadowska-Mazuryk J, Tomczuk-Ismer A, Jakubczyk A, et al. Picie alkoholu przez młodzież w kontekście okresu dojrzewania. *Alkoholizm i Narkomania* 2013; 2(26): 167-185.
  283. Salehi N, Janjani P, Tadbiri H, et al. Effect of cigarette smoking on coronary arteries and pattern and severity of coronary artery disease: a review. *J Int Med Res* 2021; 49(12): 3000605211059893.

284. Scala M, Bosetti C, Bagnardi V, et al. Dose-response relationships between cigarette smoking and breast cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol* 2023; 33(12): 640-648.
285. Schwinn TM, Schinke, Hopkins J, et al. Risk and protective factors associated with adolescent girls' substance use: Data from a nationwide Facebook sample. *Subst Abus* 2016; 37(4): 564-570.
286. Scull TM, Kupersmidt JB, Erausquin JT. The Impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use. *J Youth Adolesc* 2014; 43(5): 717-728.
287. Scull TM, Kupersmidt JB, Parker AE, et al. Adolescents' media-related cognitions and substance use in the context of parental and peer influences. *J Youth Adolesc* 2010; 39(9): 981-998.
288. Serdyński A. Oddziaływanie mediów na zachowanie się nieletnich. *Problemy Nauk Stosowanych* 2013; 1: 31-42.
289. Shahzadi M, Hafeez S, Jabeen M, et al. Parental influence on adolescent substance use: A systematic review. *Pakistan Journal of Applied Psychology* 2023; 3(2): 337-355.
290. Sharmin S, Kypri K, Khanam M, et al. Parental supply of alcohol in childhood and risky drinking in adolescence: Systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14(3): 287.
291. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *Am Psychol* 1990; 45(5): 612-630.
292. Sheeber L, Hops H, Davis B. Family processes in adolescent depression. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4(1): 19-35.
293. Shimizu C, Kasahara H, Furuta N, et al. Charcot-Marie-Tooth disease showing transient central nervous system lesions after a large amount of alcohol intake: A case report. *Rinsho Shinkeigaku* 2018; 58(8): 479-484.
294. Shin Y, Miller-Day M, Hecht ML. Differential effects of parental „drug talk” styles and family communication environments on adolescent substance use. *Health Commun* 2019; 34(8): 872-880.
295. Siedlecka M, Żukiewicz-Sobczak W, Sobczuk S. Oddziaływanie mass mediów na kształtowanie stylu życia dzieci klas 4-6 w Białskich szkołach podstawowych. *Rozprawy Społeczne* 2019; 13(1): 34-42.
296. Sierosławski J, Sierosławska U. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z Ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD. Warszawa 2024; <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf>; 2025.04.11.
297. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z Ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD. Warszawa 2020; <https://ore.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/raport-espad-2019-polska-rev.pdf>; 2025.02.20.
298. Sierosławski J. Używanie substancji psychoaktywnych przez polską młodzież. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków ESPAD. Mat z konferencji prasowej. Warszawa 27.03.2025 r.

299. Simon L, Bourgeois BL, Molina PE. Alcohol and skeletal muscle in health and disease. *Alcohol Res* 2023; 43(1): 04.
300. Siudem A. Zachowania ryzykowne młodzieży gimnazjalnej. *Psychologia Rozwojowa* 2013; 18(1): 69-85.
301. Smoleń E, Cipora E, Penar-Zadarko B, et al. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*. Rzeszów 2012; 4: 474-484.
302. Sobolak J. Gigantyczne koszty nadmiernego spożywania alkoholu. Płaci każdy podatnik. *Business Insider* 2024; 4 maja; <https://businessinsider.com.pl/gospodarka/gigantyczne-koszty-nadmiernego-spozywania-alkoholu-placi-kazdy-podatnik/7p861pd>; 2025.02.20.
303. Sobolewska J, Nowak A, Włodarczyk M. Wpływ spożywania alkoholu przez pacjentów na proces gojenia się ran. *Rany* 2020; 1(1): 27-29.
304. Soneji SS, Knutzen KE, Villanti AC. Use of flavored e-cigarettes among adolescents, young adults, and older adults: Findings from the population assessment for tobacco and health study. *Public Health Rep* 2019; 134(3): 282-292.
305. Spear LP. Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2018; 19(4): 197-214.
306. Squeglia LM, Gray KM. Alcohol and drug use and the developing brain. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18(5): 46.
307. Stanley M, Chippea V, Aeddula NR, et al. Rhabdomyolysis. 2024 Dec 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island StatPearls Publishing; 2025; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448168/>; 2025.01.15.
308. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, et al. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 280-296.
309. Stockwell T, Zhao J, Clay J, et al. Why do only some cohort studies find health benefits from low-volume alcohol use? A systematic review and meta-analysis of study characteristics that may bias mortality risk estimates. *J Stud Alcohol Drugs* 2024; 85(4): 441-452.
310. Stokłosa M, Pogorzelszyk K, Balwicki Ł. Cigarette price increases, advertising ban, and pictorial warnings as determinants of youth smoking initiation in Poland. *Nicotine Tob Res*. 2022; 24(6): 820-825.
311. Suchanecka A, Chmielowiec K, Chmielowiec J, et al. Vitamin D receptor gene polymorphisms and cigarette smoking impact on oral health: a case-control study. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(9): 3192.
312. Suchodolska J. Młodzież i młodzi dorośli wobec kryzysu indywidualnego – potrzeba wsparcia społecznego w rozwoju psychicznej niezależności (i dojrzałej tożsamości). *Kultura – Społeczeństwo - Edukacja* 2016; 2: 231-247.
313. Suerken CK, Reboussin BA, Sutfin EL, et al. Prevalence of marijuana use at college entry and risk factors for initiation during freshman year. *Addict Behav* 2014; 39(1): 302-307.

314. Sztuczka E, Szewczyk MT. Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu na podstawie testu Niny Schneider. *Piel Chirurg i Angiolog* 2008; 1: 5-11.
315. Szymański J, Krzych-Fałda E, Pinkas J. Analiza prawnych regulacji zakazujących reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, mających istotny wpływ na ograniczanie uzależnienia od wyrobów tytoniowych, oraz wyzwania związane z ich implementacją. *Med Og Nauk Zdr* 2024; 30(1): 14-24.
316. Tasnim S, Tang C, Musini VM, et al. Effect of alcohol on blood pressure. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 7(7): CD012787.
317. Thomson NC, Polosa R, Sin DD. Cigarette smoking and asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2022;10(11): 2783-2797.
318. Thomson NC. The Role of smoking in asthma and chronic obstructive pulmonary disease overlap. *Immunol Allergy Clin North Am* 2022; 42(3): 615-630.
319. Thor S, Hemmingsson T, Danielsson AK, et al. Fathers' alcohol consumption and risk of substance-related disorders in offspring. *Drug Alcohol Depend* 2022; 233: 109354.
320. Thórarinnsson BL, Ólafsson E, Kjartansson Ó, et al. Wernicke-sjúkdómur meðal áfengissjúkra [Wernicke's encephalopathy in chronic alcoholics]. *Laeknabladid* 2011; 97(1): 21-29.
321. Tsirigotis K, Lewik-Tsirigotis E, Baster B. Przestępczość nieletnich – główne teorie wyjaśniające zjawisko. *Pedagogika Rodziny* 2012; 2(3): 83-98.
322. Tweed SH, Ryff CD. Family climate and parent-child relationships: Recollections from a nonclinical sample of adult children of alcoholic fathers. *Res Nurs Health* 1996; 19(4): 311-321.
323. Urbańska M, Ratajczak L, Witkowska-Nagiewicz A. Analiza wiedzy na temat wpływu palenia tytoniu na stan skóry *Przegl Lek.* 2012; 69(10): 1055-1059.
324. Verhulst B, Neale MC, Kendler KS. The heritability of alcohol use disorders: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Medicine* 2015; 45(5): 1061-1072.
325. Vij N, Chandramani-Shivalingappa P, Van Westphal C, et al. Cigarette smoke-induced autophagy impairment accelerates lung aging, COPD-emphysema exacerbations and pathogenesis. *Am J Physiol Cell Physiol* 2018; 314(1): C73-C87.
326. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, et al. Tobacco and cancer: Recent epidemiological evidence, *JNCI: J Nat Cancer Inst* 2004; 96(2): 99-106.
327. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health* 2002; 93(2): 193-197.
328. Virdis A, Giannarelli C, Neves MF, et al. Cigarette smoking and hypertension. *Curr Pharm Des* 2010; 16(23): 2518-2525.
329. Visser L, de Winter AF, Reijneveld SA. The parent-child relationship and adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health* 2012; 12(1): 886.
330. Wagai GA, Jeelani U, Beg MA, et al. Relationship between hypertension and smoking: A preliminary study in South Kashmiri population of J&K. *J Family Med Prim Care* 2023; 12(5): 958-961.

331. Wagner S, Banaszkiewicz M, Andruszkiewicz A, et al. Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży. *Med Og Nauk Zdr* 2015; 21(3): 278-281.
332. Wang G, Pan C, Cao K, et al. Impacts of cigarette smoking on the tumor immune microenvironment in esophageal squamous cell carcinoma. *J Cancer* 2022; 13(2): 413-425.
333. Wang J-W, Cao S-S, Hu R-Y. Smoking by family members and friends and electronic-cigarette use in adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Tob Induc Dis* 2018; 16:5.
334. Warzecha K. Technologie informacyjno-komunikacyjne wykorzystywane przez młodzież – szanse i zagrożenia. *Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 2018; 350: 115-136.
335. Wawro FW. Treści w przekazie mass mediów akceptowane przez młodzież szkół średnich. *Roczniki Nauk Społecznych* 2004; 32(2): 45-60.
336. Wawrzonkiewicz-Słomska A, Cholewa E. Oddziaływanie mediów na dzieci i młodzież. *Problemy Współczesnej Pedagogiki* 2017; 3(1): 25-35.
337. Wilczyński J, Jabłońska J. Speech development delay in a child with foetal alcohol syndrome. *Medical Studies* 2016; 32(3): 199-203.
338. Wills TA, Resko JA, Ainette MG, et al. Smoking onset in adolescence: A person-centered analysis with time-varying predictors. *Health Psychol* 2004; 23(2): 158-167.
339. Wills TA, Yaeger AM. Family factors and adolescent substance use. *Current Directions in Psychological Science* 2003; 12(6): 222-226.
340. Włodarczyk A, Raciborski F, Opoczyńska D, et al. Daily tobacco smoking patterns in rural and urban areas of Poland – the results of the GATS study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013; 20(3): 588-594.
341. Włodarczyk E. Konsekwencje wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym – bagaż na całe życie. *Seminare. Poszukiwania Naukowe* 2016; 37(2): 45-57.
342. Wnuk M, Purandare B, Marcinkowski JT. Struktura spożycia alkoholu w Polsce w ujęciu historycznym. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(3): 446-450.
343. Wojas-Pelc A, Nastalek M, Sułowicz J. Estrogeny a skóra – spowolnienie procesu starzenia. *Przegląd Menopauzalny* 2008; 6: 314-318.
344. Wojcieszek MR, Piekarz I, Maciaszek S, et al. Summative evaluation of the „Debate” programme for alcohol related problems prevention – pilot study. *Alcoholism and Drug Addiction* 2021; 34(1): 51-68.
345. Wojnar M. Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu. *PARPA*, Warszawa 2017: 120-121.
346. Wojtyła C, Wojtyła A. Alcohol consumption by pregnant women in Poland. *J Health Inequal* 2017; 3(1): 51-57.
347. Wojtyła C, Wojtyła-Buciora P. Cigarette smoking among pregnant women in Poland. *J Health Inequal* 2017; 3(1): 47-50.
348. Wołpiuk-Ochocińska A. Relacje rodzinne a zadowolenie z życia u młodzieży na różnych etapach edukacji. *Fides Et Ratio* 2016; 1(25): 149-165.

349. World Drug Report 2018, vol 4 - Drugs and age, drugs and associated issues among young people and older people. United Nations Office on Drugs and Crime 2018: 1-62.
350. Wray-Lake L, Maggs JL, Johnston LD, et al. Associations between community attachments and adolescent substance use in nationally representative samples. *J Adolesc Health* 2012; 51(4): 325-331.
351. Wu J, Yang P, Wu X, et al. Association between secondhand smoke exposure and severe headaches or migraine in never-smoking adults. *Headache* 2023; 63(10): 1341-1350.
352. Wysocka E, Ostafińska-Molik B. Rodzina w percepcji i doświadczeniach młodzieży prawidłowo i wadliwie przystosowanej – analiza porównawcza. *Pedagogika Społeczna* 2015; 2(56): 131-154.
353. Xia N, Morteza A, Yang F, et al. Review of the role of cigarette smoking in diabetic foot. *J Diabetes Investig* 2019; 10(2): 202-215.
354. Xing S, Zhao M, Magnussen CG, et al. Proportion and trend in the age of cigarette smoking initiation among adolescent smoking experiencers aged 13-15 years in 148 countries/territories. *Front Public Health* 2022; 10: 1054842.
355. Xu Q, Wang C, Li B, et al. The impact of age on oral squamous cell carcinoma: A longitudinal cohort study of 2,782 patients. *Oral Dis* 2019; 25(3): 730-741.
356. Yap MBH, Cheong TWK, Zaravinos-Tsakos F, et al. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction* 2017; 112(7): 1142-1162.
357. Yoo JE, Shin DW, Han K, et al. Association of the frequency and quantity of alcohol consumption with gastrointestinal cancer. *JAMA Netw Open* 2021; 4(8): e2120382.
358. Yuan Q, Liu J, Wang X, et al. Deciphering the impact of dietary habits and behavioral patterns on colorectal cancer. *Int J Surg* 2025; 111(3): 2603-2612.
359. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012-2021 na podstawie danych Komendy Głównej Policji; [https://backend.zwj.r.pl/media/attachments/Raport\\_z\\_lata\\_2012-2021\\_zachowania\\_samobojcze\\_mlodziy\\_2\\_JVEHSu1.pdf](https://backend.zwj.r.pl/media/attachments/Raport_z_lata_2012-2021_zachowania_samobojcze_mlodziy_2_JVEHSu1.pdf); 2025.03.19.
360. Zakhari S. Overview: How is alcohol metabolized by the body? *Alcohol Res Health* 2006; 29(4): 245-254.
361. Zakharov S, Pelclova D, Diblík P, et al. Long-term visual damage after acute methanol poisonings: Longitudinal cross-sectional study in 50 patients. *Clin Toxicol (Phila)* 2015; 53(9): 884-892.
362. Zatoński W, Zatoński M, Przewoźniak K. Health improvement in Poland is contingent on continued extensive tobacco control measures. *Ann Agric Environ Med*. 2013; 20(2): 405-411.
363. Zatoński WA, Aaro LE, Samdal O, et al. Smoking - or nicotine-free generation, or both? What should be the public health priority? *J Health Inequal* 2016; 2(2): 105-108.
364. Zatoński WA, Janik-Konieczny K, Zatoński M. Life expectancy and alcohol use health burden in Poland after 2002. *J Health Inequal* 2022; 8(1): 4-16.
365. Zatoński WA, Janik-Konieczny K, Zatoński M. Role of primary prevention in lung cancer control in Poland. *J Thorac Oncol*. 2021; 16(10): e93-e94. doi: 10.1016/j.jtho.2021.03.014.

- 366. Zatoński WA, Młodziak I, Zatoński M, et al. Small bottles – huge problem? A new phase of Poland's ongoing alcohol epidemic. *J Health Inequal* 2019; 5(1): 86-88.
- 367. Zatoński WA, Tukiendorf A. Lung cancer mortality decline among middle-aged men and women in Poland and the UK. *J Health Inequal* 2017; 3(2): 123-126.
- 368. Zatoński WA, Zatoński M, Janik-Koncewicz K, et al., Alcohol-related deaths in Poland during a period of weakening alcohol control measures. *JAMA* 2021; 325(11): 1108-1109.
- 369. Zatoński WA. One hundred years of health in Poland. *J Health Inequal*. 2019; 5(1): 11-19.
- 370. Zatoński WA. The alcohol crisis in Polish public health. *J Health Inequal*. 2019; 5(2): 122-123.
- 371. Zdrojewicz Z, Pypno D, Bugaj B, et al. Elektroniczne papierosy: wpływ na zdrowie, nikotynowa terapia zastępcza, regulacje prawne. *Pediatr Med Rodz* 2017; 13(1): 63-71.
- 372. Zegarska B, Woźniak M. Przyczyny wewnątrzpochodnego starzenia się skóry. *Gerontologia Polska* 2006; 4: 153-159.
- 373. Zgliczyński WS. Koszty palenia tytoniu w Polsce. *INFOS Biuro Analiz Sejmowych* 2023; 7(309): 1-4.
- 374. Zgliczyński WS. Palenie tytoniu w Polsce. *INFOS Biuro Analiz Sejmowych* 2017; 14(237): 1-4.
- 375. Zhang R, Li H, Li N, et al. Risk factors for gastric cancer: A large-scale, population-based case-control study. *Chin Med J (Engl)* 2021; 134(16): 1952-1958.
- 376. Zhao X, Wang Y, Liang C. Cigarette smoking and risk of bladder cancer: A dose-response meta-analysis. *Int Urol Nephrol* 2022; 54(6): 1169-1185.
- 377. Zhu Y, Zhang S, Sun J, et al. Cigarette smoke promotes oral leukoplakia via regulating glutamine metabolism and M2 polarization of macrophage. *Int J Oral Sci* 2021; 13(1): 25.
- 378. Zieliński J. Obciążenia wynikające z palenia tytoniu. *Pneumonol Alergol Pol* 2008; 76: 170-173.
- 379. Żuralska R, Kuzepska M, Mziray M, et al. Alkohol i ciąża. Wstępne badanie opinii kobiet na temat spożywania alkoholu w okresie ciąży. *Probl Piel* 2011; 19(4): 533-537.

### 1. Spis tabel

|                                                                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tab. 1. Palenie papierosów w populacji młodzieży w Polsce – badania ESPAD.....                                                                       | 7   |
| Tab. 2. Epidemiologia uzależnienia od nikotyny w Polsce.....                                                                                         | 26  |
| Tab. 3. Ogólne porównanie wyrobów dostarczających nikotynę.....                                                                                      | 27  |
| Tab. 4. Nazwa i rodzaj szkoły, w których przeprowadzono badanie ankietowe.....                                                                       | 75  |
| Tab. 5. Rozkład liczbowy i procentowy nastolatków biorących udział w badaniu z podziałem na płeć.....                                                | 77  |
| Tab. 6. Badani nastolatkowie mieszkający na wsi i w mieście z podziałem na płeć.....                                                                 | 78  |
| Tab. 7. Zamieszkanie wspólne lub samodzielne badanych nastolatków.....                                                                               | 79  |
| Tab. 8. Rodzaj miejsca zamieszkania badanych nastolatków.....                                                                                        | 80  |
| Tab. 9. Rodzaj miejsca zamieszkania badanych nastolatków z podziałem na płeć...                                                                      | 80  |
| Tab. 10. Palenie papierosów przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                      | 81  |
| Tab. 11. Palenie papierosów przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                      | 82  |
| Tab. 12. Wiek, w którym nastolatkowie spróbowali pierwszego papierosa z podziałem na płeć badanych.....                                              | 83  |
| Tab. 13. Wiek, w którym nastolatkowie spróbowali pierwszego papierosa z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                              | 84  |
| Tab. 14. Próba rzucenia palenia przez nastolatków w ciągu ostatnich 12 miesięcy z podziałem na płeć badanych.....                                    | 84  |
| Tab. 15. Próba rzucenia palenia przez nastolatków w ciągu ostatnich 12 miesięcy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                    | 85  |
| Tab. 16. Liczba dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których nastolatki paliły papierosy z podziałem na płeć badanych.....                             | 85  |
| Tab. 17. Liczba dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których nastolatki paliły papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....             | 86  |
| Tab. 18. Odmawianie sprzedaży nastolatkom papierosów z powodu ich zbyt młodego wieku z podziałem na płeć badanych.....                               | 87  |
| Tab. 19. Odmawianie sprzedaży nastolatkom papierosów z powodu ich zbyt młodego wieku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....               | 87  |
| Tab. 20. Dzienna średnia ilość wypalanych papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.....                 | 88  |
| Tab. 21. Dzienna średnia ilość wypalanych papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na miejsce zamieszkania badanych..... | 89  |
| Tab. 22. Sposób nabycia papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.....                                   | 90  |
| Tab. 23. Sposób nabycia papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                   | 90  |
| Tab. 24. Miejsca, w których nastolatki najczęściej palą papierosy z podziałem na płeć badanych.....                                                  | 91  |
| Tab. 25. Miejsca, w których nastolatki najczęściej palą papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                  | 92  |
| Tab. 26. Osoby, z którymi nastolatkowie najczęściej palą papierosy z podziałem na płeć badanych.....                                                 | 93  |
|                                                                                                                                                      | 237 |

|                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tab. 27. Osoby, z którymi nastolatkwie najczęściej palą papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                       | 93  |
| Tab. 28. Potrzeba porannego zapalenia papierosa u nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                           | 94  |
| Tab. 29. Potrzeba porannego zapalenia papierosa u nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                           | 94  |
| Tab. 30. Wiedza rodziców nastolatków o fakcie palenia papierosów przez ich dzieci z podziałem na płeć badanych.....                                       | 95  |
| Tab. 31. Wiedza rodziców nastolatków o fakcie palenia papierosów przez ich dzieci z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                       | 95  |
| Tab. 32. Liczba dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których ktoś w obecności nastolatków palił papierosy z podziałem na płeć badanych.....                 | 96  |
| Tab. 33. Liczba dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których ktoś w obecności nastolatków palił papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych..... | 96  |
| Tab. 34. Osoba zamieszkująca z nastolatkiem, która pali papierosy z podziałem na płeć badanych.....                                                       | 97  |
| Tab. 35. Osoba zamieszkująca z nastolatkiem, która pali papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                       | 97  |
| Tab. 36. Atrakcyjność chłopaka/mężczyzny palącego papierosy z podziałem na płeć badanych.....                                                             | 98  |
| Tab. 37. Atrakcyjność chłopaka/mężczyzny palącego papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                             | 98  |
| Tab. 38. Atrakcyjność dziewczyny/kobiety palącej papierosy z podziałem na płeć badanych.....                                                              | 98  |
| Tab. 39. Atrakcyjność dziewczyny/kobiety palącej papierosy z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                              | 99  |
| Tab. 40. Palenie papierosów a zmiana masy ciała – zdanie nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                    | 99  |
| Tab. 41. Palenie papierosów a zmiana masy ciała – zdanie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                    | 99  |
| Tab. 42. Palenie papierosów przez chłopaka/mężczyznę a grono kolegów/przyjaciół – zdanie nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                    | 100 |
| Tab. 43. Palenie papierosów przez chłopaka/mężczyznę a grono kolegów/przyjaciół – zdanie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....    | 100 |
| Tab. 44. Palenie papierosów przez dziewczynę/kobietę a grono kolegów/przyjaciół – zdanie nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                    | 101 |
| Tab. 45. Palenie papierosów przez dziewczynę/kobietę a grono kolegów/przyjaciół – zdanie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....    | 101 |
| Tab. 46. Palenie papierosów przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                             | 102 |
| Tab. 47. Palenie papierosów przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....             | 102 |
| Tab. 48. Picie alkoholu kiedykolwiek wcześniej przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                        | 103 |
| Tab. 49. Picie alkoholu kiedykolwiek wcześniej przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                        | 104 |
| Tab. 50. Rodzaj wypijanego przez nastolatków alkoholu z podziałem na płeć badanych.....                                                                   | 104 |

|                                                                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tab. 51. Rodzaj wypijanego przez nastolatków alkoholu z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                                   | 105 |
| Tab. 52. Liczba przypadków picia alkoholu przez nastolatków w jakiejkolwiek postaci w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.....                                         | 106 |
| Tab. 53. Liczba przypadków picia alkoholu przez nastolatków w jakiejkolwiek postaci w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                         | 106 |
| Tab. 54. Ilość jednorazowo wypijanego przez nastolatka alkoholu z podziałem na płeć badanych.....                                                                                         | 107 |
| Tab. 55. Ilość jednorazowo wypijanego przez nastolatka alkoholu z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                         | 108 |
| Tab. 56. Wiek, w którym nastolatkomie pierwszy raz wypili alkohol z podziałem na płeć badanych.....                                                                                       | 109 |
| Tab. 57. Wiek, w którym nastolatkomie pierwszy raz wypili alkohol z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                       | 111 |
| Tab. 58. Miejsce, w którym nastolatkomie po raz pierwszy pili alkohol z podziałem na płeć badanych.....                                                                                   | 111 |
| Tab. 59. Miejsce, w którym nastolatkomie po raz pierwszy pili alkohol z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                   | 112 |
| Tab. 60. Wiek, w którym nastolatkomie po raz pierwszy się upili z podziałem na płeć badanych.....                                                                                         | 113 |
| Tab. 61. Wiek, w którym nastolatkomie po raz pierwszy się upili z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                         | 114 |
| Tab. 62. Liczba przypadków kaca, złego samopoczucia lub innych problemów u nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca po spożyciu alkoholu z podziałem na płeć badanych.....                 | 115 |
| Tab. 63. Liczba przypadków kaca, złego samopoczucia lub innych problemów u nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca po spożyciu alkoholu z podziałem na miejsce zamieszkania badanych..... | 116 |
| Tab. 64. Przyzwolenie rodziców na picie alkoholu przez nastolatków w domu z podziałem na płeć badanych.....                                                                               | 117 |
| Tab. 65. Przyzwolenie rodziców na picie alkoholu przez nastolatków w domu z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                               | 117 |
| Tab. 66. Wiedza rodziców o spożywaniu alkoholu przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                                        | 117 |
| Tab. 67. Wiedza rodziców o spożywaniu alkoholu przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                        | 118 |
| Tab. 68. Osoby, z którymi nastolatkomie piją najczęściej alkohol z podziałem na płeć badanych.....                                                                                        | 118 |
| Tab. 69. Osoby, z którymi nastolatkomie piją najczęściej alkohol z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                        | 119 |
| Tab. 70. Miejsca, w których nastolatkomie piją najczęściej alkohol z podziałem na płeć badanych.....                                                                                      | 120 |
| Tab. 71. Miejsca, w których nastolatkomie piją najczęściej alkohol z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                      | 121 |
| Tab. 72. Odmawianie sprzedaży nastolatkom alkoholu z powodu ich zbyt młodego wieku z podziałem na płeć badanych.....                                                                      | 121 |
| Tab. 73. Odmawianie sprzedaży nastolatkom alkoholu z powodu ich zbyt młodego wieku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                      | 122 |

|                                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tab. 74. Picie alkoholu przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                         | 122 |
| Tab. 75. Picie alkoholu przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                         | 123 |
| Tab. 76. Picie alkoholu przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków w ciągu ostatnich 7 dni z podziałem na płeć badanych.....                 | 123 |
| Tab. 77. Picie alkoholu przez kolegów/koleżanki lub przyjaciół/przyjaciółki nastolatków w ciągu ostatnich 7 dni z podziałem na miejsce zamieszkania badanych..... | 124 |
| Tab. 78. Spożywanie alkoholu częściej niż jeden raz na tydzień przez osoby bliskie nastolatkom z podziałem na płeć badanych.....                                  | 124 |
| Tab. 79. Spożywanie alkoholu częściej niż jeden raz na tydzień przez osoby bliskie nastolatkom z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                  | 125 |
| Tab. 80. Przyczyny stosowania używek przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                          | 126 |
| Tab. 81. Przyczyny stosowania używek przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                          | 126 |
| Tab. 82. Przyjmowanie przez nastolatków napojów energetyzujących z podziałem na płeć badanych.....                                                                | 126 |
| Tab. 83. Przyjmowanie przez nastolatków napojów energetyzujących z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                | 127 |
| Tab. 84. Liczba przypadków picia napojów energetyzujących przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.....                         | 127 |
| Tab. 85. Liczba przypadków picia napojów energetyzujących przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....         | 128 |
| Tab. 86. Ilość zazwyczaj wypijanych przez nastolatków napojów energetyzujących w ciągu jednego dnia z podziałem na płeć badanych.....                             | 128 |
| Tab. 87. Ilość zazwyczaj wypijanych przez nastolatków napojów energetyzujących w ciągu jednego dnia z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....             | 129 |
| Tab. 88. Samoocena stanu zdrowia nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                                    | 129 |
| Tab. 89. Samoocena stanu zdrowia nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                    | 130 |
| Tab. 90. Posiadanie problemów ze zdrowiem zdaniem nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                   | 131 |
| Tab. 91. Posiadanie problemów ze zdrowiem zdaniem nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                   | 131 |
| Tab. 92. Poczucie samotności u nastolatków w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.....                                                              | 132 |
| Tab. 93. Poczucie samotności u nastolatków w ciągu ostatniego roku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                              | 132 |
| Tab. 94. Częstość u nastolatków poczucia bycia zestresowanym i problemów ze snem w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.....                        | 133 |
| Tab. 95. Częstość u nastolatków poczucia bycia zestresowanym i problemów ze snem w ciągu ostatniego roku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych..           | 134 |
| Tab. 96. Fakt odczuwania przez nastolatków w ciągu ostatniego roku myśli samobójczych z podziałem na płeć badanych.....                                           | 135 |
| Tab. 97. Fakt odczuwania przez nastolatków w ciągu ostatniego roku myśli samobójczych z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                           | 136 |
| Tab. 98. Poczucie bycia osobą zadowoloną (szczęśliwą) przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                         | 136 |

|                                                                                                                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tab. 99. Poczucie bycia osobą zadowoloną (szczęśliwą) przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                                                  | 136 |
| Tab. 100. Poczucie sensu życia przez nastolatków z podziałem na płeć badanych..                                                                                                                                            | 137 |
| Tab. 101. Poczucie sensu życia przez nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                                                                         | 137 |
| Tab. 102. Rozwiązywanie problemów i zmartwień nastolatków przez ich rodziców lub opiekunów w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.....                                                                       | 138 |
| Tab. 103. Rozwiązywanie problemów i zmartwień nastolatków przez ich rodziców lub opiekunów w ciągu ostatniego roku z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                       | 138 |
| Tab. 104. Zainteresowanie rodziców lub opiekunów nastolatków ich wynikami w nauce z podziałem na płeć badanych.....                                                                                                        | 139 |
| Tab. 105. Zainteresowanie rodziców lub opiekunów nastolatków ich wynikami w nauce z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                                        | 140 |
| Tab. 106. Relacje z matką lub opiekunką w ocenie nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                                                                             | 141 |
| Tab. 107. Relacje z matką lub opiekunką w ocenie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                                                             | 141 |
| Tab. 108. Relacje z ojcem lub opiekunem w ocenie nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                                                                             | 142 |
| Tab. 109. Relacje z ojcem lub opiekunem w ocenie nastolatków z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                                                             | 142 |
| Tab. 110. Relacje z matką lub opiekunką vs z ojcem lub opiekunem w ocenie nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                                                    | 143 |
| Tab. 111. Wiedza rodziców lub opiekunów co robią nastolatki w czasie wolnym od nauki z podziałem na płeć badanych.....                                                                                                     | 144 |
| Tab. 112. Wiedza rodziców lub opiekunów co robią nastolatki w czasie wolnym od nauki z podziałem na miejsce zamieszkania badanych.....                                                                                     | 144 |
| Tab. 113. Zależność pomiędzy paleniem przez nastolatków papierosów a spożywaniem kiedykolwiek alkoholu; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....                                    | 145 |
| Tab. 114. Zależność pomiędzy spożywaniem kiedykolwiek przez młodzież alkoholu a piciu kiedykolwiek napojów energetyzujących; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....               | 146 |
| Tab. 115. Zależność pomiędzy paleniem przez nastolatków papierosów a piciem kiedykolwiek napojów energetyzujących; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....                         | 146 |
| Tab. 116. Zależność pomiędzy paleniem przez nastolatków papierosów a występującymi u nich problemami ze zdrowiem; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....                          | 147 |
| Tab. 117. Zależność pomiędzy spożywaniem kiedykolwiek przez nastolatków alkoholu a występującymi u nich problemami ze zdrowiem; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....            | 148 |
| Tab. 118. Zależność pomiędzy piciem kiedykolwiek przez nastolatków napojów energetyzujących a występującymi u nich problemami ze zdrowiem; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B]..... | 149 |
| Tab. 119. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia nastolatka a poczuciem samotności w ciągu ostatniego roku; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....                            | 150 |

|                                                                                                                                                                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tab. 120. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia nastolatka a poczuciem bycia przez niego w ciągu ostatniego roku zestresowanym; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....               | 151 |
| Tab. 121. Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia nastolatka a odczuwaniem przez niego w ciągu ostatniego roku myśli samobójczych; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....              | 152 |
| Tab. 122. Zależność pomiędzy paleniem przez nastolatków papierosów a poczuciem zadowolenia z życia; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....                                                | 153 |
| Tab. 123. Zależność pomiędzy piciem kiedykolwiek alkoholu przez nastolatków a poczuciem zadowolenia z życia; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B].....                                       | 154 |
| Tab. 124. Zależność pomiędzy pomaganiem przez rodziców lub opiekunów w rozwiązywaniu problemów u nastolatków a paleniem przez młodzież papierosów; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B]..... | 155 |
| Tab. 125. Zależność pomiędzy pomaganiem przez rodziców lub opiekunów w rozwiązywaniu problemów u nastolatków a piciem przez młodzież alkoholu; tabele krzyżowe – procentowanie kolumnowe [A], procentowanie wierszowe [B]..        | 156 |

## 2. Spis rycin

|                                                                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ryc. 1. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat i 17-18 lat, którzy palili wyroby tytoniowe – badania ESPAD 2003-2024.....                                                      | 8   |
| Ryc. 2. Spożycie poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych w przeliczeniu na 100% alkohol (litry 100% alkoholu).....                                                   | 13  |
| Ryc. 3. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy pili napoje alkoholowe – badania ESPAD 1995-2024.....                                                                   | 14  |
| Ryc. 4. Rozkład procentowy nastolatków biorących udział w badaniu z podziałem na płeć.....                                                                                | 78  |
| Ryc. 5. Rozkład procentowy miejsca zamieszkania nastolatków biorących udział w badaniu.....                                                                               | 78  |
| Ryc. 6. Zamieszkanie wspólne lub samodzielne badanych nastolatków.....                                                                                                    | 79  |
| Ryc. 7. Rodzaj miejsca zamieszkania badanych nastolatków.....                                                                                                             | 80  |
| Ryc. 8. Palenie papierosów przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                                            | 82  |
| Ryc. 9. Wiek, w którym nastolatki spróbowali pierwszego papierosa z podziałem na płeć badanych.....                                                                       | 83  |
| Ryc. 10. Dzienna średnia ilość wypalanych papierosów przez nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca z podziałem na płeć badanych.....                                      | 89  |
| Ryc. 11. Miejsca, w których nastolatki najczęściej palą papierosy.....                                                                                                    | 92  |
| Ryc. 12. Picie alkoholu kiedykolwiek wcześniej przez nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                        | 103 |
| Ryc. 13. Rodzaj wypijanego przez nastolatków alkoholu z podziałem na płeć badanych.....                                                                                   | 105 |
| Ryc. 14. Ilość jednorazowo wypijanego przez nastolatka alkoholu z podziałem na płeć badanych.....                                                                         | 108 |
| Ryc. 15. Wiek, w którym nastolatki pierwszy raz wypili alkohol.....                                                                                                       | 110 |
| Ryc. 16. Wiek, w którym nastolatki pierwszy raz wypili alkohol z podziałem na płeć badanych.....                                                                          | 110 |
| Ryc. 17. Miejsce, w którym nastolatki po raz pierwszy pili alkohol.....                                                                                                   | 112 |
| Ryc. 18. Liczba przypadków kaca, złego samopoczucia lub innych problemów u nastolatków w ciągu ostatniego miesiąca po spożyciu alkoholu z podziałem na płeć badanych..... | 115 |
| Ryc. 19. Miejsca, w których nastolatki piją najczęściej alkohol.....                                                                                                      | 120 |
| Ryc. 20. Samoocena stanu zdrowia nastolatków z podziałem na płeć badanych.....                                                                                            | 130 |
| Ryc. 21. Poczucie samotności u nastolatków w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.....                                                                      | 132 |
| Ryc. 22. Częstość u nastolatków poczucia bycia zestresowanym i problemów ze snem w ciągu ostatniego roku z podziałem na płeć badanych.....                                | 134 |
| Ryc. 23. Fakt odczuwania przez nastolatków w ciągu ostatniego roku myśli samobójczych z podziałem na płeć badanych.....                                                   | 135 |

### 3. Wzór kwestionariusza ankiety

*(kwestionariusz ankiety)*

#### **ZACHOWANIA ZDROWOTNE MŁODZIEŻY W POLSCE**

Droga Uczennico/Uczniu,

Uczestniczysz w badaniach ankietowych dotyczących zachowań zdrowotnych młodzieży polskiej. Bardzo dziękuję, że chcesz nam pomóc w badaniach!

Twoje odpowiedzi na tę ankietę pomogą nam lepiej poznać, jak żyją ludzie w Twoim wieku. Ankieta jest anonimowa, Twoje odpowiedzi zostaną przeznaczone tylko do celów badawczych o charakterze statystycznym.

Ankieta liczy w sumie 56 pytań (metryczka oraz 51 pytań tematycznych).

Szacunkowy czas wypełnienia ankiety: 10-15 min.

#### **METRYCZKA**

1. W którym roku się urodziłaś / urodziłeś?

- 2004
- 2005
- 2006
- 2007
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011

2. Jaka jest Twoja płeć?

- kobieta
- mężczyzna

3. Czy mieszkasz na wsi czy w mieście?

- na wsi
- w mieście

4. Z kim aktualnie mieszkasz? (możesz wybrać kilka odpowiedzi)

- z mamą
- z tatą
- z rodzicem i jego partnerem/partnerką
- z rodzeństwem
- z innym opiekunem
- sam

5. W jakim miejscu aktualnie mieszkasz?

- w domu rodzinnym
- we wspólnym gospodarstwie domowym (ale nie w domu rodzinnym)
- w internacie
- na stacji
- sam we własnym mieszkaniu
- w innym miejscu

### **STOSOWANIE UŻYWEK - Palenie papierosów**

1. Czy palisz papierosy?

- Tak
- Nie - jeśli NIE, przejdź do pytania nr 12

2. Ile miałaś/miałeś lat kiedy spróbowałaś/spróbowałeś pierwszego papierosa?

- nigdy nie paliłam/paliłem
- poniżej 7 lat
- 8-9 lat
- 10-11 lat
- 12-13 lat
- 14-15 lat
- 16-17 lat
- 18 lat i później

3. Czy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy próbowałaś/próbowałeś rzucić palenie?

- TAK, próbowałam/próbowałem rzucić palenie
- NIE, nie próbowałam/próbowałem rzucić palenia

4. Podaj liczbę dni W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA, w których paliłeś/paliłaś papierosy?

- 0 dni
- 2 dni
- 5 dni
- 6-9 dni
- 10-19 dni
- powyżej 20 dni
- codziennie

5. Czy W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA

ktokolwiek odmówił Ci sprzedaży papierosów z powodu zbyt młodego wieku?

- nie próbowałem kupować papierosów w tym czasie
- TAK, nie sprzedano mi papierosów z powodu zbyt młodego wieku
- NIE, mam 18 lat i mogę kupować papierosy
- nie, kupiłem/am papierosy bez kłopotu i nikt nie pytał o mój wiek

6. Ile średnio dziennie wypalałaś/wypalałeś papierosów w dniach, w których paliłaś/paliłaś W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA
- mniej niż 1 papieros dziennie
  - 2 do 5 papierosów dziennie
  - 6 do 10 papierosów dziennie
  - 11 do 20 papierosów dziennie
  - więcej niż 20 papierosów dziennie
7. W jaki sposób nabywałaś/nabywałeś papierosy W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA?  
(możesz wybrać kilka odpowiedzi)
- kupowałam w sklepie
  - dawałam pieniądze innym, by mi kupili papierosy
  - byłem częstowana/częstowany przez rówieśników
  - byłem częstowana/częstowany przez dorosłych
  - kupowałam/kupowałam taniej na bazarze lub od handlarzy
8. Gdzie najczęściej palisz papierosy? (możesz wybrać kilka odpowiedzi)
- w domu rodzinnym
  - w akademiku, internacie lub na stacji u koleżanki/kolegi
  - na dyskotecce, w pubie
  - w restauracji
  - w parku, na ulicy lub w innej przestrzeni otwartej
  - w szkole, na uczelni
  - we własnym domu/mieszkanie
9. Z kim najczęściej palisz papierosy?
- z koleżankami, kolegami
  - z członkami rodziny
  - z osobami, które przypadkowo spotkam
  - sama/sam
10. Czy wstając rano masz potrzebę zapalenia papierosa?
- NIE, rano nie mam potrzeby zapalenia papierosa
  - TAK, często rano mam potrzebę zapalenia papierosa
  - TAK, zawsze rano mam potrzebę zapalenia papierosa
11. Czy twoi rodzice wiedzą, że palisz papierosy?
- TAK
  - NIE
12. Ile dni w ciągu ostatniego tygodnia ktoś palił papierosy w Twojej obecności?
- nigdy
  - codziennie
  - 1-2 dni
  - 3-4 dni
  - 5-6 dni

13. Która z osób zamieszkujących z Tobą pali papierosy?
- nikt
  - moja matka lub opiekunka
  - mój ojciec lub opiekun
  - OBOJE
  - moje rodzeństwo
  - moja partnerka/partner, żona/mąż
  - sublokatorzy
14. Czy Twoim zdaniem chłopak/mężczyzna palący papierosy jest bardziej atrakcyjny?
- TAK, jest bardziej atrakcyjny
  - NIE, jest mniej atrakcyjny
  - nie ma różnicy między palącym a niepalącym
15. Czy Twoim zdaniem dziewczyna/kobieta paląca papierosy jest bardziej atrakcyjna?
- TAK, jest bardziej atrakcyjna
  - NIE, jest mniej atrakcyjna
  - nie ma różnicy między palącą a niepalącą
16. Czy uważasz, że palenie papierosów pomaga zmienić masę ciała?
- TAK, pomaga przytyć
  - TAK, pomaga w odchudzaniu
  - nie ma wpływu na wagę ciała
17. Czy chłopak/mężczyzna palący papierosy ma więcej kolegów/przyjaciół?
- TAK, ma więcej kolegów/przyjaciół
  - NIE, nie ma więcej kolegów/przyjaciół
  - palenie nie ma wpływu na liczbę kolegów/przyjaciół
18. Czy dziewczyna/kobieta paląca papierosy ma więcej koleżanek/przyjaciółek?
- TAK, ma więcej koleżanek/przyjaciółek
  - NIE, nie ma więcej koleżanek/przyjaciółek
  - palenie nie ma wpływu na liczbę koleżanek/przyjaciółek
19. Czy ktoś z Twoich kolegów/koleżanek lub przyjaciółek/przyjaciół pali papierosy?
- NIE, żadna/żaden z moich koleżanek/kolegów nie pali papierosów
  - niektóre/niektórzy z moich koleżanek/kolegów palą papierosy
  - większość z moich koleżanek/kolegów pali papierosy
  - wszystkie/wszyscy moje/moi koleżanki/koledzy palą papierosy

### **STOSOWANIE UŻYWEK - Picie alkoholu**

20. Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś alkohol
- TAK
  - NIE – jeśli NIE przejdź do pytania nr 33

21. Jeśli pijesz alkohol, to który z niżej wymienionych? (możesz wybrać kilka odpowiedzi)

- piwo
- wódkę
- wino

22. ILE RAZY W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA

piłeś/piłaś alkohol w jakiegokolwiek postaci (piwo, wino, wódka, drinki)?

(wyłączając przypadki wypicia nie więcej niż jednego łyka dla spróbowania)

- 0 razy
- 1-2 razy
- 3-9 razy
- 10-19 razy
- ponad 20 razy
- codziennie

23. Jeżeli masz okazję pić alkohol, ile jednorazowo zazwyczaj wypijasz

(np. piwa, wina, wódki)

- 1 kufel piwa, jedna lampka wina, 1 kieliszek wódki, jednego drinka
- 2 kufle piwa, dwie lampki wina, 2 kieliszki wódki, 2 drinki
- 3 kufle piwa, 3 lampki wina, 3 kieliszki wódki, 3 drinki
- 4 kufle piwa, 4 lampki wina, 4 kieliszki wódki, 4 drinki
- 5 i więcej kufla piwa, 5 lampek wina, 5 kieliszków wódki, 5 drinków

24. Ile miałaś/miałeś lat, kiedy PIERWSZY RAZ WYPIŁAŚ/WYPIŁEŚ ALKOHOL

(np. piwo, wino, wódka, drinki)? (wypijając więcej niż jeden łyk do spróbowania)

- w wieku poniżej 7 lat
- w wieku 8-9 lat
- w wieku 10-11 lat
- w wieku 12-13 lat
- w wieku 14-15 lat
- w wieku 16-17 lat
- w wieku 18 lat i później

25. Gdzie po raz pierwszy w życiu wypić/wypiłeś alkohol?

- w domu rodzinnym
- w akademiku, internacie lub na stacji u koleżanki/kolegi, przyjaciółki/przyjaciela
- na dyskotecę, w pubie
- w restauracji
- w parku, na ulicy lub w innej przestrzeni otwartej
- w szkole, na uczelni
- we własnym domu/mieszkanu

26. Ile miałaś/miałeś lat, kiedy po raz pierwszy się upiłaś/upiłeś?  
(zaburzenia lub utrata świadomości, zaburzenia mowy, zmiany nastroju,  
zaburzenia chodu, wymioty, złe samopoczucie)

- nigdy w życiu się nie upiłam/upiłem
- w wieku poniżej 7 lat
- w wieku 8-9 lat
- w wieku 10-11 lat
- w wieku 12-13 lat
- w wieku 14-15 lat
- w wieku 16-17 lat
- w wieku 18 lat i później

27. ILE RAZY W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA

z powodu picia alkoholu miałaś/eś kaca, źle się czułaś/eś miałaś/eś kłopoty rodzinne,  
opuściłaś/eś dni nauki w szkole lub zachowywałaś/eś się tak,  
że miałaś/eś problemy w szkole lub złamałaś/eś prawo?

- 0 razy
- 1-2 razy
- 3-9 razy
- 10 i więcej razy

28. JAK CZĘSTO RODZICE POZWALAJĄ Ci pić alkohol w domu?

- nigdy nie pozwalają
- zawsze pozwalają
- czasami przy okazji uroczystości rodzinnych
- czasami, bez okazji
- rzadko, jedynie przy wyjątkowych okazjach

29. Czy Twoi rodzice wiedzą, że pijesz alkohol? (wyluczając przypadki wypicia nie więcej niż jednego łyka dla spróbowania)

- TAK
- NIE

30. Z kim najczęściej pijesz alkohol?

- z koleżankami, kolegami, znajomymi, przyjaciółmi
- z członkami rodziny
- z osobami, które przypadkowo spotkam
- sam

31. Gdzie najczęściej pijesz alkohol?

- w domu rodzinnym
- w akademiku, internacie lub na stacji u koleżanki/kolegi, przyjaciółki/przyjaciela
- na dyskotecę, w pubie
- w restauracji
- w parku, na ulicy lub w innej przestrzeni otwartej
- w szkole, na uczelni
- we własnym domu/mieszkanu

32.Czy w CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA

ktokolwiek odmówił Ci sprzedaży alkoholu (piwa, wina, wódki)

z POWODU ZBYT MŁODEGO WIEKU?

- nigdy nie próbowałem kupować alkoholu w tym czasie
- TAK, nie sprzedano mi alkoholu z powodu zbyt młodego wieku
- NIE, mam 18 lat i mogę kupować alkohol
- nie, kupiłem/am alkohol bez kłopotu i nikt nie pytał o mój wiek

33.Czy ktokolwiek z Twoich koleżanek/kolegów, przyjaciółek/przyjaciół pije alkohol?

- nikt z moich przyjaciół i znajomych nie pije alkoholu
- niewielu
- większość
- wszyscy

34.Ilu spośród Twoich koleżanek/kolegów, przyjaciółek/przyjaciół  
PIŁO ALKOHOL W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI?

- nikt z moich przyjaciół i znajomych nie pije alkoholu
- niewielu piło alkohol w przeciągu ostatniego tygodnia
- większość piła alkohol w przeciągu ostatniego tygodnia
- wszyscy pili alkohol w przeciągu ostatniego tygodnia

35.Czy ktokolwiek z Twoich bliskich

(rodziców lub opiekunów, braci, sióstr, dziadków lub babć)

pije alkohol CZĘŚCIEJ NIŻ JEDEN RAZ NA TYDZIEŃ?

- NIE
- TAK - jeśli TAK, napisz poniżej KTO

### **STOSOWANIE UŻYWEK - INNE**

36.Dlaczego stosujesz używki (tytoń, alkohol, dopalacze lub narkotyki)

- nie stosuję używek
- dla zabicia czasu
- bo inni to robią
- po nich lepiej sobie daję radę w życiu
- chcę dorównać rówieśnikom
- bo jestem uzależniony
- z ciekawości

37.Czy kiedykolwiek piłeś/piłaś napoje energetyzujące?

- TAK
- NIE - jeśli NIE przejdź do pytania nr 39

38.Ile razy piłeś/piłaś napoje energetyzujące w ciągu ostatniego miesiąca?

- 0 razy
- 1-2 razy
- 3-9 razy
- 10 i więcej razy

39. Ile zazwyczaj w ciągu jednego dnia wypijasz napojów energetyzujących?

- do 0,25 litra (1 puszka)
- 0,5 litra (2 puszki)
- 0,75 litra (3 puszki)
- 1 litr i więcej

### **SAMOOOCENA STANU ZDROWIA I RELACJI Z RODZICAMI**

40. Jak oceniasz swój stan zdrowia?

- bardzo dobrze
- dobrze
- średnio
- źle
- bardzo źle

41. Czy masz problemy ze zdrowiem?

- NIE
- TAK, - jeśli TAK, napisz poniżej JAKI

42. Jak często w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU czułaś/czułeś się samotna/samotny?

- nigdy
- rzadko
- czasami
- przez większość czasu
- zawsze

43. Jak często w CIĄGU OSTATNIEGO ROKU czułaś/czułeś się zestresowana/zestresowany na tyle że nie mogłaś/mogłeś spać?

- nigdy
- rzadko
- czasami
- przez większość czasu
- zawsze

44. Czy w przeciągu OSTATNIEGO ROKU miałaś/miałeś myśli samobójcze?

- nigdy
- rzadko
- czasami
- przez większość czasu
- zawsze

45. Czy jesteś osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą)?

- TAK
- NIE

46. Czy uważasz, że życie ma sens?

- TAK
- NIE

47. Jak często w przeciągu OSTATNIEGO ROKU (12 miesięcy) Twoi rodzice lub opiekunowie pomagali Ci rozwiązać Twoje problemy lub przyczyny Twoich zmartwień?

- nigdy
- rzadko
- czasami
- przez większość czasu
- zawsze

48. Jak często w ciągu OSTATNIEGO ROKU

Twoi rodzice lub opiekunowie interesowali się Twoimi wynikami w nauce (np. odrabianiem przez siebie prac domowych) lub Ci w nich pomagali?

- nigdy
- rzadko
- czasami
- przez większość czasu
- zawsze

49. Jak oceniasz swoje relacje z matką lub opiekunką?

- bardzo dobre
- dobre
- poprawne
- złe
- bardzo złe

50. Jak oceniasz swoje relacje z ojcem lub opiekunem?

- bardzo dobre
- dobre
- poprawne
- złe
- bardzo złe

51. Jak często w ciągu OSTATNICH 30 DNI

Twoi rodzice lub opiekunowie wiedzieli co robisz w czasie wolnym od nauki?

- nigdy
- rzadko
- czasami
- przez większość czasu
- zawsze