



Spożycie alkoholu przez pełnoletnią młodzież szkolną w świetle badań „Młodzież Warszawy” i „Młodzież Mazowska”

Alcohol consumption by legal age pupils according to research ‘Youth of Warsaw’ and ‘Youth of Mazovia’

Violetta Korporowicz-Żmichowska^{1,2,A-F}

¹ Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Polska

² Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Instytut Gospodarstwa Społecznego, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Korporowicz-Żmichowska V. Spożycie alkoholu przez pełnoletnią młodzież szkolną w świetle badań „Młodzież Warszawy” i „Młodzież Mazowska”. Med Og Nauk Zdr. 2022; 28(3): 258–266. doi: 10.26444/monz/154058

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. W Polsce spożycie alkoholu jest istotnym problemem społecznym. Potwierdzają to badania m.in. nad zachowaniami zdrowotnymi, np. zawarte w *Diagnozie Społecznej* z 2015 roku. Autorzy tego raportu stwierdzają, że rozmiary problemów alkoholowych są tak wielkie, iż można je traktować jako epidemię społeczną.

Cel pracy. Celem pracy było ukazanie problemu spożywania alkoholu przez dorosłą (pełnoletnią), uczącą się młodzież województwa mazowieckiego. Ponadto celem jest próba odpowiedzi na pytanie, czy wielkość miejscowości (klasa), w której mieszkają badani oraz ich płeć może różnicować spożycie alkoholu.

Materiał i metody. Podstawą artykułu są badania terenowe nad zachowaniami zdrowotnymi dorosłej młodzieży szkolnej zatytułowane „Młodzież Warszawy” i „Młodzież Mazowska”, realizowane w latach szkolnych 2015/2016 oraz 2017/2018. Grupę badawczą stanowili respondenci uczący się w Warszawie oraz w mniejszych miejscowościach województwa mazowieckiego.

Wyniki. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania oraz płeć respondentów, należy stwierdzić, iż alkohol jest częściej spożywany w mniejszych miejscowościach województwa mazowieckiego niż w Warszawie. Wśród uczniów z miasta stołecznego częściej w zajęciach z edukacji zdrowotnej brały udział kobiety (31,52%), rzadziej mężczyźni (19,05%). Omawiane różnice są istotne statystycznie ($p < 0,001$).

Wnioski. Wyniki badań, którym objęto pełnoletnią, uczącą się młodzież w województwie mazowieckim, wskazują, że kobiety rzadziej sięgają po alkohol niż mężczyźni, natomiast nie potwierdzają one jednoznacznie opinii, iż to właśnie w dużych miastach (przykład Warszawy) alkohol spożywany jest częściej niż w mniejszych miejscowościach.

Słowa kluczowe

nadużywanie alkoholu, analiza porównawcza, dorosła młodzież szkolna

■ Abstract

Introduction and Objective. In Poland, alcohol consumption is an important social problem. This is confirmed by research on, *inter alia*, health behaviours, e.g. included in the 2015 Social Diagnosis. It is stated that the size of alcohol-related problems is so great that they can be treated as a social epidemic.

Objective. The aim of the study was to present the problem of alcohol consumption by legal age pupils in the Warsaw Province, and an attempt to answer the question whether there are differences in alcohol consumption according to the size of the locality (class) and gender.

Materials and method. The article is based on the field study concerning health behaviours of legal age pupils entitled: ‘Youth of Warsaw’ and ‘Youth of Mazovia’. The research group consisted of respondents studying in Warsaw and smaller localities in the Warsaw Province during the school years 2015/2016 and 2017/2018. Results Taking into account the territorial structure and respondents’ gender alcohol is consumed more often in smaller localities in the Warsaw Province than in the city of Warsaw. Among students from Warsaw, females (31.52%) more often participated in anti-alcohol education, compared to males (19.05%). The discussed differences are statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusions. The results of studies of legal age pupils in the Warsaw Province indicate that females consume alcohol less often than males; however, do not unequivocally confirm the opinion that it is in large cities (the example of Warsaw) that alcohol is consumed more often than in smaller localities.

Key words

alcohol abuse, comparative analysis, legal age pupils

Adres do korespondencji: Violetta Korporowicz-Żmichowska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, ul. Wiśniowa 41, 02-520 Warszawa, Polska
E-mail: violetta.korporowicz@sgh.waw.pl

Nadesłano: 21.06.2021; zaakceptowano do publikacji: 14.09.2022; publikacja online: 27.09.2022

WPROWADZENIE

Alkohol jest to legalny produkt, którego sprzedaż jest regulowana. Pod względem zdrowotnym jest to substancja toksyczna, dlatego też nie jest zwykłym towarem, a jego spożycie prowadzi do powstania zarówno krótkoterminowej irracjonalności (odurzenia), jak i długotrwałej irracjonalności (uzależnienia) [1].

Spożywanie alkoholu, a szczególnie jego nadużywanie, powoduje często utratę kontroli nad ilością przyjmowanego alkoholu. Jest to patologiczny sposób spożywania alkoholu, który często prowadzi do zaburzeń funkcji społecznych. Polega on na tym, że osoba uzależniona potrzebuje np. codziennego przyjmowania alkoholu, nie może ograniczyć lub zaprzestać picia, kontynuuje picie alkoholu pomimo istnienia poważnych zaburzeń fizycznych, o których wie, że są ściśle związane z jego spożywaniem [2]. Oba stany (spożycie alkoholu, jak i jego nadużywanie) występują mimo powszechnie istniejącej informacji o szczególnej szkodliwości alkoholu dla zdrowia pijącego [3–4].

Na sposób i ilość spożywania alkoholu wpływa wiele czynników, które można klasyfikować na różne sposoby. Wśród nich m.in. jest podział na czynniki indywidualne oraz czynniki środowiskowe (społeczno-ekonomiczne). Do zmiennych indywidualnych kształtujących spożywanie alkoholu należą np. płeć oraz wiek. W drugiej grupie wymienić można np. edukację zdrowotną i wykształcenie, w tym wykształcenie rodziców. Ponadto czynnikiem różnicującym częstość spożywania alkoholu jest wielkość (klasa) miejscowości, przy czym uważa się, że nadużywanie alkoholu jest najbardziej rozpowszechnione w dużych miastach Polski [5–8].

Przyjmuje się, że ok. 23 mln Europejczyków (5% mężczyzn i 1% kobiet) jest uzależnionych od alkoholu oraz że ok. 40 mln obywateli UE pije zbyt wiele, a 100 mln wypija ilość alkoholu wskazującą na „picie do upicia” przynajmniej raz na miesiąc. Największa liczba osób w Europie uzależnionych od alkoholu żyje w Norwegii – jest to 2,55% tego społeczeństwa – oraz w Szwecji – 2,27% [6–8].

W Polsce spożycie alkoholu jest istotnym problemem społecznym. Potwierdzają to m.in. badania nad zachowaniami zdrowotnymi zawarte np. w *Diagnozie Społecznej* z 2015 roku. Autorzy tego raportu stwierdzają, że rozmiary problemów alkoholowych są tak wielkie, iż można je traktować jako epidemię społeczną [9]. Szacuje się bowiem, iż w naszym kraju żyje ok. 800 tys. osób uzależnionych od alkoholu i niemal tyle samo pijących w nadmiarze. W Polsce aż 5,25% uczniów i studentów powyżej 16. roku życia zadeklarowało, że piło za dużo alkoholu w 2015 roku, podczas gdy np. w grupie emerytów było to 2,56% [9].

Zgodnie z danymi zawartymi w badaniu Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 30% dorosłych Polaków (osoby powyżej 15. roku życia) przynajmniej raz w miesiącu upija się. Jeden Polak rocznie spożywa średnio 11,7 litra czystego alkoholu. Jednorazowo wypijane jest ponad 80% zawartości butelki wina lub 1,5 litra piwa [7]. Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) prawie 12% dorosłych mieszkańców naszego kraju nadużywa alkoholu. Rośnie też spożycie trunków wysokoprocentowych – z 28,3% w 2000 roku do 37,8% w 2019 roku w przeliczeniu na 100% alkoholu [8, 10].

Odrębnym problemem jest spożywanie alkoholu przez młodzież, czyli osoby, które nie ukończyły 15. roku życia.

Jest to szczególnie niebezpieczne dla tej grupy. Osoby, które zaczynają pić w tym wieku, a cztery razy częściej uzależniają się od alkoholu w wieku dorosłym niż takie, które zaczęły pić w wieku 20 lat lub później [9–10]. Cykliczne spożywanie alkoholu w młodym wieku, niezależnie od ilości, może zaburzać procesy rozwojowe. Nawet ilość nieszkodliwa dla dorosłych nie jest ilością bezpieczną dla młodych organizmów [11–12]. Problem nadmiernego picia alkoholu wśród młodzieży występuje w większości krajów Europy. Co gorsza, tendencja ta jest obecna również w Polsce [9].

Międzynarodowe badania ankietowe nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) przeprowadzone w Polsce w roku szkolnym 2017–2018 roku wykazały, iż wśród badanej młodzieży (N = 5225) inicjację alkoholową miała za sobą prawie co trzecia badana osoba (34,6%). Ponadto 21,1% dzieci w wieku 11–15 lat upiło się co najmniej raz w życiu, a ponad 6% spożywa alkohol minimum raz w tygodniu [14].

Ważnym badaniem dotyczącym spożywania alkoholu przez młodzież w Polsce jest raport CBOS z 2018 roku. W ramach badań będących podstawą raportu zrealizowano łącznie 1609 wywiadów z uczniami. Wynika z niego, że w miesiącu poprzedzającym badanie minimum raz w życiu upiło się aż 44% ankietowanych. Odsetek badanych, którym zdarzyło się upić minimum 3 razy w miesiącu, wyniósł 13% [15–17].

Spożycie alkoholu jest przyczyną licznych schorzeń i zaburzeń oraz jest trzecim wiodącym czynnikiem ryzyka przedwczesnej śmierci po nadciśnieniu tętniczym i paleniu tytoniu [17–18]. Szkody wyrządzane przez alkohol są pogłębiane przez dodatkowe problemy zdrowotne. Jest on głównym czynnikiem ryzyka wielu schorzeń, w tym nowotworów oraz schorzeń i urazów neurologicznych [18, 20]. Jest też przyczyną znacznego obciążenia społecznego, co pociąga za sobą wymierne koszty. Szacuje się, że ok. 25% różnic w oczekiwanej długości życia osób w średnim wieku między wschodnią i zachodnią Europą jest spowodowane nadmiernym picciem alkoholu [19–21]. Również Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation, WHO) informuje o szkodliwości picia alkoholu, podkreślając, iż spożywanie alkoholu jest przyczyną około 3,3 mln zgonów rocznie (czyli 5,9% wszystkich zgonów) [6, 19].

Oprócz negatywnego wpływu na zdrowie jednostki spożywanie alkoholu może również niekorzystnie wpływać na niepijących, np. gdy są oni w sposób niezamierzony lub celowy obrażani lub – w przypadku dzieci lub osób dorosłych wymagających opieki – dochodzi wobec nich do zaniedbań obowiązków związanych z opieką. Z danych epidemiologicznych wynika, że im bardziej rozwinięte społeczeństwo, tym ilość oraz częstotliwość używania alkoholu jest wyższa, ale im mniej rozwinięte społeczeństwo, tym skutki picia są bardziej dotkliwe [4, 22].

Aby ograniczać spożycie alkoholu, niezbędne są m.in. działania edukacyjne, przy czym ważną rolę odgrywa edukacja zdrowotna. W celu ukazania jej wagi oraz wskazywania na następstwa alkoholizmu, przeprowadzono badanie wśród pijących kobiet w ciąży w wieku 18–44 lat w USA. W rezultacie działań edukacyjnych wśród losowo dobranych (N = 840) kobiet z podziałem na grupę eksperymentalną (N = 416) oraz grupę kontrolną (N = 414) ryzyko zachorowania dzieci na alkoholowy zespół płodowy (*alcohol-exposed pregnancies* – AEP) zmniejszyło się aż o 68,5% [24].

CEL PRACY

Celem artykułu jest ukazanie problemu spożywania alkoholu przez młodzież, biorąc pod uwagę Warszawę – miasto metropolitalne vs mniejsze miasta województwa mazowieckiego, przy czym zakłada się, że każde spożycie alkoholu przez dzieci i młodzież jest jego nadużywaniem. Ponadto podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy wielkość miejscowości zamieszkiwanej przez młodych ludzi i ich płeć mogą różnicować spożycie alkoholu przez młodzież oraz zaprezentowano wyniki badania przeprowadzonego wśród dorosłej, uczącej się młodzieży województwa mazowieckiego.

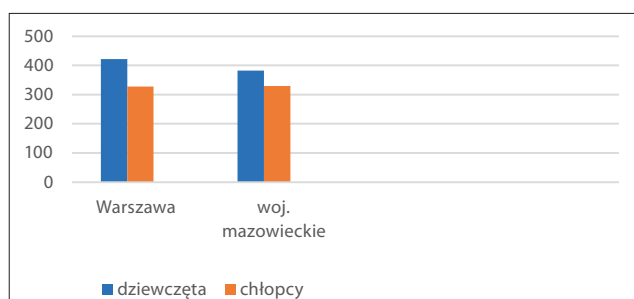
Też badana jest opinia badanych uczniów o szkodliwości picia alkoholu ma pozytywny wpływ na konkretne zachowania, np. zaniechanie jazdy samochodem, będąc pod wpływem alkoholu. Ponadto uczestnictwo w zajęciach z edukacji zdrowotnej oraz chęć respondentów do jej kontynuowania (biorąc również pod uwagę wykształcenie rodziców) są zróżnicowane wśród badanej młodzieży ze względu na ich płeć oraz ich miejsce zamieszkania.

MATERIAŁ I METODY

Treścią artykułu jest prezentacja autorskich badań nad zachowaniami zdrowotnymi „Młodzież Warszawy” oraz „Młodzież Mazowska”. Pierwsze badanie odbyło się w Warszawie w roku szkolnym 2015/2016. Drugie, zatytułowane „Młodzież Mazowska”, przeprowadzone było w całym województwie mazowieckim (już bez Warszawy) w roku szkolnym 2017/2018. Przedmiotem obu badań jest po pierwsze próba odpowiedzi na pytanie, czy opinia uczniów na temat szkodliwości picia alkoholu ma wpływ na ograniczenie negatywnych zachowań podjętych w wyniku tego spożycia z uwzględnieniem miejsca zamieszkania respondentów. Po drugie, czy chęć dalszej edukacji po ukończeniu dotychczasowej szkoły, uczestniczenie w zajęciach edukacji zdrowotnej, wykształcenie rodziców mogą różnicować zachowania zdrowotne między młodzieżą uczącą się w mieście metropolitalnym a tą, która pobiera naukę w mniejszych miastach województwa mazowieckiego.

Do badania „Młodzież Mazowska” wytypowano szkoły ujęte w kompletnej bazie placówek ponadpodstawowych, czyli licea ogólnokształcące, technika i szkoły branżowe w obrębie Warszawy. Natomiast do kolejnego badania „Młodzież Mazowska” wykorzystano dane z ogólnopolskiej bazy, udostępnionej na stronie internetowej Centrum Informatycznego Edukacji. Przy doborze szkół zastosowano program z wbudowaną funkcją losującą, umożliwiającą ich wytypowanie. Przy czym dobór losowy był proporcjonalny do liczby w każdym z wymienionych już trzech typów szkół. Na podstawie pozyskanych danych określono np.: spożycie alkoholu według jego rodzajów, opinie na temat szkodliwości spożywania alkoholu, następnie faktyczny (deklarowany) sposób zachowania, chęć dalszej nauki – w odniesieniu do klasy miejscowości i płci uczniów.

W badaniu „Młodzież Warszawy” z losowym doбором próby kwestionariusze ankiet poprawnie wypełniło 804 uczniów – 422 chłopców i 382 dziewcząt. W drugiej edycji badania, zatytułowanej „Młodzież Mazowska”, z takim samym doбором próby, kwestionariusze prawidłowo wypełniło 595 uczniów – 266 chłopców i 329 dziewcząt. W badaniu uczestniczyło ogółem 1399 uczniów, w tym 688 chłopców i 711



Rycina 1. Liczba respondentów w badaniu „Młodzież Warszawy” oraz „Młodzież Mazowska” według płci.

Źródło: obliczenia własne na podstawie badań terenowych.

dziewcząt, tzn. 49,2% badanych stanowili chłopcy i 50,8% – dziewczęta (ryc. 1).

Wszyscy respondenci samodzielnie wypełniali papierowy kwestionariusz ankiety. W badaniu istotne było również poznanie środowiska szkolnego w szerokim znaczeniu, np. warunków socjalnych czy stosunków społecznych panujących wewnątrz szkoły oraz w gminie. Dlatego też podjęto decyzję, aby kontaktować się z respondentami bezpośrednio, przeprowadzając wizyty studyjne w szkołach, a nie realizować badania poprzez dystrybucję kwestionariuszy ankiet online. Wizyty były uzgodnione z dyrekcją szkoły i szkolnym pedagogiem. Niepotrzebna była zgoda rodziców na przeprowadzenie badania z uwagi na fakt pełnoletności respondentów.

Ankieterzy zewnętrzni (autorzy badania terenowego) przed rozdaniem kwestionariuszy informowali, że badanie jest anonimowe i dobrowolne oraz że może brać w nim udział wyłącznie osoba dorosła (pełnoletnia). U podłoża decyzji co do pełnoletności respondentów leżało przeświadczenie, że jest to młodzież u progu dorosłości, która niedługo będzie przekazywała wzorce zachowań następnemu pokoleniu, a ponadto ta grupa jest na tyle dorosła, że może samodzielnie decydować o kupnie i spożyciu alkoholu. To spowodowało wyłączenie z badania części respondentów – nieznaczącej części uczniów, którzy nie spełniali kryterium wieku.

Ankieter informował młodzież o celu badania i sposobie wypełniania kwestionariusza. Fizyczna obecność ankietera dawała uczniom gwarancję poufności, gdyż byli oni zapewnieni o swojej anonimowości, jak również zwiększyła poprawność wypełnienia kwestionariusza.

Trudność badania stanowiło dotarcie do uczniów w trakcie takich zajęć lekcyjnych, które nie kolidowały z realizowanym programem dydaktycznym. Kolejnym problemem dotyczącym dorosłej młodzieży techników i liceów ogólnokształcących był skrócony o ok. 3 miesiące rok szkolny z uwagi na egzaminy końcowe (matura), a wśród młodzieży szkół zawodowych (obecnie branżowych) – obowiązek odbywania praktyk w terenie.

W badaniu wykorzystano studia porównawcze, określono zatem m.in. zachowania młodzieży w odniesieniu do ich przeświadczenia o szkodliwości picia alkoholu czy chęci kontynuowania przez nich nauki w zależności od wykształcenia rodziców z uwzględnieniem ich miejsca zamieszkania i płci.

Techniką realizacji obu badań terenowych była, co już zaznaczono, ankieta audytoryjna poprzedzona badaniem pilotażowym. Z analizy wykluczono te kwestionariusze, w których respondenci nie określili swojej płci oraz dodatkowo te, w których występowały braki danych krytycznych dla danej analizy confirmacyjnej (stanowiły one ok. 0,5% wypełnionych kwestionariuszy).

Narzędziem badawczym był skonstruowany na potrzeby badania autorski kwestionariusz ankiety do przeprowadzenia wywiadu audytoryjnego. Opracowany kwestionariusz zawiera pytania badawcze – 34 zamknięte, a z danych społeczno-demograficznych uwzględniono wiek, płeć, wykształcenie rodziców, miejsce zamieszkania. W obu badaniach zastosowano identyczny formularz ankiety.

Zachowania respondentów określono w wyniku ich samooceny [25], tzn. według kryteriów subiektywnych – każdy respondent sam deklarował spożycie alkoholu (typ alkoholu i częstotliwość jego spożycia) oraz wyrażał swoją opinię (przeświadczenie) na temat szkodliwości picia napojów alkoholowych.

Odnosząc się do uwarunkowań badania – poza standardowymi pytaniami dotyczącymi np. typu i częstotliwości spożycia alkoholu pojawiły się pytania dotyczące przeświadczenia o szkodliwości jego spożywania oraz faktycznych zachowań respondentów. Pytania te zostały połączone w pary, a odpowiedzi zapisane w binarnym (zero–jedynekowym) systemie, tzn. „tak” lub „nie”. Dzięki takiemu syntetycznemu zapisowi wyraźniej uwidaczniają się różnice lub podobieństwa zachowań. Pytania zostały skonstruowane w takim zapisie, aby jednoznacznie można było stwierdzić, czy badana młodzież widzi zagrożenie spowodowane spożyciem alkoholu oraz jakie są tego konsekwencje.

W omawianych parach pytań znalazły się takie, które sprawdzają opinię respondenta dotyczącą zagrożeń związanych ze spożyciem alkoholu, np. „Czy respondent widzi zagrożenie dla zdrowia i życia w wyniku jazdy samochodem pod wpływem alkoholu?”. W drugim pytaniu tej samej pary znalazły się takie, które dotyczą sprawdzenia faktycznych zachowań w tym zakresie, np. „Czy respondentowi zdarzyło się prowadzić samochód, będąc pod wpływem alkoholu?”.

W badaniu uczestniczyła młodzież ze szkół ponadpodstawowych znajdujących się w miejscowościach o różnej wielkości, będąca częścią populacji generalnej z uwzględnieniem płci. W celu sprawdzenia, czy zaobserwowane różnice w rozkładzie częstości odpowiedzi pomiędzy badanymi grupami uczniów są istotne statystycznie, zastosowano test χ^2 . Założono poziom istotności $\alpha = 0,05$. Analiz dokonano za pomocą programu SPSS.

WYNIKI

Wśród pytań znalazły się te dotyczące deklaracji respondentów na temat częstotliwości spożywania alkoholu różnego typu (tab. 1). Odpowiedzi wskazują, że „codzienny” kontakt z piwem ma mniejszy odsetek młodzieży uczącej się w Warszawie (2,41%) niż młodzieży w szkołach z mniejszych miast województwa (3,05%). Podobnie kształtują się tendencje w przypadku wódki. Ogólnie z danych wynika, że młodzież z Warszawy rzadziej sięga po alkohol niż młodzież z drugiej grupy. Chociaż nie wszystkie wyniki są jednoznaczne. Ważną w tej grupie jest też deklaracja „jestem abstynentem”, którą częściej składa młodzież ze szkół warszawskich niż z drugiej grupy młodzieży (tab. 1). Test niezależności nie wykazał istotnych zależności między uczniami z Warszawy a uczniami z mniejszych miast województwa mazowieckiego w przypadku spożycia wszystkich typów alkoholu ($p = 0,129$, $p = 0,487$, $p = 0,293$).

Odnosząc wyniki badań „Młodzież Warszawy” i „Młodzież Mazowska” do wyników innych badań, np. zrealizowanych

przez CEBOS w 2018 roku, mimo niepełnej porównywalności zastosowanych kategorii w zakresie częstotliwości picia alkoholu można zauważyć pewne ich podobieństwa. W badaniach mazowieckich np. „sporadyczne” spożycie piwa zadeklarowało – 62,03% badanych vs 66,40%, wina – 61,02% vs 64,68%, wódki – 62,45% vs 65,59%, a w drugich badaniach (CEBOS) „przynajmniej raz” spożycie piwa zadeklarowało 74% uczniów, wina – 43%, wódki – 62% [16].

Ponadto uczennice (zarówno z Warszawy, jak i z województwa mazowieckiego) rzadziej niż chłopcy spożywają alkohol różnego typu. Dotyczy to przede wszystkim odpowiedzi „codziennie” i „raz na kilka dni”. Natomiast chłopcy częściej deklarują, że są abstynentami. Omawiane różnice w odniesieniu do piwa i wódki są istotne statystycznie ($p < 0,001$) (tab. 1).

To, że dziewczęta na ogół rzadziej deklarują kontakt z alkoholem niż chłopcy, potwierdzają wyniki licznych badań, np. zrealizowanego przez PARPA w 2019 roku, gdzie 10% kobiet i 35% mężczyzn deklaruje, iż regularnie sięga po alkohol [9]. Ponadto alkohol w trudnych sytuacjach życiowych piją częściej mężczyźni – 6,36% – niż kobiety – 1,02% [8]. Trzeba jednak wziąć po uwagę to, że również dziewczęta w Polsce nie stronią od alkoholu, co potwierdzają badania np. CEBOS-u z 2018 roku, pokazujące, iż 43% dziewcząt vs 31% chłopców deklaruje częste sięganie po alkohol [16]. Również w badaniach HBSC nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej przeprowadzonych w Polsce w roku szkolnym 2017–2018 roku 34,6% dziewcząt w wieku 15 lat deklaruowało, że już piły alkohol, zaś odsetek chłopców, którzy przeszli inicjację alkoholową, wynosił 33,6% [12–13]. Rośnie też liczba uzależnionych kobiet. Jeszcze 10 lat temu nie przekraczały one 3% wszystkich osób nadużywających alkoholu, obecnie szacuje się na 8–10%, przy czym u kobiet do uzależnienia dochodzi szybciej i to w młodszym wieku [8–9].

Odpowiedzi dotyczące opinii (przeświadczenia) na temat „[...] niebezpieczeństwa łączenia alkoholu ze środkami farmakologicznymi” wskazują, że częściej taką wiedzę posiadają uczniowie z Warszawy (86,30%), rzadziej młodzież z województwa mazowieckiego (81,60%). Nie stwierdzono w tym zakresie istotności statystycznej (tab. 2). Również podzielenia poglądu, że „[...] prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia”, wskazuje, że uczniowie z Warszawy są bardziej świadomi takich zagrożeń niż grupa mieszkająca w województwie mazowieckim. Omawiane różnice są istotne statystycznie ($p < 0,001$) (tab. 3).

W pytaniach dotyczących konkretnych zachowań uczniów to dziewczęta i chłopcy z Warszawy rzadziej niż młodzież ucząca się w mniejszych miejscowościach województwa mazowieckiego deklarowali, że „[...] w ostatnim roku zdarzyło się, że łączyłeś alkohol ze środkami farmakologicznymi” (23,00%) vs (25,10%). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w tym zakresie ($p = 0,947$) (tab. 2). Ponadto młodzież ucząca się w Warszawie rzadziej niż druga grupa prowadziła samochód pod wpływem alkoholu (odpowiednio 9,25% vs 12,63%). Nie stwierdzono pod tym względem istotnych różnic pomiędzy respondentami Warszawy a uczniami z województwa mazowieckiego (tab. 3).

Różnice zachowań między młodzieżą uczącą się w Warszawie a drugą grupą w świetle badań mogą wynikać z rzadszego uczestniczenia przez młodzież z mniejszych miejscowości w zajęciach z edukacji zdrowotnej, w tym edukacji antyalkoholowej. Młodzież ucząca się w szkołach warszawskich częściej deklarowała obecność na tego typu zajęciach (25,28%

Tabela 1. Ocena respondentów dotycząca spożycia różnego typu alkoholu, według płci i miejsca zamieszkania (Warszawa, woj. mazowieckie), w %

Odpowiedź	Czy, a jeśli tak, to jak często, pijesz piwo?					
	Miasto Warszawa			Woj. mazowieckie		
	kobieta	mężczyzna	cała grupa	kobieta	mężczyzna	cała grupa
		%			%	
Codziennie	0,81	3,81	2,41	0,61	6,06	3,05
Raz na kilka dni	10,81	16,90	14,05	5,50	17,42	11,03
Sporadycznie (raz na kilka tygodni)	66,22	58,33	62,03	70,95	60,98	66,40
Raz spróbowałem i na tym koniec	3,78	4,29	4,05	5,20	3,03	4,23
Nie, nigdy	11,98	6,19	8,48	11,62	6,06	9,14
Jestem abstynentem	6,40	10,48	8,99	6,12	6,41	6,15
Wartość testu $\chi^2 = 22,41$; $p < 0,001^*$; Wartość testu $\chi^2 = 42,18$; $p < 0,001^{**}$; Wartość testu $\chi^2 = 8,54$; $p = 0,129^{***}$						
Odpowiedź	Czy, a jeśli tak, to jak często, pijesz wino?					
	Miasto Warszawa			Woj. mazowieckie		
	kobieta	mężczyzna	cała grupa	kobieta	mężczyzna	cała grupa
		%			%	
Codziennie	0,82	1,20	1,02	0,92	1,14	1,02
Raz na kilka dni	0,52	3,26	3,84	5,21	3,80	4,58
Sporadycznie (raz na kilka tygodni)	66,03	56,59	61,02	76,07	50,57	64,68
Raz spróbowałem i na tym koniec	5,89	17,07	8,15	6,13	10,27	7,98
Nie, nigdy	19,40	12,04	16,31	6,75	26,24	15,45
Jestem abstynentem	7,34	9,84	9,66	4,91	7,98	6,28
Wartość testu $\chi^2 = 15,40$; $p_1 = 0,006^*$; Wartość testu $\chi^2 = 56,43$; $p_2 < 0,001^{**}$; Wartość testu $\chi^2 = 4,45$; $p = 0,487^{***}$						
Odpowiedź	Czy, a jeśli tak, to jak często, pijesz wódkę (napoje spirytusowe)?					
	Miasto Warszawa			Woj. mazowieckie		
	kobieta	mężczyzna	cała grupa	kobieta	mężczyzna	cała grupa
		%			%	
Codziennie	0,27	0,95	0,63	0,61	2,30	1,36
Raz na kilka dni	4,31	10,95	7,84	3,07	14,94	8,35
Sporadycznie (raz na kilka tygodni)	61,99	62,86	62,45	67,18	63,60	65,59
Raz spróbowałem i na tym koniec	9,16	4,76	6,83	11,04	2,68	7,33
Nie, nigdy	16,44	9,76	12,90	12,27	9,58	11,07
Jestem abstynentem	7,82	10,71	9,36	5,83	6,90	6,30
Wartość testu $\chi^2 = 26,73$; $p < 0,001^*$; Wartość testu $\chi^2 = 42,83$; $p < 0,001^{**}$; Wartość testu $\chi^2 = 6,13$; $p = 0,293^{***}$						

p* – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w Warszawie

p** – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

p*** – zależności między respondentami uczącymi się w Warszawie a respondentami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

Źródło: obliczenia własne na podstawie badań terenowych.

badanych) niż druga grupa uczniów (10,08%) [29–30, 32–34]. Ponadto wśród uczniów z Warszawy częściej w zajęciach z edukacji zdrowotnej brały udział kobiety (31,52%), rzadziej mężczyźni (19,05%). Omawiane różnice są istotne statystycznie ($p < 0,001$) (tab. 4).

Korzystniejsze pod względem zdrowotnym zachowania uczniów z Warszawy niż młodzieży uczącej się w mniejszych miejscowościach województwa mazowieckiego, polegające na niższym spożyciu alkoholu, mogą być ponadto związane z ich chęcią dalszej edukacji. Aby to sprawdzić, postawiono pytanie: „Czy zamierzasz kontynuować naukę po ukończeniu szkoły, do której aktualnie uczęszczasz?”. Odpowiedzi wskazują, że młodzież ucząca się w Warszawie częściej odpowiadała pozytywnie niż druga grupa (76,51% vs 70,82%). W przypadku uczniów z Warszawy nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami pod względem chęci kontynuacji nauki ($p = 0,089$). Uczennice z mniejszych miejscowości województwa mazowieckiego

częściej wskazywały na chęć kontynuowania nauki (76,27%), mężczyźni – rzadziej (73,04%). Omawiana różnica jest istotna statystycznie ($p < 0,001$) (tab. 5).

W kolejnej grupie pytań, dotyczących wpływu edukacji na zachowania zdrowotne, wzięto ponadto pod uwagę wykształcenie rodziców. Zdecydowanie częściej chęć kontynuowania nauki deklarują młodzi ludzie uczący się, po pierwsze, w Warszawie, po drugie, których matka i ojciec mają wykształcenie wyższe. W przypadku kobiet różnice te wynoszą (73,04%) i średnim (83,60%), rzadziej ankietowani posiadający mamę z wykształceniem zawodowym (56%) i podstawowym (37,50%). Omawiane różnice są istotne statystycznie ($p < 0,001$) (tab. 6).

Podsumowując – rezultaty badań wskazują, iż bardziej zagrożona z powodu picia alkoholu jest młodzież z mniejszych miast województwa mazowieckiego, oraz że chłopcy (co potwierdzają liczne badania) częściej sięgają po alkohol niż dziewczęta.

Tabela 2. Opinie dotyczące niebezpieczeństwa łączenia alkoholu ze środkami farmakologicznymi według płci i miejsca pobierania nauki (Warszawa, woj. mazowieckie), w %

Czy wiesz, że istnieje niebezpieczeństwo łączenia alkoholu ze środkami farmakologicznymi?						
	Miasto Warszawa			Woj. mazowieckie		
	kobieta	mężczyzna	cała grupa	kobieta	mężczyzna	cała grupa
tak	90,54	83,69	86,30%	82,97	79,62	81,60%
nie	9,46	16,31	13,70%	17,03	20,38	18,40%
Wartość testu $\chi^2 = 8,08$; $p < 0,004^*$; Wartość testu $\chi^2 = 1,08$; $p = 0,298^{**}$; Wartość testu $\chi^2 = 5,67$; $p = 0,017^{***}$						
Czy w ostatnim roku zdarzyło się, że łączyłeś alkohol ze środkami farmakologicznymi?						
	miasto Warszawa			Woj. mazowieckie		
	kobieta	mężczyzna	cała grupa	kobieta	mężczyzna	cała grupa
tak	21,05	20,53	23,00%	25,54	25,00	25,10
nie	78,95	79,47	77,00%	74,46	75,00	74,90
Wartość testu $\chi^2 = 2,8$; $p = 0,094^*$; Wartość testu $\chi^2 = 1,29$; $p = 0,257^{**}$; Wartość testu $\chi^2 = 0,001$; $p = 0,947^{***}$						

p* – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w Warszawie

p** – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

p*** – zależności między respondentami uczącymi się w Warszawie a respondentami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

Źródło: obliczenia własne na podstawie badań terenowych.

Tabela 3. Opinie dotyczące prowadzenia samochodu pod wpływem alkoholu według płci i miejsca nauki (Warszawa, woj. mazowieckie), w %

Czy wiesz, że prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu stanowi zagrożenia dla życia i zdrowia?						
	Miasto Warszawa			Woj. mazowieckie		
	kobieta	mężczyzna	cała grupa	kobieta	mężczyzna	cała grupa
tak	97,85	94,00	95,82	85,19	84,41	84,84
nie	2,15	6,00	4,18	14,81	15,59	15,16
Wartość testu $\chi^2 = 7,25$; $p < 0,007^*$; Wartość testu $\chi^2 = 0,07$; $p = 0,795^{**}$; $\chi^2 = 45,65$; $p < 0,001^{***}$						
Czy w ostatnim roku zdarzyło się, że prowadziłeś samochód pod wpływem alkoholu?						
	Miasto Warszawa			Woj. mazowieckie		
	kobieta	mężczyzna	cała grupa	kobieta	mężczyzna	cała grupa
tak	7,84	10,50	9,25	9,01	17,05	12,63
nie	92,16	89,50	90,75	90,99	82,95	87,37
Wartość testu $\chi^2 = 1,66$; $p = 0,198^*$; Wartość testu $\chi^2 = 8,50$; $p = 0,004^{**}$; Wartość testu $\chi^2 = 3,01$; $p = 0,083^{***}$						

p* – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w Warszawie

p** – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

p*** – zależności między respondentami uczącymi się w Warszawie a respondentami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

Źródło: obliczenia własne na podstawie badań terenowych.

Tabela 4. Udział w zajęciach z edukacji zdrowotnej według płci i miejsca pobierania nauki (Warszawa, woj. mazowieckie), w %

Czy w ostatnim roku uczestniczyłeś w zajęciach z edukacji zdrowotnej (w tym edukacji antyalkoholowej)?						
	Miasto Warszawa			Woj. mazowieckie		
	kobieta	mężczyzna	cała grupa	kobieta	mężczyzna	cała grupa
nie	68,48	80,95	74,72	89,02	90,84	89,52
tak	31,52	19,05	25,28	10,98	9,16	10,08
Wartość testu $\chi^2 = 16,33$; $p < 0,001^*$; Wartość testu $\chi^2 = 0,53$; $p = 0,469^{**}$; Wartość testu $\chi^2 = 49,83$; $p < 0,001^{***}$						

p* – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w Warszawie

p** – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

p*** – zależności między respondentami uczącymi się w Warszawie a respondentami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

Źródło: obliczenia własne na podstawie badań terenowych.

Wyniki badań „Młodzież Warszawy” i „Młodzież Mazowsza” – co warto powtórzyć – nie potwierdzają jednoznacznie opinii, iż to właśnie w dużych miastach w Polsce (np. w Warszawie) alkohol spożywany jest przez młodzież częściej niż w mniejszych miejscowościach [9].

Ponadto badania pokazują różnicowanie co do:

- przeświadczenia o tym, iż spożywanie alkoholu niesie niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia;
- konkretnych zachowań, które deklaruje młodzież w wy-

niku spożycia alkoholu;

- liczby zajęć z edukacji zdrowotnej, w których uczestniczyła badana młodzież;
- chęci kontynuowania edukacji po zakończeniu dotychczasowej nauki;
- chęci kontynuacji edukacji po zakończeniu dotychczasowej nauki z uwzględnieniem wykształcenia ich rodziców.

Dlatego tak ważne jest prowadzenie dalszych badań nad

Tabela 5. Chęć kontynuacji edukacji według płci i miejsca pobierania nauki (Warszawa, woj. mazowieckie), w %

	Czy zamierzasz kontynuować naukę po ukończeniu szkoły, do której aktualnie uczęszczasz?					
	Miasto Warszawa			Woj. mazowieckie		
	kobieta	mężczyzna	cała grupa	kobieta	mężczyzna	cała grupa
tak	80,00	74,16	76,51	76,27	73,04	70,82
nie	10,27	15,31	13,08	11,70	16,67	17,07
nie wiem	9,73	10,53	10,31	12,03	10,29	12,11
Wartość testu $\chi^2 = 4,85$; $p_2 < 0,089^*$; Wartość testu $\chi^2 = 13,75$; $p_1 < 0,001^{**}$; Wartość testu $\chi^2 = 6,04$; $p = 0,049^{***}$						

p* – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w Warszawie

p** – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

p*** – zależności między respondentami uczącymi się w Warszawie a respondentami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

Źródło: obliczenia własne na podstawie badań terenowych.

Tabela 6. Chęć kontynuacji edukacji według płci i miejsca pobierania nauki z uwzględnieniem wykształcenia rodziców (Warszawa, woj. mazowieckie), w %

	Czy zamierzasz kontynuować naukę po ukończeniu szkoły, do której aktualnie uczęszczasz?							
	Miasto Warszawa							
	matka				ojciec			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
tak	37,50	56,00	73,04	83,60	47,62	59,13	75,66	85,03
nie	41,67	18,67	16,67	9,15	33,33	20,87	14,60	8,38
nie wiem	20,83	25,33	10,29	8,25	19,05	20,00	9,74	6,6
Wartość testu $\chi^2 = 63,39$; $p < 0,001^*$; Wartość testu $\chi^2 = 50,38$; $p < 0,001^{**}$								
	Woj. mazowieckie							
	Wykształcenie matki				Wykształcenie ojca			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
tak	53,33	64,65	69,35	79,03	57,14	63,70	75,98	76,61
nie	26,67	16,16	19,76	12,35	25,71	17,12	15,72	15,32
nie wiem	20,00	19,19	10,89	8,62	17,15	19,18	8,3	8,07
Wartość $\chi^2 = 15,41$; $p = 0,017^*$; Wartość testu $\chi^2 = 18,95$; $p = 0,004^{**}$								

p* – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w Warszawie

p** – zależności między dziewczętami a chłopcami uczącymi się w mniejszych miejscowościach woj. mazowieckiego

Źródło: obliczenia własne na podstawie badań terenowych.

problemem spożywania alkoholu przez młodzież również z uwzględnieniem miejsca ich zamieszkania [25].

DYSKUSJA

Podejmowane w badaniach społecznych rozważania nad spożyciem alkoholu skupiają się głównie na jego nadużywaniu, które można zdefiniować jako sposób spożywania alkoholu, który powoduje szkody fizyczne a często także negatywne konsekwencje społeczne [26–27]. Takie spożywanie alkoholu jest chorobą polegającą na utracie kontroli nad ilością pitego alkoholu oraz kontynuacji tego spożycia przez daną osobę, mimo że powoduje ono dysfunkcję w wielu obszarach życia. Szkodliwe picie alkoholu jest problemem niedocenianym społecznie, pomimo że jest bardzo istotnym czynnikiem zagrażającym zdrowiu publicznemu [25, 27].

Spożycie alkoholu rośnie w ciągu obecnego stulecia, co może być związane z przesvědzeniem, że jednostkowe picie alkoholu jest społecznie niegroźne, z pozorem niskiej szkodliwości [9, 30–31]. Regionem o najwyższym spożyciu alkoholu, co wynika z danych Światowej Organizacji Zdrowia, jest Europa [6–8]. To zjawisko obserwowane jest również w Polsce, gdzie już 11–15-letni uczniowie podejmują próby picia alkoholu [9, 12, 30].

Badania „Młodzież Warszawy” i „Młodzież Mazowska” wpisują się w nurt badań porównawczych nad wpływem środowiska społeczno-ekonomicznego na zachowania związane z picciem alkoholu [30]. Porównywane było tu spożycie alkoholu przez młodzież uczącą się w miastach różnej wielkości.

Istnieją badania ogólnopolskie dotyczące spożycia alkoholu, jednak szczegółowe obserwacje jednego województwa i porównanie zachowań młodzieży związanych z jego spożyciem z uwzględnieniem różnic dotyczących wielkości miast nie doczekało się wielu opracowań. Dostarczyły one informacji dla przyszłych badań, a także dla opracowania programów edukacyjnych skierowanych do grup rówieśniczych.

Trudnością w badaniach komparatystycznych jest ustalenie podobieństw lub różnic między badanymi zjawiskami. Warunkiem zastosowania metody jest porównywalność ich cech, np. nasilenia zjawiska. Jeżeli jednak w badaniach zastosowane są różne skale (kategorie), to pełne porównanie wyników jest niemożliwe. Ponadto trudnością może być też zróżnicowany dobór próby, np. wiek respondentów czy grupa zawodowa [8, 9, 16].

W analizie porównawczej dotyczącej spożycia alkoholu samo zjawisko nie budzi wątpliwości, ale już to, jak często jest on spożywany, nie zawsze się daje porównywać. Mimo wielu różnych badań na temat picia alkoholu nadal nie ma jednolitego systemu, który umożliwiałby precyzyjne obserwowanie

trendów dotyczących spożycia. W związku z tym trudno porównywać wyniki licznych prezentowanych badań [16–18].

W badaniach mazowieckich w przypadku spożycia alkoholu zastosowano następującą skalę: „picie codzienne”, „raz na kilka dni”, „sporadycznie”, „nie (nigdy)”. Istotnym uzupełnieniem przedstawionych kategorii jest opcja dotycząca powstrzymywania się od picia alkoholu – „jestem abstynentem”. Natomiast np. w badaniach CEBOS-u z 2018 roku skalami opisującymi spożycie alkoholu jest picie: „1 raz”, „2–3 razy”, „4–5”, „6 razy” w ciągu ostatniego miesiąca. Trudność porównywania wyników dotyczy w tym przypadku częstości spożycia.

Badania nad zachowaniami związanymi z piciem alkoholu służą działaniom mającym na celu ograniczenie tego spożycia. Mowa tu o edukacji jako ciągu zdarzeń powiązanych czynnikami natury np. psychicznej czy społecznej, a nie jako jednorazowym działaniu o spektakularnym charakterze, a ponadto o poziomie wykształcenia [31]. Poziom wykształcenia traktowany jest „[...] jako jeden ze wskaźników [...] społecznych, wykazuje on związek z licznymi problemami społecznymi, [...] rozpatrywanymi na poziomie indywidualnym, rodzinnym, lokalnym i krajowym” [32].

W ramach edukacji w ograniczaniu spożycia alkoholu istotną rolę pełni edukacja zdrowotna, która powinna prowadzić do podejmowania prób samooceny zdrowia oraz aktywności i samokontroli zachowań. Przykładem jest przywołane już wcześniej badanie kobiet w ciąży w USA w wieku 18–44 lat, których płód zagrożony był alkoholowym zespołem płodowym. W efekcie zajęć edukacyjnych kobiety znacznie ograniczyły spożycie alkoholu [24]. Eksperyment wskazuje, że edukacyjne strategie profilaktyczne powinny być nastawione na ograniczenie spożycia w grupach ryzyka, czyli w tym wypadku wśród młodych kobiet (w wieku rozrodczym) nadużywających alkoholu.

Wyniki prezentowanych badań przeprowadzonych w województwie mazowieckim oraz doniesienia z badań ogólnopolskich pozwalają przypuszczać, że spożycie alkoholu przez młodzież jest znaczące [9, 15–17, 30]. Przyczyn tego stanu upatruje w niskiej atrakcyjności programów profilaktycznych dla młodzieży i niedostosowanie ich do odpowiednich grup wiekowych. Brak jest również specyficznych programów interwencyjnych adresowanych do grup zwiększonego ryzyka. Również szkolne działania profilaktyczne często pozbawione są kontekstu społecznego i oderwane od rozwiązań całościowych. Nie są wystarczająco atrakcyjne dla młodzieży i mają wąski zakres tematyczny przy jednoczesnym braku współpracy z rodzicami [30, 33–34].

Jedną z propozycji ograniczania spożycia alkoholu są działania profilaktyczne o podejściu *setting approach*, które polegają m.in. na pomocy i trosce o zdrowie swoje i wszystkich członków społeczności, np. szkolnej czy w miejscu zamieszkania. Uczniowie w tym modelu mają poczucie większego wpływu na życie np. szkoły. Koncepcją i głównym założeniem programu jest stworzenie takiego środowiska, w którym nie tylko żyje, uczy się, pracuje, ale również rozwija się i odpoczywa cała społeczność – w tym przypadku szkoły [35–37]. Dlatego wszystkich obowiązują podobne normy, zasady postępowania oraz obowiązki, które realizowane są w zakresie kompetencji i możliwości danej osoby. Należą do nich np.:

Wspólne działania w kierunku poprawy swego stanu zdrowia i jego utrzymania przez zmianę zachowań na zdrowotne, tworzenie zdrowego środowiska fizycznego, psychicznego i społecznego.

Ciągła praca na rzecz wypracowania zdrowego stylu życia przez korzystanie z edukacji zdrowotnej w celu rozwoju osobistego, społecznego i zawodowego.

Zachęcanie innych osób do podobnego postępowania, szczególnie w najbliższym otoczeniu, tzn. rodzinie, wśród znajomych czy współpracowników [38].

Działania profilaktyczne powinny mieć charakter wielokierunkowy. Powinny też wskazywać na kształtowanie wiedzy i postaw na równi z postawami zdrowotnymi innych ludzi. Trzeba przede wszystkim upowszechniać sprawdzone i skuteczne programy wczesnej profilaktyki wśród osób we wszystkich grupach wiekowych – od najmłodszych lat (przedszkola) przez najstarsze klasy szkół ponadpodstawowych po osoby dorosłe.

WNIOSKI

1. Należy stworzyć przedmiot typu *personal education*, tzn. *social, health and economic* (SHE), i zajęcia z niego prowadzić we wszystkich klasach szkół ponadpodstawowych. Obowiązuje on np. w Wielkiej Brytanii, a koncentruje się na rozwijaniu wiedzy na temat szkodliwości picia alkoholu oraz podnoszeniu umiejętności w celu zachowania zdrowia i bezpieczeństwa przez dzieci i młodzież oraz przygotowaniu ich do życia i pracy.
2. Należy zorganizować, szczególnie w małych miejscowościach, atrakcyjne dla młodzieży miejsca, np. ośrodki edukacji i kultury, alternatywne wobec nieformalnych miejsc spożywania alkoholu, gdzie młodzi ludzie będą mogli odpoczywać i rozwijać swoje zainteresowania.
3. Należy identyfikować i analizować obecne i przyszłe wyzwania projektowe dotyczące szeroko zakrojonych działań edukacyjnych w zakresie polityki antyalkoholowej.
4. Należy dążyć do wzmocnienia edukacji w zakresie zdrowia publicznego i kontrolować wiek osób kupujących i pijących alkohol.

Badania były przeprowadzane przy współpracy z dr Izabelą Książkiewicz zatrudnioną w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

PIŚMIENNICTWO

1. Babor TF, Caetano R, Casswell S, et al. Alcohol: no ordinary commodity – a summary of the second edition. *Addiction*. 2010; 5: 769–779.
2. Brudek P. Choroba alkoholowa jako czynnik dysfunkcyjności rodziny. In: Krok D, Landwójtowicz P, editor. *Rodzina w nurcie współczesnych przemian*. Opole: Redakcja Wydawnictw WTUO; 1995. p. 309–325.
3. Robinson D. Alcoholism and drug dependence — A Multidisciplinary problem: The sociologist's viewpoint. In: Madden J, Walker R, Kenyon WH, editors. *Alcoholism and drug dependence. A multidisciplinary approach*. New York: Springer Verlag Inc; 2012. p. 47–55. doi: 10.1007/978-1-4684-2337-2_6
4. Cronce JM, Toomey TL, Lenk K, et al. “NIAAA's College Alcohol Intervention Matrix”. *Alcohol Research*. 2018; 3: 43–47.
5. Wood S, Bellis M. Socio-economic inequalities in alcohol consumption and harm: Evidence for effective interventions and policy across EU countries. *Health Equity Pilot Project (HEPP) 2015-C4-032-SI2.724119*. Public Health Wales, European Commission 2017. p. 8–9.
6. Date and statistics 2021, WHO. In: www.who.int/health-topics/beer#tab=tab_1 [access: 19.07.2021].
7. <https://data.oecd.org/healthrisk/beer-consumption.htm> [access: 5.07.2021].
8. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbhc_55-drinking-spirits [access: 19.12.2021].

9. Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport. Czapliński J. editor. Warszawa; Rada Monitoringu Społecznego; 2015, p. 297–298.
10. <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> [access: 2.03.2021]
11. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2020. p. 19.
12. Dufty N. Disaster education. Communication and engagement. London: John Wiley and Sons Ltd; 2020. p. 1–7.
13. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/about-hbsc> [access: 14.07.2021]
14. Kowalewska A. Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany. In: Mazur JA, Małkowskiej-Szcutnik A, editors. Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2018. p. 135–137.
15. Banach M, Kowalewski I. Alkoholizm wśród młodzieży. Kompendium wiedzy dla pedagogów i pracowników socjalnych. Kraków: Wyd. Scipitum; 2014. p. 80.
16. Gwiazda M. Informacja o badaniu. In: Grabowska M, Gwiazda M. editor. Młodzież 2018. Warszawa: CBOS, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2019. p. 17.
17. Malczewski A. Młodzież a substancje psychoaktywne. In: Grabowska M, Gwiazda M. editor. Młodzież 2018. Warszawa: CEPOS, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2019. p. 236.
18. Młodzież a substancje psychoaktywne. Komunikat z badań. Warszawa: 2009. p. 1–4.
19. 2016 WHO data, https://who.en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_alcohol_consumption_per_capita [access: 1.08.2021].
20. Kevin R, Shield D. Alcohol and mortality. Global alcohol-attributable deaths from cancer, liver cirrhosis, and injury in 2010. *Alcohol Research* 2014, 35(2): 174–183.
21. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe A public health perspective. A report for the European Commission. European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General; 2006. p. 133.
22. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2014; p. 11. file:///C:/Users/vkorpo/Downloads/9789241565639-eng.pdf
23. Anderson P, Baumberg B. Cost benefit analyses of alcohol policy – a primer prepared for SMART project November 2010. European Union, 2010. p. 6.
24. Floyd LR, Sobell RNM, Velasquez M, et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *American Journal Preventive Medicine* 2007; 32(1): 1–10. doi: 10.1016/j.amepre.2006.08.028
25. Collie RJ, Shapka D, Perry NE. School climate and social-emotional learning: predicting teacher stress, job satisfaction, and teaching efficacy. *Journal of Educational Psychology* 2012; 104(4): 1198. doi:10.1037/a0029356
26. Mazur J, Kowalewska A, Zawadzka D, et al. External evaluation of the school and academic achievements in relation to alcohol drinking and delinquent behaviour among secondary school students. *Alcoholism and Drug Addiction*. 2016; 29(4): 183–208.
27. Maisto SA. Alcohol expectancy challenges for college students: a narrative review. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31(4): 673683. /doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.007
28. McKechnie RJ. How Important is Alcohol in “Alcoholism”? In: Madden J, Walker R, Kenyon WH, editors. Alcoholism and drug dependence, Multidisciplinary approach. New York: Springer-Verlag Inc; 2012. p. 123–138.
29. Walker R. Alcohol and the general physician. In: Madden JS, Walker R, Kenyon WH, editors. Alcoholism and drug dependence, Multidisciplinary approach, New York: Springer-Verlag Inc; 2012. p. 5761. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2337-2> [access: 12.09.2021]
30. Alcoholism and Drug Addiction. 2016; 29(4), December: 183–208. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0867436116300426> [access: 22.10.2020]
31. Patrick ME, Azar B. High-intensity drinking. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2018; 38(1): 49–52.
32. Ferreira R, Precioso A., Beçoña E. Wiedza na temat alkoholu i postawy wobec alkoholu jako predyktory zachowań związanych z piciem wśród portugalskich studentów *Alcoholism and Drug Addiction*. 2021; 34(1): 33–50. doi: <https://doi.org/10.5114/ain.2021.107709> [access: 12.08.2021]
33. Shuang-Hong M, Hai-Feng H. Global dynamics for a multi-group alcoholism model with public health education and alcoholism age. *Mathematical Biosciences and Engineering*. 2019; 16(3): 1683–1708. <https://www.aimspress.com/article/id/3435> [access: 2.03.2021]
34. The Cambridge handbook of consumer psychology, Norton IM, Rucker D. editors. New York: Cambridge University Press; 2015. p. 542.
35. Shah AK. Social class and scarcity: understanding consumers who have less. In: Norton IM, Rucker D, editors. The Cambridge handbook of consumer psychology, New York: Cambridge University Press; 2015. p. 542.
36. Bożewicz M. Relacje szkolne. Młodzież 2018. Grabowska M, Gwiazda M, editors. p. 64.
37. Zdrowie i zachowania zdrowotne w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC. Mazur J, editor. 2014. p. 180.
38. Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla koordynatorów i zespołów promocji zdrowia szkolnych, lokalnych i wojewódzkich. B. Woynarowska, M. Sokołowska, editors. Warszawa: KOWEZ; 2000. p. 22.