

Młodzież pijąca alkohol narażona jest na wiele problemów. Działania profilaktyczne zorientowane na abstynencję mają ograniczoną skuteczność, a wśród młodzieży z grup ryzyka mogą być po prostu nieadekwatne. Behawioralne Strategie Chroniące (Protective Behavioral Strategies, PBS) to specyficzne zachowania, które można stosować przed, w trakcie lub po wypiciu alkoholu w celu ograniczenia negatywnych konsekwencji z tym związanych. Niniejszy artykuł przedstawia wyniki badania, w którym analizowano związki pomiędzy stosowaniem PBS a nasileniem problemów związanych z piciem alkoholu wśród podopiecznych młodzieżowych ośrodków socjoterapii (MOS) i młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW).

STRATEGIE OGRANICZANIA SZKÓD ZWIĄZANYCH Z PICIEM ALKOHOLU WŚRÓD MŁODZIEŻY Z GRUPY RYZYKA

*Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski
Instytut Psychiatrii i Neurologii*

Wprowadzenie

Alkohol, młodzież i grupy podwyższonego ryzyka

Picie alkoholu przez młodzież stanowi stałe wyzwanie dla zdrowia i bezpieczeństwa zarówno na poziomie in-

dywidualnym, jak i publicznym (Hall i in., 2016). Dzieje się tak z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze, pomimo obserwowanych od co najmniej dekady spadków w rozpowszechnieniu picia wśród młodzieży (np. Looze i in., 2015; Pape i in., 2018; Sierosławski 2020), alkohol jest wciąż zdecydowanie najczęściej używaną substancją psychoaktywną w większości krajów świata. Według

danych z ostatniego raportu WHO (2019) ponad jedna czwarta 15-19-latków (26,5%) to użytkownicy alkoholu, z czego największy udział ma młodzież w Europie. Wyniki najnowszych badań ESPAD wskazały, że we wszystkich europejskich krajach (z wyjątkiem Kosowa i Islandii) ponad połowa uczniów piła alkohol co najmniej raz w swoim życiu, przy czym prawie połowa z nich (47%) zgłosiła picie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni poprzedzających badanie (ESPAD, 2020). W Polsce picie alkoholu chociaż raz w swoim życiu zadeklarowało ok. 80% uczniów z młodziej (15-16 lat) i 93% ze starszej grupy (17-18 lat), które uczestniczyły w badaniu ESPAD, zaś upicie się przynajmniej raz w życiu raportowało ok. 47% młodszych oraz 76% starszych uczniów (Sierosławski, 2020). Wskaźniki dotyczące picia alkoholu są znacząco wyższe wśród młodzieży z grup podwyższonego ryzyka (Ostaszewski i in., 2011; Gren i in., 2019; Henderson i in., 2019).

Po drugie, z piciem alkoholu wiąże się wiele poważnych zagrożeń. Swoją popularność alkohol zawdzięcza przede wszystkim statusowi używki legalnej, a co za tym idzie, szeroko dostępnej, znanej i w dużym stopniu akceptowalnej społecznie. Wbrew powszechnym przekonaniom spożywanie alkoholu, podobnie jak używanie wielu nielegalnych substancji psychoaktywnych, nie jest bezpieczne (np. Nutt i in., 2010; van Amsterdam i in., 2015). Picie alkoholu uznawane jest za istotny czynnik ryzyka wypadków, urazów i wielu chorób przewlekłych, a także problemów społecznych i interpersonalnych (Rehm i in., 2009; 2013; Frąckowiak i Motyka, 2015). Wśród młodzieży do tych negatywnych konsekwencji dochodzą jeszcze problemy z przestrzeganiem prawa (np. wykroczenia i kłopoty z policją), zaniedbania dotyczące nauki i obowiązków szkolnych oraz zakłócenia procesów rozwojowych (To-umbourou i in., 2007; Viner i Taylor, 2007).

Co istotne, o stopniu szkodliwości alkoholu decydują nie tylko jego właściwości farmakologiczne, ale także decyzje osoby, która go spożywa, w tym ilość, częstość, sposób i kontekst picia alkoholu (Zinberg, 1984; Rehm i in., 2013; Jacobus i Tapert, 2013). Badacze są zgodni, że na negatywne konsekwencje picia alkoholu narażeni są przede wszystkim młodzi ludzie, którzy ze względu na kumulację indywidualnych i środowiskowych czynników ryzyka mają skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych oraz mają skoromne wzorce zachowań prozdrowotnych (np. McCrystal, 2008; Johnson i in., 2012; Rustecka-Krawczyk, 2012).

W naszym kraju młodzież przejawiająca powtarzające się trudności w nauce, zaburzenia zachowania czy inne problemy ze zdrowiem psychicznym, może zostać przekierowana do jednego z dwóch typów placówek o specjalnej organizacji nauki i wychowania (Kędziński i Kulesza, 2008; Rustecka-Krawczyk, 2012). Do młodzieżowych ośrodków socjoterapii (MOS) kierowana jest młodzież zagrożona niedostosowaniem społecznym. Najczęściej są to uczniowie borykający się z problemami emocjonalnymi, zaburzeniami zachowania oraz trudnościami w wypełnianiu obowiązków szkolnych. Z kolei do młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) kierowani są nastolatki o potwierdzonym przez sąd rodzinny niedostosowaniu społecznym. Młodzież ta ma problemy z przestrzeganiem prawa, przejawia zaburzenia zachowania, inne problemy zdrowia psychicznego, a także nie wypełnia obowiązków szkolnych. W przypadku MOS, umieszczenie w placówce odbywa się na wniosek rodziców lub opiekunów prawnych, poparte jest to orzeczeniem poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego. Natomiast do MOW młodzież kieruje się na podstawie orzeczenia wydanego przez wydział rodzinny i nieletnich sądu rejonowego.

Młodzież kierowana do tego typu placówek pije alkohol i używa innych substancji psychoaktywnych znacznie częściej i bardziej szkodliwie niż młodzież z populacji generalnej (Gren i in., 2019). Oprócz tego wychowankowie MOS/MOW przejawiają inne zachowania ryzykowne i antyspołeczne (np. przemoc, wykroczenia). To współwystępowanie nasilonych problemów decyduje o tym, że podopieczni MOS/MOW znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka (Ostaszewski i in., 2019).

Ograniczanie szkód związanych z piciem alkoholu wśród młodzieży

Tradycyjnie profilaktyka picia alkoholu wśród młodzieży ukierunkowana jest na utrzymanie abstynencji lub przynajmniej opóźnienie rozpoczęcia spożywania alkoholu (np. Stockings i in., 2016). Skuteczność tych oddziaływań jest jednak bardzo ograniczona, a w przypadku grup ryzyka tego typu oddziaływania mogą nie być adekwatne (np. Midford, 2010; Jenkins i in., 2017). Z tego powodu zaproponowane zostały działania mające na celu nie tylko zniechęcanie do sięgania po alkohol, ale także edukowanie na temat efektów i mechanizmów działania alkoholu oraz uczenie strategii ograniczających szkody związane z jego spożywaniem (Saunders and Baily, 1993).

Propozycja ta pojawiła się w Australii, gdzie od 1985 roku strategia minimalizacji szkód (harm minimization) jest jednym z głównych priorytetów Krajowej Strategii Narkotykowej (Midford, 2010). W efekcie, pod koniec lat 90., w australijskich ośrodkach badawczych opracowano kilka szkolnych programów profilaktyki picia alkoholu oraz używania innych substancji psychoaktywnych o potwierdzonej skuteczności (np. Vogl i in., 2009; Midford i in., 2014). Pierwszym z nich był School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP), szkolny program profilaktyki uniwersalnej, ukierunkowany na ograniczanie szkód związanych z piciem alkoholu (Farringdon i in., 1999). Program ten, po ewaluacji i upowszechnieniu w Australii (McBride i in., 2007), został zaadaptowany w kilku innych krajach (np. McKay i in., 2012; McBride i in., 2013), dzięki czemu znajduje się również w europejskim rejestrze wysokiej jakości programów profilaktycznych Xchange¹.

Na początku lat dwutysięcznych, w odpowiedzi na poważny problem picia alkoholu wśród studentów szkół wyższych (ang. college), w Stanach Zjednoczonych opracowano koncepcję Behawioralnych Strategii Chroniących (*Protective Behavioral Strategies*, PBS). Zgodnie z definicją, PBS są specyficznymi zachowaniami, które można zastosować przed, w trakcie lub po wypiciu alkoholu w celu ograniczenia związanych z tym negatywnych konsekwencji (Martens i in., 2005). Obejmuje to modyfikacje sposobów picia, zapewnianie bezpieczeństwa w trakcie i po wypiciu alkoholu, a także strategie zmierzające do ograniczania lub unikania picia alkoholu (Pearson, 2013). Idea PBS opiera się na behawioralnej koncepcji samokontroli, zakładającej zdolność do kontrolowania i przewyższania wewnętrznych impulsów do podejmowania zachowań przynoszących natychmiastową ulgę lub wzmocnienie, jak w przypadku picia alkoholu (np. Magar i in., 2008; Percy, 2008). Strategie są także zgodne z podejściem redukcji szkód, które stara się zapobiegać negatywnym konsekwencjom bez konieczności ograniczania samego używania substancji psychoaktywnych (Toumbourou i in., 2007). Wspólnym mianownikiem obydwu tych perspektyw jest aktywna

rola osób używających substancji do regulowania swoich zachowań, a więc i współodpowiedzialności za skuteczność proponowanych oddziaływań.

Wpływ tych dwóch perspektyw widoczny jest wzdłuż całego spektrum oddziaływań ukierunkowanych na problematykę używania substancji psychoaktywnych. W obszarze terapii uzależnień, na skutek prowadzonych od lat 70. dyskusji dotyczących zakresu, intensywności i celów terapii (Allsop, 2018), opracowano m.in. koncepcję picia kontrolowanego (Heather i Robertson, 1984; Zinberg, 1984), programy ograniczania picia (Fudała, 2017) czy podejście redukcji szkód w psychoterapii uzależnień (Tatarsky, 2003; 2007). Natomiast w profilaktyce wpływ tych perspektyw przejawia się przede wszystkim w edukowaniu młodych ludzi, tak by mogli podejmować zdrowsze i bezpieczniejsze dla

siebie decyzje. O ile bowiem zidentyfikowano wiele czynników (np. genetycznych, rodzinnych, socjoekonomicznych) przyczyniających się do ograniczania picia alkoholu i związanych z tym szkód, o tyle ich zastosowanie w działaniach profilaktycznych jest często trudne lub niemożliwe, szczególnie na poziomie grupowym. Tymczasem koncepcja PBS charakteryzuje się zarówno łatwością przekazywania (edukowania), jak i uczenia się (Martens i in., 2005). Dotychczasowe badania sugerują bowiem, że strategie te są intuicyjne i naturalnie stosowane przez młodzież i młodych dorosłych (np. Howard i in., 2007; Jenkins i in., 2017).

Dziesiątki badań przeprowadzonych w ciągu ostatniej dekady wykazały, że PBS wiążą się z obniżonym spożyciem alkoholu i mniejszą ilością związanych z tym negatywnych konsekwencji wśród młodzieży i młodych dorosłych (np. Benton i in., 2004; Borden i in., 2011; Grazioli i in., 2015), w tym w grupach podwyższonego ryzyka (np. LaBrie i in., 2010; Doumas i in., 2017; Terlecki i in., 2020). Matthew R. Pearson z Center on Alcohol, Substance Use and Addictions przy Uniwersytecie w Nowym Meksyku (USA), wiodącej placówki naukowej w tej dziedzinie, dokonał krytycznego przeglądu literatury dotyczącej stosowania PBS. Z przeglądu tego wynikał ogólny wniosek, że PBS działają bardziej ochronnie dla osób

Behawioralne Strategie Chroniące są specyficznymi zachowaniami, które można zastosować przed, w trakcie lub po wypiciu alkoholu w celu ograniczenia związanych z tym negatywnych konsekwencji. Obejmuje to modyfikacje sposobów picia, zapewnianie bezpieczeństwa w trakcie i po wypiciu alkoholu, a także strategie zmierzające do ograniczania lub unikania picia alkoholu.

o podwyższonym ryzyku doświadczania konsekwencji związanych z piciem alkoholu (Pearson, 2013). A ponieważ zdecydowana większość z dotychczasowych badań nad PBS ogranicza się do studentów amerykańskich szkół wyższych, zasugerowano także rozszerzenie tych badań na inne, także młodsze, populacje (Palmer i in., 2010; Pearson, 2013; Crawford-Williams i in., 2016).

Badania własne

Biorąc to wszystko pod uwagę, wydaje się, że młodzież kierowana do placówek typu MOS i MOW stanowi znaczącą populację, która mogłaby odnieść korzyści ze stosowania PBS. Dlatego w przeprowadzanych w latach 2018–2019 badaniach podopiecznych MOS/MOW, zdecydowaliśmy się dokonać pomiaru nie tylko rozpowszechnienia picia alkoholu, ale także częstości stosowania PBS (Pisarska i in., 2019). Wyniki tych badań zostały przedstawione w kilku artykułach zamieszczonych w czasopiśmie „Alkoholizm i Narkomania” (4/2019, vol. 32). Z kolei analiza związków pomiędzy stosowaniem PBS a nasileniem problemów związanych z piciem alkoholu wśród podopiecznych MOS/MOW została opublikowana w międzynarodowym czasopiśmie „Addictive Behaviors” (Greń i in., 2021). Niniejszy artykuł został opracowany na podstawie tej ostatniej publikacji.

Metoda

Niniejsze badanie zostało zrealizowane za pomocą metody audytoryjnych badań ankietowych, przeprowadzanych w placówkach MOS i MOW. Zachowane były przy tym

procedury zapewniające anonimowość i poufność danych respondentów. Jak wspomniano powyżej, badanie to było częścią większego projektu, którego cele, założenia oraz metodologia zostały szczegółowo opisane w artykule Pisarskiej i wsp. (2019). Tutaj ograniczono się więc jedynie do niezbędnych informacji dotyczących uczestników badania, pytań ankietowych oraz analiz statystycznych.

Charakterystyka uczestników badania

Badanie obejmowało młodzież w wieku 12-19 lat z losowo wybranych placówek MOS i MOW z całej Polski (N=1730), które stanowiły ok. 40% wszystkich tego typu placówek (odpowiednio 30 MOS i 35 placówek MOW). Stu czterdziestu pięciu uczestników, którzy nie zgłosili picia alkoholu w ciągu swojego życia, zostało wyłączonych z próby badawczej, co obniżyło liczbę osób uwzględnionych w analizach do 1585. Podopieczni MOW stanowili 63,5%, a MOS 36,5% całej próby. Większość uczestników badania stanowili chłopcy (ok. 67%), co odzwierciedla rzeczywisty podział ze względu na płeć w placówkach MOS/MOW. Średnia wieku wynosiła 15,8 lat. Tylko ok. 33% uczestników mieszkało z obojgiem rodziców, 4% nie miało matki, a 15% ojca.

Narzędzia badawcze

Picie alkoholu oszacowano za pomocą pojedynczego pytania o częstość picia w *ciągu ostatnich 12 miesięcy* przed badaniem, które zostało zaczerpnięte z ankiety badań ESPAD (Sierosławski, 2015). Odpowiedzi obejmowały 7-stopniową skalę Likerta, od „1” = „nie piłem/łam” do

Tabela 1. Zróżnicowanie zmiennych ze względu na zmienne społeczno-demograficzne: średnia (odchylenie standardowe); *p<0,05; *p<0,001.**

	ŁĄCZNIE	PŁEĆ		WIEK		SKŁAD RODZINY		TYP PLACÓWKI	
		męska	żeńską	młodszy	starszy	pełna	inny	MOS	MOW
	N=1585								
Picie alkoholu (ost. 12 m-cy)	4,88 (1,90)	4,85 (1,92)	4,94 (1,95)	4,60 (1,99)	5,04*** (1,83)	4,71 (1,99)	4,71 (1,96)	5,08 (1,83)	4,52*** (1,98)
Problemy związane z piciem alkoholu	3,47 (2,60)	3,29 (2,57)	3,85*** (2,61)	3,35 (2,55)	3,54 (2,63)	3,25 (2,63)	3,57* (2,57)	3,00 (2,60)	3,73*** (0,66)
PBS (pełna skala)	2,56 (0,66)	2,55 (0,67)	2,58 (0,65)	2,48 (0,68)	2,60*** (0,65)	2,53 (0,70)	2,57 (0,64)	2,61 (0,66)	2,53** (0,66)

„7” = „40 lub więcej razy”. Średnia częstość picia alkoholu wynosiła 4,88 (SD=1,90).

Problemy związane z piciem alkoholu zbadano za pomocą ośmiu pytań dotyczących m.in. zachowań ryzykownych lub wykroczeń pod wpływem alkoholu, problemów w relacjach z bliskimi, kłopotów z policją oraz picia pomimo doświadczanych z tego powodu szkód. Pytania te były adaptacją kilku pytań diagnozujących objawy zaburzeń związanych z piciem alkoholu (Sheehan i in., 2010; Adamowska i in., 2014). Pytania były mierzone na dychotomicznej skali (Tak=1; Nie=0). Ogólny wskaźnik był sumą wszystkich ośmiu pozycji (średnia=3,47; SD=2,60).

Behawioralne Strategie Chroniące (PBS) zostały zbadane za pomocą własnej adaptacji oryginalnej skali Protective Behavioral Strategies Scale-20 (Treloar i in., 2015). Skala ta została przetłumaczona na język polski, skrócona do 12 pozycji mierzonych na 4-stopniowej skali Likerta (1=’nigdy’, 2=’rzadko’, 3=’często’, 4=’zawsze’), i zaadaptowana do kontekstu placówek MOS/MOW. Przykładowo, pozycja *Leave the bar/party at a predetermined time* została wykluczona ze względu na nieadekwatność, a pozycja *Only go out with people you know and trust* została zmodyfikowana

do *Picie alkoholu wyłącznie w znanym i zaufanym towarzystwie*. Pełna skala PBS została utworzona poprzez uśrednienie odpowiedzi na wszystkie pozycje (średnia=2,56; SD=0,661), osiągając dobry poziom spójności wewnętrznej (α Cronbacha=0,84). Tabela 2. prezentuje poszczególne podskale, których spójność wewnętrzna była akceptowalna dla podskal *Sposoby picia* i *Ograniczanie poważnych szkód* (α =0,74), oraz nieco poniżej najczęściej przyjmowanego standardu w przypadku podskali *Ograniczanie/unikanie picia* (α =0,60).

Analizy statystyczne

W celu oszacowania częstości picia alkoholu, związanych z tym problemów oraz stosowania PBS posłużono się statystykami opisowymi. Testu t-studenta użyto do porównania średnich pomiędzy zmiennymi ze względu na płeć, wiek, skład rodziny oraz typ placówki (tabela 1). Współczynnik korelacji rho Spearmana posłużył do obliczenia korelacji pomiędzy wszystkimi zmiennymi. Do analizy związków pomiędzy PBS a problemami związanymi z piciem alkoholu wykorzystano model hierarchicznej analizy regresji.

Tabela 2. Częstość stosowania poszczególnych strategii ograniczania szkód związanych z piciem alkoholu (PBS) wśród podopiecznych MOS/MOW, z podziałem na podskale PBS (min=1, max=4), oraz ze względu na płeć: średnia; **p<0,01; *p<0,001.**

	PŁEĆ		ŁĄCZNIE N=1585
	męska n=1063	żeńską n=517	
	SPOSOBY PICIA Manner of Drinking (MOD)	2,63	
Przerywanie picia, gdy pojawiają się symptomy zatrucia alkoholem (np. zawroty głowy, mdłości)	2,73	2,74	2,74
Picie raczej wolno niż haustami	2,53	2,63	2,60
Unikanie kłótni i bójek, gdy jest się pod wpływem alkoholu	2,62	2,72	2,65
OGRANICZANIE/UNIKANIE PICIA Limmiting/Stopping Drinking (LSD)	2,25	2,28	2,26
Picie wody, podczas gdy pije się alkohol	1,65	1,51**	1,61
Wyznaczenie sobie limitu alkoholu, który można wypić przy danej okazji	2,39	2,41	2,39
Nieuleganie namowom do picia	2,33	2,46**	2,37
Unikanie zachowań, których można by potem żałować	2,69	2,80	2,73
OGRANICZANIE POWAŻNYCH SZKÓD Serious Harm Reduction (SHR)	2,81	2,80	2,80
Jedzenie przed lub w trakcie picia alkoholu	2,71	2,45***	2,63
Unikanie łączenia alkoholu z narkotykami	2,57	2,64	2,60
Unikanie picia alkoholu podczas stosowania leków	2,75	2,64	2,71
Picie alkoholu wyłącznie w znanym i zaufanym towarzystwie	3,14	3,13	3,14
Odmawianie jazdy z kierowcą, który pił alkohol	2,95	3,12**	3,01

Zmienne dotyczące częstości picia alkoholu oraz problemów z tym związanych zostały wystandaryzowane (z-scores) przed wprowadzeniem do modeli regresji. Istotność efektu interakcji została zilustrowana za pomocą wykresu *simple slope*, opracowanego przy pomocy programu PROCESS macro v3.3 (Hayes, 2017). Wszystkie analizy wykonano za pomocą SPSS v24.

Wyniki

Picie alkoholu

Większość uczestników badania rozpoczęła picie alkoholu w bardzo wczesnym wieku. Około cztery piąte badanych miało swój pierwszy kontakt z alkoholem przed 14. rokiem życia, z czego jedna piąta już w wieku 11 lat lub jeszcze wcześniej. Wysokie były także wskaźniki picia i upijania się. Około 70% podopiecznych MOS/MOW zgłosiło picie alkoholu 40 lub więcej razy w swoim życiu, a około 40% upiło się przynajmniej 40 razy w swoim życiu. W skali ostatnich 12 miesięcy przed badaniem picie alkoholu przynajmniej 40 razy zgłosiło 44% respondentów. W tabeli 1. zestawiono średnie częstości picia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem dla całej próby oraz ze względu na poszczególne zmienne społeczno-demograficzne. Zgodnie z oczekiwaniami stwierdzono znaczące różnice ze względu na wiek i typ placówki. Starsi w porównaniu z młodszymi oraz podopieczni MOW w porównaniu z MOS, pili alkohol częściej. Nie zaobserwowano istotnych różnic ze względu na płeć i skład rodziny.

Problemy związane z piciem alkoholu

Około 77% uczestników zgłosiło przynajmniej jeden z wymienionych w ankiecie problemów związanych z piciem. W ciągu ostatniego roku przed badaniem około jedna trzecia uczestników doświadczyła jednego spośród badanych problemów, jedna piąta zgłosiła od dwóch do trzech problemów, a ponad połowa raportowała doświadczenie przynajmniej czterech. Przy czym najczęściej, bo w przypadku około połowy spośród badanych, zgłaszane było podejmowanie zachowań ryzykownych pod wpływem alkoholu (takich jak pływanie w rzece/jeziorze, jazda rowerem, prowadzenie samochodu, obsługiwane maszyn czy uprawianie seksu bez zabezpieczeń) oraz bycie pijanym lub „na kacu”, gdy miało się coś ważnego do zrobienia (np. obowiązki szkolne lub domowe). Niektórzy pili alkohol nawet w okresach, gdy powodowało to problemy w relacjach z bliskimi lub przynosiło inne szkody (np. materialne czy w nauce szkolnej) – odpowiedni ok. 45 i 40% uczestników. Z kolei popełnienie wykroczeń lub przestępstw (np. kradzież, pobicie), będąc pod wpływem alkoholu, oraz doświadczenie z tego powodu konsekwencji prawnych, raportowało odpowiednio 40 i 30% badanej młodzieży. W tabeli 1. zestawione zostały średnie częstości doświadczania problemów związanych z piciem alkoholu w całej badanej próbie oraz ze względu na zmienne społeczno-demograficzne. Na doświadczanie tych problemy wyraźnie częściej narażone były dziewczęta oraz podopieczni MOW. Niewielkie choć istotne różnice zaobserwowano także ze względu na skład rodziny. Problemy związane z piciem były częstsze wśród młodzieży,

Tabela 3. Korelacje pomiędzy zmiennymi badania (N=1585); *p<0,05, **p<0,01.

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1.	Picie alkoholu (ost. 12 m-cy)	–									
2.	Problemy zw. z piciem alkoholu	.49**	–								
3.	PBS (pełna skala)	-.15**	-.25**	–							
4.	MOD podskala	-.22**	-.28**	.83**	–						
5.	LSD podskala	-.19**	-.24**	.82**	.65**	–					
6.	SHR podskala	-.13**	-.21**	.84**	.58**	.54**	–				
7.	Płeć ¹	.02	.10**	.01	.02	.01	-.01	–			
8.	Wiek	.12**	.02	.11**	.09**	.08**	.08*	-.01	–		
9.	Skład rodziny ²	.05*	.06*	-.00	-.01	.00	-.02	.10**	.02	–	
10.	Typ placówki ³	.00	.13**	-.07	-.05	-.06*	-.09**	.05	.27**	.78	–

¹ płeć (1=męska; 2=żeńską); ² skład rodziny (pełna=1; inny=2); ³ typ placówki (1=MOS; 2=MOW).

która nie mieszkała z obojgiem rodziców. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic ze względu na wiek.

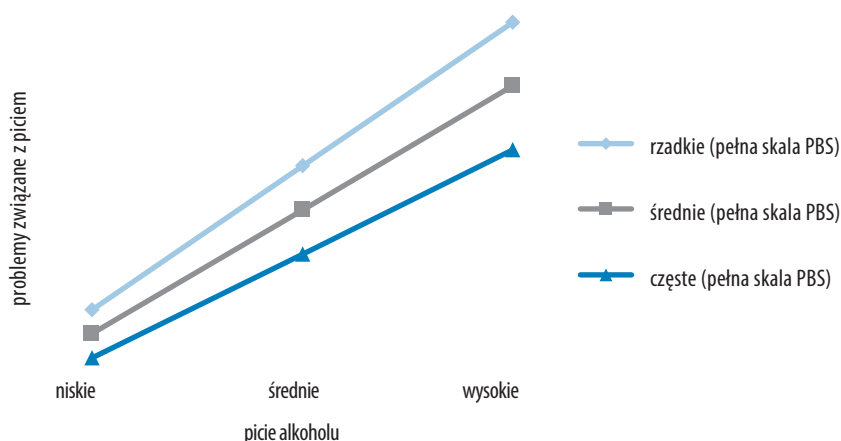
Behavioralne Strategie Chroniące (PBS)

Stosowanie przynajmniej jednej spośród badanych strategii ograniczania picia i związanych z tym szkód (PBS) w ciągu roku poprzedzającego badanie zgłosiła zdecydowana większość (94%) podopiecznych MOS/MOW. W tabeli 1. zaprezentowano średnie częstości stosowania PBS (pełna skala) ze względu na zmienne społeczno-demograficzne. Z danych tych wynika, że podopieczni MOS w porównaniu z podopiecznymi MOW ($p < 0,01$), a także starsi w porównaniu z młodszymi ($p < 0,001$) częściej stosowali PBS. Tabela 2. zestawia dane na temat stosowania poszczególnych PBS z uwzględnieniem różnic dotyczących płci. Najczęściej stosowanymi strategiami były te dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa w trakcie oraz po wypiciu alkoholu, natomiast najrzadziej używana była strategia pomagająca ograniczyć ilość wypijanego alkoholu.

Analiza korelacji

W tabeli 3. zaprezentowano macierz korelacji pomiędzy wszystkimi zmiennymi badania. Związki te okazały się istotne i szły w oczekiwanym kierunku. Picie alkoholu oraz problemy z tym związane były skorelowane po-

Wykres 1. Związek pomiędzy piciem alkoholu i problemami związanymi z piciem a niską (-1 odchylenie standardowe poniżej średniej), średnią i wysoką (+1 odchylenie standardowe powyżej średniej) częstością stosowania PBS dla pełnej skali.



zytywnie (współczynnik korelacji 0,49). PBS (zarówno pełna skala, jak i wszystkie trzy podskale) były umiarkowanie negatywnie skorelowane z częstością picia oraz liczbą doświadczanych w związku z tym problemów (od -0,21 do -0,28). Natomiast związki pomiędzy tymi zmiennymi a zmiennymi społeczno-demograficznymi były nieistotne lub słabe.

Analiza regresji

Ideą analizy regresji jest szacowanie wartości danej zmiennej (zwanej wyjaśnianą) na podstawie danych dotyczących innych zmiennych (predyktorów). W tym przypadku próbowaliśmy oszacować nasilenie problemów związanych z piciem alkoholu na podstawie częstości picia alkoholu oraz stosowania PBS, przy kontrolowaniu zmiennych społeczno-demograficznych. W naszym modelu regresji zarówno picie alkoholu ($p < 0,001$), jak i stosowanie PBS ($p < 0,001$) miało istotny wpływ na wyjaśnianie nasilenia problemów związanych z piciem. Istotny okazał się także efekt interakcji zmiennych wyjaśniających (picie alkoholu x PBS; $p < 0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem częstości picia alkoholu wzrasta częstość związanych z tym problemów, jak również, że wzrost częstości stosowania PBS wiąże się ze spadkiem nasilenia tych problemów. Całościowo model ten wyjaśniał około 30% wariacji

problemy związane z piciem alkoholu wśród podopiecznych MOS/MOW.

Na wykresie 1. zilustrowano efekt interakcji (moderacji) tego modelu. Wykres ten przedstawia średnie częstości stosowania PBS (pełna skala) oraz wartości o jedno odchylenie standardowe (SD) mniejsze i większe od średniej, a także analogicznie wyskalowane poziomy częstości picia alkoholu na osi X-ów. Z kolei na osi Y-ów zaznaczone są wystandaryzowane wartości nasilenia problemów związanych z piciem alkoholu. Na wykresie tym widać, że w przypadku wysokiego poziomu częstości picia alkoholu (1 SD powyżej średniej), częstsze

stosowanie PBS obniżało prawdopodobieństwo doświadczania problemów związanych z piciem wśród badanej młodzieży, w porównaniu z tymi, którzy stosowali PBS rzadko (1 SD poniżej średniej). Analizy wykazały także istotny efekt interakcji dla podskali *Ograniczanie/unikanie picia* ($p < 0,029$), co wskazuje na istotność zachowań należących do tej podskali. Efekty interakcji dla podskali *Sposoby picia* oraz podskali *Ograniczanie poważnych szkód* okazały się nieistotne (odpowiednio $p = 0,053$ oraz $p = 0,098$).

Podsumowanie

Artykuł ten prezentuje wyniki badania, w którym analizowano związki pomiędzy stosowaniem PBS przez podopiecznych MOS/MOW a nasileniem u nich problemów związanych z piciem alkoholu. Było to jedno z nielicznych badań nad efektami PBS, które przeprowadzono w populacji innej niż studenci amerykańskich szkół wyższych. Wcześniejsze podobne próby podjęto w Szwecji (Grazioli i in., 2015), Australii (Crawford-Williams i in., 2016) i Argentynie (Pilatti i in., 2020). Żadne z dotychczasowych badań nad PBS nie obejmowało populacji tak młodej jak podopieczni MOS/MOW.

Znaczna większość uczestników naszego badania stosowała PBS. Potwierdza to wcześniejsze doniesienia o intuicyjnym stosowaniu tego typu strategii wśród młodych osób, które piją alkohol. Zgodnie z oczekiwaniami, PBS były związane z rzadszym piciem alkoholu oraz mniejszą ilością związanych z tym problemów. Analizy regresji wykazały, że stosowanie PBS ma znaczący wpływ na liczbę problemów związanych z piciem alkoholu wśród młodzieży z MOS/MOW. Wyniki te są bardzo obiecujące, jeśli weźmie się pod uwagę wyraźne deficyty czynników chroniących wśród podopiecznych MOS/MOW (Bobrowski i in., 2019).

Wykazano także istotne efekty interakcji dla pełnej skali PBS oraz dla podskali *Ograniczanie/unikanie picia*. Z jednej strony wspiera to hipotezę, że PBS mogą działać chroniąco poprzez przeciwdziałanie zagrożeniom obecnym w środowiskach podopiecznych MOS/MOW, gdzie picie alkoholu ma charakter normatywny (Bobrowski i in., 2019; Greń i in., 2019). Z drugiej strony wyniki naszych badań sugerują, że wśród podopiecznych MOS/MOW najskuteczniejsze zdają się być strategie zorientowane na ograniczanie i unikanie samego picia

alkoholu, a nie jedynie związanych z tym szkód. Jest to zrozumiałe, jeśli wziąć pod uwagę, że podopieczni tych placówek piją alkohol w sposób szkodliwy (Greń i in., 2019), oraz że szkodliwość picia alkoholu zależy w dużej mierze od ilości i częstości jego spożywania (np. Rehm i in., 2013).

Trzy spośród uwzględnionych w tym badaniu zmiennych społeczno-demograficznych (płeć, wiek i typ placówki) wykazały istotne efekty w analizach regresji. Młodszy wiek, płeć żeńska oraz uczęszczanie do MOW były związane z doświadczeniem większej liczby problemów. Wyniki te nie są zaskakujące, jeśli wziąć pod uwagę, że PBS były stosowane znacznie częściej przez starszych niż młodszych respondentów, że w dotychczasowych badaniach PBS okazywały się być bardziej chroniące dla dziewcząt niż chłopców (np. Delva i in., 2004; LaBrie i in., 2011), a także, że sytuacja podopiecznych MOW jest zwykle mniej korzystna niż młodzieży uczęszczającej do MOS (Kędzierski i Kulesza, 2008; Ostaszewski i in., 2019). Zaskakujący wydaje się być natomiast nieistotny efekt zmiennej „skład rodziny”. Poprzednie badania wskazywały bowiem na istotny wpływ tego czynnika wśród młodzieży uczęszczającej do MOS/MOW (Bobrowski i in., 2019).

Wyniki naszego badania wspierają opracowywanie i wdrażanie działań profilaktycznych opartych na uczeniu PBS wśród podopiecznych MOW/MOS, co zostało już zarekomendowane dla tej specyficznej populacji młodzieży (Pisarska i in., 2019b). Zgodnie z LaBrie i in. (2010), zarówno bierne (np. ulotki i plakaty), jak i aktywne oddziaływania (np. treningi umiejętności), które uczą stosowania PBS, mogą się przyczyniać do ograniczenia picia i związanych z tym niekorzystnych konsekwencji wśród młodych osób z grup ryzyka.

Pogłębioną dyskusję wyników oraz szczegółowe przedstawienie zarówno ograniczeń naszego badania, jak i jego implikacji praktycznych, można znaleźć w oryginalnej publikacji (Greń i in., 2021).

Przypisy

¹ Oficjalna baza programów profilaktycznych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA): https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/school-health-and-alcohol-harm-reduction-project-shahrp_en (dostęp: 1.08.2021 r.).

Bibliografia dostępna w redakcji.