

# STYL ŻYCIA GIMNAZJALISTÓW

## THE LIFESTYLE OF HIGH SCHOOL STUDENTS

Agnieszka Czerwiak<sup>1</sup>, Grażyna Czerwiak<sup>2</sup>, Małgorzata Kaczmarczyk<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Absolwentka Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dyrektor Instytutu: prof. zw. dr hab. n. med. Marianna Janion

<sup>2</sup> Zakład Umiejętności Pielęgniarskich i Organizacji Pracy Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Lesław Krwawicz

<sup>3</sup> Zakład Pediatrii, Pielęgniarstwa Pediatrycznego i Społecznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Mieczysław Szalecki

### STRESZCZENIE

Szkoła jako instytucja koncentruje się głównie na procesie edukacji, problemy zaś wychowawcze ucznia znajdują się na dalszym planie – w tym i obszar jego zdrowia.

Z powodów ekonomicznych coraz mniej dyrektorów szkół decyduje się na funkcjonowanie gabinetu pielęgniarki szkolnej. Uczniowie w okresie dojrzewania podatni są na sugestie ze strony grup rówieśniczych, co stwarza ryzyko rozwoju zachowań antyzdrowotnych. Skuteczność podejmowanych działań wynikających z edukacji zdrowotnej wymaga kompatybilności między szkołą a tym, czego uczeń doświadcza w rodzinie. Istotny wpływ na kształtowanie stylu życia i zachowań zdrowotnych jednostki ma rodzina, szkoła zaś jako instytucja edukacyjna powinna być przestrzenią bezpieczną i przyjazną, zapewniającą warunki prozdrowotnego rozwoju.

Tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu i rozwojowi jednostki staje się trudnym wyzwaniem z uwagi na liczne zagrożenia cywilizacyjne. Edukacja zdrowotna jako podstawowy element promocji zdrowia ma na celu wyposażenie osób zdrowych lub/i chorych w wiedzę i umiejętności niezbędne do rozwoju zachowań korzystnych dla zdrowia.

Celem przeprowadzonych badań było poznanie preferencji związanych ze stylem życia młodzieży gimnazjalnej. Badaniami objęto 105 uczniów klas III szkół gimnazjalnych w wieku 15–17 lat. Badania własne wskazują, że wśród uczniów występuje przewaga zachowań prozdrowotnych. Nie odnotowano istotnej zależności między płcią a rodzajem deklarowanych zachowań zdrowotnych. Odnotowano błędy dietetyczne związane z częstym spożyciem słodczy, produktów ze znaczną zawartością soli kuchennej i tłuszczów. Mimo że większość gimnazjalistów deklaruje aktywność ruchową, to tylko połowa potwierdza systematyczną rekreację ruchową. Zaobserwowano niepokojące zjawisko związane z ryzykiem rozwoju lekomanii tj. samoleczeniem i sięganiem po leki bez recepty. Potwierdzono także deficyt umiejętności radzenia sobie ze stresem.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, styl życia, gimnazjaliści, środowisko szkolne.

### SUMMARY

The school as an institution mainly focuses on the educational process and not only student behaviour problems are in the background but also his health. Due to economic reasons less and less school directors decide on the functioning of the school nurse's office. The high school students in adolescence are susceptible to suggestions from peer group, which poses the risk of developing unhealthy behaviour. The effectiveness of action taken due to health education requires compatibility between school and this what the student experiences in the family. Significant impact on lifestyle and health behaviour fulfil the family, but the school as one of the most important educational institution should be a safe and friendly space that provides conditions for the healthy student development.

Creating an environment conducive to health and development of individual becomes a difficult challenge because of the many dangers of civilization. The health education as a fundamental element of health promotion aims to give healthy and/or sick people the knowledge and skills necessary for the healthy behaviors development.

The aim of this study was to investigate lifestyle-related preferences of high school students. The study involved 105 in the 3rd class students aged 15–17 years. The study point out that among the respondents the health behavior dominate. There was no significant relationship between gender and type of the declared health behaviors. The dietary errors related to frequent sweets and products with a significant amount of salt and fat consumption were marked. Although most of high school students declare physical activity it is only half that confirm the systematic practice of physical recreation. The disturbing phenomenon has been observed associated with the risk of development of self-medication drugs and to taking medicine without a prescription. The research also confirmed the deficit of skills to cope with stress.

**Key words:** health behaviours, lifestyle, high school students, school environment.

## WSTĘP

Szkoła jako instytucja koncentruje się głównie na procesie edukacji, problemy zaś wychowawcze ucznia znajdują się na dalszym planie – w tym i obszar zdrowia. Z powodów ekonomicznych coraz mniej dyrektorów szkół decyduje się na funkcjonowanie gabinetu pielęgniarki szkolnej. Przedmiotem zainteresowania higieny szkolnej było od zawsze zdrowie uczniów lub/i wychowanków oraz wpływ środowiska na ich zdrowie. Z czasem okazało się, że promowanie zdrowia w szkołach pozwoli w przyszłości przynieść wiele korzyści nie tylko dla uczniów, lecz także dla społeczeństwa. Wymiernym efektem podejmowanych działań są pozytywne tendencje obserwowane we wskaźnikach chorób cywilizacyjnych.

Celowe kształtowanie zachowań zdrowotnych jest wieloetapowym procesem i wymaga komplementarnego działania opartego na indywidualnej diagnozie, w tym monitorowaniu zmiennych warunkujących ów proces. Jednostka poddawana strategiom ukierunkowanym na zmiany pożądane społecznie wykazuje oporność do czasu, aż nie zaakceptuje ich jako własnych. Działania ukierunkowane na kształtowanie pożądanych zachowań powinny obejmować także kształcenie zdolności adaptacyjnych jednostki wobec zmian w środowisku. Pojawiające się w otoczeniu zmiany destabilizują niekiedy zachowania jednostki [1].

Styl życia jest obrazem funkcjonowania jednostki lub/i grupy. Proces krystalizowania określonego stylu życia przebiega równoległe do oddziaływań wychowawczych. Niezmiernie ważny staje się okres adolescencji. Styl życia jednostki może wzmacniać jej potencjał zdrowotny bądź rozwijać tendencje spadkowe. Toteż mówi się o jego prozdrowotnym lub antyzdrowotnym charakterze [2].

Zdolność przystosowania ucznia do środowiska nie jest procesem stałym, ale podlega zmianom zarówno pod wpływem czynników zewnętrznych, jak i wewnętrznych. W okresie dojrzewania procesy przystosowania przebiegają inaczej niż u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Okres dojrzewania uważa się za krytyczny, gdyż zmiany w układzie neurohormonalnym mogą zakłócać czynności układu nerwowego, prowadząc do nadpobudliwości lub zahamowania psychoruchowego jednostki. Wywołuje to najczęściej zwiększoną reaktywność na bodźce lub sytuacje konfliktowe związane z podporządkowaniem wymaganiom społecznym. Negatywne doświadczenia jednostki w kontaktach z innymi, które pojawiają się w okresie dojrzewania, mogą utrudniać proces adaptacji i kształtowanie samooceny.

Struktury formalne, które powstają w klasie, nie wyczerpują wszystkich oddziaływań interpersonalnych. Powstaje wiele grup formalnych i nieformal-

nych, zazwyczaj kilkusobowych, realizujących własne cele, normy, wartości, wzory zachowań. Mają one dla jednostki istotne znaczenie motywacyjne i przystosowawcze. Na stosunki społeczne w zespole istotny wpływ wywiera obraz samego siebie definiowany jako zbiór wiedzy o własnych możliwościach i umiejętnościach.

Uczniowie w okresie dojrzewania podatni są na sugestie. Przystosowanie psychiczne i społeczne młodzieży pozostaje pod wpływem opinii rówieśników. Wpływ akceptacji społecznej jest więc ogromny, z tym że nie dla wszystkich dziedzin rozwoju jednakowo. Młodzież akceptowana społecznie ma okazję uczyć się takich zachowań i umiejętności, które ułatwiają utrzymywanie pozycji w grupie. Zmniejszona aktywność społeczna jest formą obronnej izolacji. W ramach kompensacji uczniowie wykazujący trudności w przystosowaniu do środowiska szkolnego mogą wzmacniać własne kontakty w życiu zbiorowym innych grup, zazwyczaj pozaszkolnych, z przejawami zaburzeń w zachowaniu. W przypadku negatywnej postawy rodziców wzmagają się poczucie odrzucenia. Sytuacja taka może się stać przyczyną zaburzeń w rozwoju społecznym jednostki [3].

Wiele czynników środowiska współdziała ze sobą i w zależności od kompozycji ostateczny efekt może ulec wzmocnieniu lub osłabieniu. Zdaniem W. Jędrzychowskiego [4] łączne oddziaływanie różnych czynników może mieć charakter addytywny, synergistyczny lub antagonistyczny. O oddziaływaniu addytywnym można mówić wówczas, gdy sumują się efekty biologicznego działania dwóch lub więcej czynników. Jeśli skutek działania czynników jest większy od prostego sumowania następstw, to mamy działanie synergistyczne. O współdziałaniu antagonistycznym mówi się wówczas, gdy działanie jednego czynnika „chroni” przed szkodliwym działaniem innego lub ogranicza szkodliwe następstwa tego działania.

Zachowania zdrowotne najczęściej ujmuje się w aspekcie celowym albo w związku ze zdrowiem. Uwzględniając ich celowy kontekst, wyróżnia się następujące rodzaje zachowań zdrowotnych:

- aktywność osoby dostrzegającej u siebie chorobę podejmowana w celu określenia stanu zdrowia i uzyskania odpowiednich środków zaradczych;
- aktywność osoby uważającej siebie za chorą podejmowana w celu poprawy stanu zdrowia, która obejmuje udział terapeuty i włącza niewielkie uzależnienie od otoczenia;
- aktywność osoby uważającej siebie za chorą ukierunkowana na poprawę stanu zdrowia poprzez podjęcie leczenia; występuje tu znaczny zakres uzależnienia od innych i ograniczenia w zakresie przypisywanych jednostce zadań [5].

Dla prawidłowego rozwoju psychofizycznego jednostki niezbędny jest kontakt z grupą rówieśniczą. W środowisku szkolnym jednostka uczy się relacji i zrozumienia, współdziałania oraz podporządkowania przyjętym normom w grupie. Nabycie tych umiejętności jest możliwe, pod warunkiem że środowisko szkolne stanowi bezpieczne i przyjazne miejsce. Istotnym elementem w trosce o zdrowie i bezpieczeństwo ucznia, zwłaszcza obciążonego problemem zdrowotnym, jest przygotowanie środowiska do jego możliwości psychofizycznych, w tym społeczności szkolnej, tj. nauczycieli, innych uczniów, dotyczących postępowania w trudnej sytuacji zdrowotnej lub społecznej. Zadaniem nauczyciela jest zapewnienie uczniom poczucia bezpieczeństwa i umożliwienie integracji z klasą. Postawa personelu pedagogicznego zapobiega dyskryminacji ucznia wśród rówieśników [6].

Podsumowując, chociaż przez środowisko rozumiemy sumę zewnętrznych warunków oddziałujących na jednostkę, to trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że nie można rozpatrywać tych elementów oddzielnie, ponieważ są wzajemnie powiązane. Tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu i rozwojowi ontogenetycznemu jednostki jest współcześnie trudnym wyzwaniem z uwagi na liczne zagrożenia cywilizacyjne. Podejmowanie już od najmłodszych lat działań na rzecz ochrony środowiska to istotny czynnik promujący zdrowie siedlisk ludzkich. Rozwijanie świadomości ekologicznej, tj. indywidualnego poczucia odpowiedzialności za podejmowane działania w środowisku, powoduje zmianę codziennych nawyków na proekologiczne. Badania związane z preferencją zachowań jednostki wskazują, że miejscem edukacji staje się rodzina i szkoła.

Edukacja zdrowotna jako podstawowy element promocji zdrowia ma na celu wyposażenie osób zdrowych lub/i chorych w wiedzę i umiejętności niezbędne do rozwoju zachowań korzystnych dla zdrowia. W myśl koncepcji promocji zdrowia jednostka musi posiadać świadomość własnych zachowań wraz z prognozowaniem w aspekcie długofalowych efektów zdrowotnych. W tym kontekście szczególnie ważną rolę odgrywa proces motywacji jednostki sprzyjający potęgowaniu zdrowia.

Styl życia jest różnie definiowany w dyscyplinach naukowych. W promocji zdrowia określany jest jako zespół codziennych zachowań specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości, które w odniesieniu do zdrowia dotyczą: odżywiania, aktywności ruchowej, rekreacji, zachowań seksualnych, spożycia substancji uzależniających, takich jak: nikotyna, alkohol, narkotyki, leki. W strategiach WHO mówi się o sposobie życia uwzględniającym związek między warunkami w jakich człowiek żyje a indy-

widualnymi wzorcami zachowań determinowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne. Styl życia przyczynia się do rozwoju takich zachowań, które są korzystne albo szkodliwe dla zdrowia. Jeżeli zdrowie ma być potęgowane, to działania muszą być skierowane zarówno na czynniki indywidualne, jak i środowiskowe.

## CEL PRACY

Celem badań było poznanie preferencji związanych ze stylem życia młodzieży gimnazjalnej, w tym uzyskanie odpowiedzi na następujące problemy badawcze:

- Czy w grupie badanych można potwierdzić aktywność ruchową?
- Jakie nawyki żywieniowe można zaobserwować wśród gimnazjalistów?
- Czy wśród gimnazjalistów podejmowane są próby rozładowania przykrych emocji?
- Czy w grupie badanej można potwierdzić korzystanie z używek?
- Czy płeć ma wpływ na deklarowane przez badanego zachowania zdrowotne?

## MATERIAŁ I METODA

Materiał badawczy stanowiła młodzież gimnazjalna III klasy Zespołu Placówek Oświatowych w Oblęgorku i Promniku w powiecie kieleckim. Badania trwały od marca do maja 2011 roku. Kilku gimnazjalistów odmówiło udziału w badaniu, argumentując to brakiem chęci. W 12 przypadkach odnotowano niekompletnie wypełnione kwestionariusze, co wpłynęło na zmniejszenie liczebności badanej grupy. Ostatecznie badaniami objęto 105 gimnazjalistów w wieku 15–17 lat.

W badaniach własnych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była ankieta własnej konstrukcji. Kwestionariusz ankiety składał się z 20 pytań związanych z: charakterystyką poszczególnych elementów stylu życia, tj. odżywiania, aktywności ruchowej, korzystania z używek (napoje alkoholowe, papierosy, leki bez zalecenia lekarza), umiejętności rozładowania negatywnych emocji.

Do opracowania wyników wykorzystano statystykę opisową i dokonano obliczeń przy pomocy dostępnego programu komputerowego. Do wyznaczenia siły związku pomiędzy zmiennymi zastosowano test nieparametryczny  $X^2$ . Przyjęto jako poziom istotności  $p < 0,05$ .

## WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

Badania przeprowadzono w grupie 105 gimnazjalistów w wieku 15–17 lat, wśród których było 52 dziewcząt, co stanowiło 49,52% badanych, i 53 chłopców, co stanowiło 50,48% badanych.

Spożywanie śniadania przed wyjściem z domu potwierdziło 58 osób, tj. 55,24% badanych. Niepokojący jest fakt, że 47 osób, tj. 44,76% badanych, odpowiedziało, że wychodzi z domu bez posiłku.

$$X^2 = 0,002 < x^2_{0,05; 1} = 3,841 \quad H = 0$$

Zatem nie potwierdzono zależności ( $p > 0,05$ ) pomiędzy płcią gimnazjalistów a spożywaniem słodyczy (tabela 2).

Za pomocą testu  $X^2$  poszukiwano zależności w zakresie redukcji chlorku sodowego w diecie codziennej ze względu na płeć.

$$X^2 = 4,478 < x^2_{0,05; 4} = 9,488 \quad H = 0$$

Nie potwierdzono zatem zależności ( $p > 0,05$ ) pomiędzy płcią w grupie badanej a unikaniem spo-

Tabela 1. Nawyki żywieniowe wśród gimnazjalistów

Preferencje żywieniowe badanych	Liczba badanych	
	n	%
Regularne spożywanie posiłków	59	56,19
Codziennie spożywanie warzyw i owoców	65	61,90
Spożywanie tłustych pokarmów kilka razy w tygodniu	65	61,90
Częste spożywanie słodyczy	83	79,05

Tabela 2. Spożywanie słodyczy według płci

Spożywanie słodyczy	Płeć				Razem	
	żeńską		męską		n	%
	n	%	n	%		
Tak	41	78,85	42	79,25	83	79,05
Nie	11	21,15	11	20,75	22	20,95
Razem	52	100	53	100	105	100

Tabela 3. Unikanie chlorku sodowego – opinie badanych wg płci

Unikanie soli i silnie solonej żywności	Płeć				Razem	
	żeńską		męską		n	%
	n	%	n	%		
Prawie nigdy	9	17,31	14	26,42	23	21,90
Rzadko	11	21,15	10	18,87	21	20,00
Od czasu do czasu	15	28,85	19	35,85	34	32,38
Często	12	23,08	5	9,43	17	16,19
Prawie zawsze	5	9,61	5	9,43	10	9,53
Razem	52	100	53	100	105	100

Tabela 4. Uprawianie sportu rekreacyjnie lub wyczynowo wg płci

Uprawianie rekreacyjnie lub wyczynowo sportu	Płeć				Razem	
	żeńską		męską		n	%
	n	%	n	%		
Tak	23	44,23	25	47,17	48	45,71
Nie	29	55,77	28	52,83	57	54,29
Razem	52	100	53	100	105	100

Tabela 5. Podejmowanie prób rozładowania przykrych emocji – opinie badanych wg płci

Podejmowanie prób rozładowania przykrych emocji	Płeć				Razem	
	żeńską		męską		n	%
	n	%	n	%		
Tak	27	51,92	31	58,49	58	55,24
Nie	25	48,08	22	41,51	47	44,76
Razem	52	100	53	100	105	100

Tabela 6. Palenie tytoniu wśród gimnazjalistów zależnie od płci

Ograniczanie palenia tytoniu	Płeć				Razem	
	żeńska		męska			
	n	%	n	%	n	%
Codziennie	3	5,77	12	22,64	15	14,29
Rzadko	5	9,61	8	15,09	13	12,38
Od czasu do czasu	4	7,69	5	9,44	9	8,57
Często	2	3,85	3	5,66	5	4,76
Prawie zawsze	31	59,62	16	30,19	47	44,76
Nie pali	7	13,46	9	16,98	16	15,24
Razem	52	100	53	100	105	100

Tabela 7. Spożywanie alkoholu wśród gimnazjalistów wg płci

Picie alkoholu	Płeć				Razem	
	żeńska		męska			
	n	%	n	%	n	%
Tak	2	3,85	7	13,21	9	8,57
Nie	50	96,15	46	86,79	96	91,43
Razem	52	100	53	100	105	100

Tabela 8. Korzystanie z narkotyków wg płci

Branie narkotyków	Płeć				Razem	
	żeńska		męska			
	n	%	n	%	n	%
Tak	2	3,85	6	11,32	8	7,62
Nie	50	96,15	47	88,68	97	92,38
Razem	52	100	53	100	105	100

Tabela 9. Korzystanie z leków bez recepty wg płci

Sięganie w razie potrzeby po leki bez recepty	Płeć				Razem	
	żeńska		męska			
	n	%	n	%	n	%
Tak	39	75,00	31	58,49	70	66,67
Nie	13	25,00	22	41,51	35	33,33
Razem	52	100	53	100	105	100

Tabela 10. Obserwacja wagi ciała wg płci

Obserwacja wagi i kontrola figury	Płeć				Razem	
	żeńska		męska			
	n	%	n	%	n	%
Tak	33	63,46	23	43,40	56	53,33
Nie	19	36,54	30	56,60	49	46,67
Razem	52	100	53	100	105	100

Tabela 11. Rodzaje zachowań zdrowotnych wśród gimnazjalistów wg płci

Ocena zachowań zdrowotnych	Płeć				Razem	
	żeńska		męska			
	n	%	n	%	n	%
Zachowania prozdrowotne	32	61,54	36	67,92	68	64,76
Zachowania antyzdrowotne	20	38,46	17	32,08	37	35,24
Razem	52	100	53	100	105	100



żywiania soli kuchennej i silnie solonej żywności (tabela 3). Zaobserwowano niewielkie różnice pomiędzy badanymi deklarującymi opinię „prawie nigdy” nieunikającymi soli i silnie solonej żywności. Ponadto 32,50% gimnazjalistów płci męskiej i 24,44% płci żeńskiej unika soli kuchennej tylko „od czasu do czasu”. Sporadycznie nie spożywa takich produktów 30,00% chłopców i 17,78% dziewcząt. Dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców „prawie zawsze” nie spożywa soli kuchennej i silnie solonej żywności.

Za pomocą testu  $X^2$  poszukiwano zależności w zakresie uprawiania sportu ze względu na płeć.

$$X^2 = 0,092 < x^2_{0,05; 1} = 3,841 \quad H = 0$$

Nie potwierdzono zatem zależności ( $p > 0,05$ ) pomiędzy płcią badanych a uprawianiem sportu (tabela 4).

Za pomocą testu statystycznego poszukiwano zależności:

$$X^2 = 0,458 < x^2_{0,05; 1} = 3,841 \quad H = 0$$

Nie potwierdzono zatem zależności ( $p > 0,05$ ) pomiędzy płcią a podejmowaniem prób rozładowania przykrych emocji, unikając ich tłumienia lub/i kumulacji (tabela 5). Wyniki badań własnych świadczą, że 58,49% chłopców i 51,92% dziewcząt podejmuje próby rozładowania przykrych emocji. Pozostała grupa badanych, tj. 48,08% dziewcząt i 41,51% chłopców, niestety tłumia lub/i kumuluje przykre emocje.

Za pomocą testu  $X^2$  wykazano, że

$$X^2 = 11,431 > x^2_{0,05; 5} = 11,070 \quad H \neq 0$$

$$r_p = 0,09 \text{ siła związku jest słaba}$$

Potwierdzono słabą korelację pomiędzy płcią respondentów a paleniem tytoniu (tabela 6). Zaobserwowano niewielkie różnice między badanymi deklarującymi częstość „od czasu do czasu” i „często” ograniczającymi palenie tytoniu. Dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców prawie zawsze ogranicza palenie, natomiast czterokrotnie więcej gimnazjalistów „prawie nigdy” nie ogranicza palenia tytoniu.

Na podstawie tego badania stwierdzono, że  $X^2 = 2,935 < x^2_{0,05; 1} = 3,841 \quad H = 0$

Nie potwierdzono korelacji ( $p > 0,05$ ) pomiędzy płcią w grupie badanej a spożywaniem alkoholu (tabela 7). Trzykrotnie więcej chłopców niż dziewcząt spożywa alkohol.

Wyniki testu świadczą, że  $X^2 = 2,084 < x^2_{0,05; 1} = 3,841 \quad H = 0$

Nie potwierdzono zatem korelacji ( $p > 0,05$ ) pomiędzy płcią a korzystaniem z narkotyków (tabela 8). Trzykrotnie więcej chłopców niż dziewcząt przyznaje się do sięgania po narkotyki.

Nie potwierdzono korelacji ( $p > 0,05$ ) pomiędzy płcią gimnazjalistów a korzystaniem z leków bez recepty w razie potrzeby (tabela 9).

Na podstawie tego badania odnotowano, że 56 osób, tj. 53,33% badanych, obserwowało wagę ciała. Pozostali badani nie podejmowali takich działań.

$$X^2 = 4,246 > x^2_{0,05; 1} = 3,841 \quad H \neq 0$$

$$r_p = 0,04 \text{ siła związku jest słaba.}$$

Potwierdzono zatem słabą korelację pomiędzy płcią gimnazjalistów a obserwacją wagi ciała (tabela 10).

Nie potwierdzono zależności ( $p > 0,05$ ) między płcią a rodzajem zachowań zdrowotnych (tabela 11). Analiza wyników wskazuje, że 38,46% dziewcząt i 32,08% chłopców prezentuje zachowania antyzdrowotne. Wśród 61,54% dziewcząt i 67,92% chłopców zaobserwowano zachowania prozdrowotne.

## DYSKUSJA

Porównując wyniki badań własnych dotyczących deklarowanych przez gimnazjalistów form aktywności ruchowej, optymistyczny jest fakt, że 92 osoby, tj. 87,62% badanych, określa „jestem w miarę aktywny fizycznie”, natomiast 45,71% uprawia systematycznie różne dyscypliny sportowe wyczynowo lub rekreacyjnie. Wskaźniki związane z aktywnością ruchową są większe wśród chłopców niż dziewcząt. Wyniki badań CBOS (2002) populacji dorosłej wskazują, że dominującym wzorem zachowania w Polsce jest umiarkowana aktywność fizyczna i tendencja do nadwagi i otyłości [7].

Wyniki badań przeprowadzonych wśród uczniów i młodzieży Szkoły Podstawowej oraz Gimnazjum w Daleszycach (D. Skawiński i wsp. 2011) wskazują, że większość badanych jest świadoma faktu, iż wadliwa postawa ciała wpływa ujemnie na zdrowie. Uczniowie potrafią wyliczyć niekorzystne czynniki mające wpływ na zdrowie, ale nie wykorzystują tej wiedzy w codziennym życiu. Najchętniej spędzają czas wolny przed komputerem lub telewizorem. Powstaje zatem potrzeba wdrożenia programu edukacyjnego adresowanego do dzieci i młodzieży, którego celem będzie wzbudzanie chęci do akceptacji prozdrowotnego stylu życia [8].

Wyniki badań B. Bajurnej [9] wskazują, że młodzież gimnazjalna spędza na zajęciach szkolnych około 7–8 i więcej godzin dziennie. Zajęcia pozalekcyjne to głównie różnicowane formy rekreacji ruchowej, ale także zajęcia tematyczne np. koła przedmiotowe. Aktywność rekreacyjną badanych oceniono w tym badaniu jako umiarkowaną. Weekendy dla większości chłopców i dziewcząt to czas spędzony przed komputerem, spotkania z przyjaciółmi lub oglądanie telewizji. Młodzież nie potrafi planować zajęć zgodnie z ideą zdrowego stylu życia, nie posiada wzorców do naśladowania, spędza wiele godzin w pozycji siedzącej wymuszonej przy komputerze. Młodzież przeznacza zbyt mało czasu na odpoczynek nocny, co nie sprzyja prozdrowotnemu stylowi życia.

Z kolei wyniki badań HBSC przeprowadzonych w Polsce (Heath Behaviour in School – aged Children, 2006) sygnalizują, że 2/3 młodzieży szkolnej nie osiąga zalecanego poziomu aktywności fizycznej. Stanowi to istotne zagrożenia dla zdrowia, powoduje rozwój takich chorób cywilizacyjnych jak: otyłość, cukrzyca oraz choroby układu krążenia. Pomiar aktywności fizycznej w badaniach ankietowych wskazuje na wiele trudności. Pojęcie „aktywność fizyczna” jest „pojemna” i obejmuje sumę wysiłków fizycznych, tzn. ćwiczenia, uprawianie sportu i inne czynności w codziennym życiu, tj. spacer, jazdę na rowerze, pracę w gospodarstwie, taniec [10]. Być może z tego powodu uzyskano zaskakująco optymistyczne wyniki w tym badaniu, jako że gimnazjaliści w badanej grupie zamieszkiwali tereny wiejskie.

Wyniki badań dzieci i młodzieży w Polsce wskazują na konieczność konstruowania programów naprawczych skierowanych na wiele nieprawidłowości stylu życia wieku adolescencji. Istotne zatem miejsce przypada edukacji zdrowotnej w kontekście wskazywania kierunków działań zdrowotnych. Jednym z obszarów wymagających rewizji jest zagadnienie zorganizowania tzw. wolnego czasu dzieci i młodzieży [11].

Aspekt tzw. czasu wolnego stanowi współcześnie jeden z istotnych problemów społecznych. Czas wolny jest dobrem społecznym uzyskanym przez jednostkę w celu regeneracji sił fizycznych i psychicznych po pracy czy nauce, który stanowi niezbędny warunek rozwoju indywidualnych zamiłowań i zainteresowań. Czas wolny młodzieży zasadniczo różni się od czasu wolnego dorosłych i oznacza zazwyczaj okres, jaki pozostaje po wypełnieniu obowiązków szkolnych oraz domowych. Coraz częściej można zaobserwować, że świadomy wybór sposobu spędzania tzw. wolnego czasu wywiera określony wpływ na zdrowie.

Wraz z rozwojem cywilizacji, młodzieży jest coraz trudniej oprzeć się chęci spędzania pozaszkolnego czasu w innej formie niż przed ekranem komputera lub telewizora. Stanowi to istotne zagrożenie dla młodego człowieka ograniczające jednocześnie możliwość wielokierunkowego rozwoju. Zatem umiejętne przekazywanie prozdrowotnych wzorców zachowań przez osoby mające najbliższy kontakt z młodzieżą, tj. rodzinę i wychowawców, pedagogów, staje się priorytetowym zadaniem.

Wyniki badań własnych wskazują także na inne nieprawidłowości stylu życia badanych, tj. nieprawidłowe nawyki żywieniowe, palenie tytoniu, rezygnację z podejmowania prób rozładowania negatywnych emocji na rzecz ich tłumienia. Tylko 24 osoby, tj. 22,86% badanych, zauważyły pozytywną umiejętność życiową, tj. przystosowanie się do zmian w środowisku. Pozytywnie myśli nieco ponad połowa badanych gimnazjalistów.

Nieprawidłowe nawyki żywieniowe związane z częstym spożywaniem słodczy odnotowano u 83 osób, co stanowi 79,5% badanych. Jedynie 9 osób, tj. 8,57% badanych, prawie zawsze zwracało uwagę na codzienną dietę. Ponadto 65 osób, tj. 69,9% badanych, spożywa potrawy tłuste kilka razy w tygodniu, 34 osoby, tj. 32,38% ankietowanych, „od czasu od czasu” unikały soli kuchennej i silnie solonej żywności, natomiast 23, tj. 21,90% badanych, „prawie nigdy”. Jedynie 21 osób, tj. 20,00% respondentów, sporadycznie zwracało uwagę na spożywane produkty z zawartością soli kuchennej, a 17 osób, tj. 16,19% badanych, często. Nieco ponad połowa badanych, bo 58 osób, tj. 55,24% gimnazjalistów, spożywa śniadanie przed wyjściem z domu, 65 osób, tj. 61,91% badanych, potwierdziło codzienne spożywanie warzyw i owoców. Wyniki tego badania wskazują na zagrożenia zdrowotne wynikające z nieprawidłowej codziennej diety, a w przyszłości rozwoju ryzyka chorób dietozależnych.

Żywność i żywienie pozostaje nadal ważnym aspektem zdrowia jednostki. Zbliżając się do wieku dorosłego, młodzież umacnia nieprawidłowe nawyki dietetyczne. Polityka, programy i systemy zdrowotne powinny być skonstruowane tak, by prozdrowotny styl życia – systematyczne ćwiczenia, racjonalna dieta, wczesne rozpoznawanie problemów ze zdrowiem psychicznym, były faktem. Promowanie zdrowia nastolatków nie polega tylko na ograniczaniu antyzdrowotnych zachowań, ale inwestycją korzystną dla następnych pokoleń jest zachęcanie do dokonywania zdrowego wyboru [12, 13].

Wiele nieprawidłowości w zakresie odżywiania odnotowano także w raporcie przeprowadzonym w Polsce [14] w 2006 roku w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC realizowanych we współpracy z Europejskim Biurem Światowej Organizacji Zdrowia. Przygotowanie raportu było ważnym aspektem związanym z określeniem kierunku promocji zdrowia młodzieży szkolnej, w tym realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015.

Skuteczność działań edukacji zdrowotnej wymaga kompatybilności między edukacją zdrowotną realizowaną w szkole a tym, czego uczeń doświadcza w rodzinie. Istotny wpływ na kształtowanie stylu życia i zachowań zdrowotnych ma rodzina. Wykazano, że owo wsparcie jest korzystne w zakresie utrwalania zachowań sprzyjających zdrowiu jednostki [15].

Zadaniem szkoły nie jest zastąpienie domu rodzinnego. Zrzucanie odpowiedzialności za niepowodzenia szkolne, trudności i problemy ucznia na innych prowadzi do przykrych konsekwencji. Z tego powodu działania profilaktyczne powinny obejmować obszary, w których wychowuje się młodociany, a więc

rodzinę, środowisko szkolne i kręgi rówieśnicze. W razie potrzeby należy podejmować działania ukierunkowane na zmianę zachowań jednostki.

## WNIOSKI

Na podstawie badań własnych stwierdzono, że:

1. Wśród gimnazjalistów zaobserwowano przewagę zachowań prozdrowotnych. Nie odnotowano istotnej zależności między płcią a rodzajem deklarowanych zachowań zdrowotnych.
2. W grupie gimnazjalistów odnotowano błędy dietetyczne związane z częstym spożyciem słodczy i produktów ze znaczną zawartością soli kuchennej.
3. Mimo że większość badanych deklaruje aktywność ruchową, to tylko połowa potwierdza systematyczne (rekreacyjne lub wyczynowe) uprawianie sportu. Większe wskaźniki aktywności ruchowej zaobserwowano wśród chłopców niż u dziewcząt.
4. Wśród badanych potwierdzono deficyt umiejętności radzenia sobie ze stresem z tendencją do tłumienia negatywnych emocji. Zaobserwowano niepokojące zjawisko związane z ryzykiem rozwoju lekomanii, tj. samoleczeniem i sięganiem po leki bez recepty.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Głowacka MD, Mojs E i wsp. Kształtowanie pożądaných zachowań zdrowotnych. Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja. Edukacja, Poznań 2006; 114–119.
- [2] Nowak-Starz G. Rozwój i zagrożenia zdrowia populacji w wieku rozwojowym w okresie przemian społeczno-ekonomicznych w Polsce. Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2008; 49–71.
- [3] Czermierowski H. Sposoby na nową klasę. Psychologia w Szkole 2005; 3(7): 21–25.
- [4] Jędrzychowski W. Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym. UJ, Kraków 2010; 30–34.
- [5] Podstawy psychologii zdrowia. Red. G Dolińska-Zygmunt. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 38–39.
- [6] Dziecko i jego środowisko. Wyzwania pediatrii w XXI wieku – problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym. Red. A Steciwko, D Kurpas i wsp. Continuo, Wrocław 2010; 5–7.
- [7] Otyłość u polskich nastolatków. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce. Red. A Oblacińska, M Jodkowska, Warszawa 2007.
- [8] Skawiński D, Zaworska-Winiarska A, Sikora D i wsp. Ocena poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki wad postawy wśród dzieci i młodzieży. Studia Medyczne 2011; 21: 15–21.
- [9] Bajurna B, Jakubek E. Zachowania zdrowotne młodzieży w aspekcie umiejętności spędzania wolnego czasu. W: Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne, psychologiczne. Red. MD Głowacka, E Mojs. Poznań 2008; 175–190.
- [10] Gościewska B. W trosce o zdrowie uczniów. Pielęgniarka i Położna 2009; 9: 34–35.
- [11] Bazucka-Sitkiewicz K. Kształtowanie zachowań zdrowotnych w procesie socjalizacji, styl życia młodzieży w rejonie górnośląskim. Wyd. UŚ, Katowice 2005; 51.
- [12] Jabłońska TE. Styl życia. Pielęgniarka i Położna 2005; 1/528: 4–8.
- [13] Krajewska M, Kołodziejska A i wsp. Styl życia dzieci i młodzieży z nadwagą. W: Wybrane determinanty pielęgniarstwa. Red. Z Sienkiewicz, W Fidecki. Wyd. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2010; 7–22.
- [14] Książek P, Herda J i wsp. Edukacja zdrowotna jako istotny standard w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania w woj. lubelskim. Zdrowie Publiczne 2008; 118(4): 403–405.
- [15] Wojciechowska J, Mojs E i wsp. Regulacyjne właściwości programów prewencji otyłości u dzieci i młodzieży a środowiskowe czynniki ryzyka. Pielęgniarstwo Polskie 2008; 4(30): 283–286.

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Grażyna Czerwiak  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK  
25-317 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: gczerwiak@o2.pl  
tel. +48 509 279 582