



Magdalena Łazorczyk\*, Jarosław Domaradzki  
AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

## ZDROWOTNOŚĆ STYLU ŻYCIA UCZNIÓW SZKOŁY ZAWODOWEJ WE WROCŁAWIU

Abstract

Health behaviors high school unions students in Wrocław

**Background.** Lifestyle has the biggest impact on human health. It is a set of everyday human behaviors, the standard responses and certain personality traits. **Material and methods.** The material includes survey data of 54 male students (aged 16) attending a vocational school in Wrocław. The survey was conducted in April 2012. The self-made questionnaire adopted in the study was self-contained and consisted of questions relating to the boys' lifestyle, participation in physical education lessons and extra-curricular activities, regular workouts, nutrition and ways of spending free time. Statistical analysis included calculation of: arithmetic mean, standard deviation, Spearman's correlation and percentages, taking into account the analysis of selected sports. **Results and conclusions.** The vast majority of 16-year-old boys associated a healthy lifestyle with physical activity and healthy food. The majority of respondents see the need for physical activity. It is manifested by their regular participation in physical education lessons, and quite often, in extra-curricular activities.

**Key words:** lifestyle, health, physical activity, health behaviors, boys

**Słowa kluczowe:** styl życia, zdrowie, aktywność fizyczna, zachowania zdrowotne, chłopcy

### WPROWADZENIE

Jeden z czynników w największym stopniu wpływający na zdrowie człowieka to styl życia. Definiuje się go jako zespół codziennych zachowań człowieka, standardowych reakcji i pewnych cech osobowości (Woynarowska 2012). Zdrowie warunkowane jest również poprzez zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne. Zachowania prozdrowotne sprzyjają zdrowiu, pomnażają i hartują je, chronią przed zagrożeniami oraz przywracają zdrowie. Do tej grupy zalicza się odpowiednią aktywność fizyczną, racjonalne żywienie, sen, samokontrolę zdrowia, właściwe stosunki międzyludzkie oraz radzenie sobie ze stresem (Woynarowska 2012). Wołowski i Jankowska (2007) uważają, że prozdrowotny styl życia jest najważniejszym determinan-tem zdrowia, a równocześnie stanowi zaporę przed rozpowszechnianiem się chorób cywilizacyjnych. Zachowania antyzdrowotne są natomiast szkodliwe dla zdrowia, powodują

bezpośrednie lub odległe w czasie szkody zdrowotne. Należą do nich m.in.: palenie tytoniu, nadmierne picie alkoholu, nadużywanie leków, zażywanie narkotyków oraz zachowania agresywne (Woynarowska 2012). Badania Dencikowskiej i Dencikowskiej (2008) dowodzą, że najwyższy odsetek uczniów podejmujących próby palenia to synowie ojców i matek o zawodowym poziomie wykształcenia. Chłopcy z rodzin o zawodowym poziomie wykształcenia ojca najczęściej sięgają po papierosy (Dencikowska i Dencikowska 2008, s. 1). Po alkohol sięgają synowie rodziców z wyższym i zawodowym wykształceniem (Dencikowska i Dencikowska 2008). „[...] Wódkę najczęściej piją chłopcy rodziców z wykształceniem zawodowym, najrzadziej z wykształceniem wyższym” (Dencikowska i Dencikowska 2008, s. 5).

W celu zachowania pełni psychofizycznego zdrowia należy prowadzić prozdrowotny styl życia. Jednym z jego elementów jest aktywność fizyczna. Decyduje ona o prawidłowym rozwoju fizycznym i psychicznym dzieci i młodzieży, a w wieku dorosłym o stanie zdrowia i jakości życia (Chabros i wsp. 2008).

\* Autor korespondencyjny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2003) definiuje aktywność fizyczną (*physical activity*) jako „[...] każdy ruch ciała wytwarzany przez mięśnie szkieletowe, który wymaga wydatku energetycznego”. Zdaniem Drabika (1995) aktywność fizyczna to kluczowy i integrujący składnik zdrowego stylu życia. Aby utrzymać zdrowie, ważna jest systematyczna aktywność fizyczna i adekwatny dla każdego człowieka jej poziom.

Równie istotne dla zdrowego stylu życia okazuje się prawidłowe odżywianie. Polega ono na dostarczaniu organizmowi adekwatnej ilości energii oraz odpowiednich składników odżywczych, witamin, soli mineralnych i wody. Żywnienie, które nie spełnia tych warunków, prowadzi do niedożywienia lub rozwoju chorób cywilizacyjnych, do których m.in. należy otyłość (Białokosz-Klinowska i wsp. 2006).

Zarówno pozytywne, jak i ryzykowne zachowania dla zdrowia kształtują się przede wszystkim w okresie dzieciństwa i młodości. Na podstawie wielu badań dowiedziono, że różne wydarzenia z wczesnego okresu życia mogą tłumaczyć problemy ze zdrowiem, w znacznie większym stopniu niż pozycja społeczna osiągnięta w wieku dojrzałym (Erikson 1999). Istotne jest zatem, aby ten etap życia dobrze wykorzystać. Utrwalone zachowania niekorzystne dla zdrowia trudno skorygować w przyszłości (Drabik 1997). Zachowania prozdrowotne dzieci i młodzieży kształtuje głównie szkoła, przede wszystkim dzięki wychowaniu fizycznemu oraz edukacji zdrowotnej. Cel stanowi przygotowanie młodych ludzi do prowadzenia zdrowego stylu życia w przyszłości. Program wychowania fizycznego w Polsce oparty jest na podstawie programowej z 2009 r. (Podstawa programowa z komentarzami 2009). Dokument ten wspiera realizację programu wychowawczego i programu profilaktycznego szkoły, szczególnie dzięki włączeniu wymagań dotyczących umiejętności psychospołecznych. Stwarza szanse na lepszą skuteczność działań nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie motywowania uczniów do zwiększenia aktywności fizycznej. W dalszej perspektywie może przyczynić się do poprawy zdrowia ludności w Polsce, ponieważ systematycznie prowadzona edukacja zdrowotna w szkole to

najbardziej opłacalna, długofalowa inwestycja w zdrowie społeczeństwa. Kształtowana jest troska o własne zdrowie, ciało, wytrzymałość i sprawność. Warto podkreślić, że u dzieci i młodzieży należy wzbudzić zaangażowanie i motywację do ruchu (Wołowski i Jankowska 2007). Dzieci w młodszym wieku szkolnym mają ogromną potrzebę ruchu. Jakość rozwoju fizycznego wpływa na samopoczucie dziecka, na zachowanie oraz status w grupie rówieśników (Hurlock 1985). Dzieci w starszym wieku szkolnym natomiast przejawiają nieco mniejsze zainteresowanie ruchem, poświęcając więcej czasu na korzystanie z mediów elektronicznych. Niesie to ze sobą szkodliwe zmiany w ich stylu życia. Konsekwencją postępu cywilizacyjnego, rozwoju społecznego i urbanizacji są trendy społeczne zmierzające do wzrostu korzystania z transportu motoryzacyjnego, spadku szans na rekreacyjną aktywność fizyczną, pogłębienia się siedzącego trybu wypoczynku, stale wzrastającego dostępu do kanałów telewizyjnych przez całą dobę oraz wzrostu korzystania z restauracji i fast foodów (Lobstein i wsp. 2004). Konsekwencją negatywnych zmian w stylu życia współczesnego człowieka jest m.in. znaczny wzrost częstości występowania wad postawy oraz spadek sprawności fizycznej dzieci i młodzieży (Ćwirlej i wsp. 2005).

Przyczyną powstania niniejszego artykułu jest przypuszczenie, że uczniowie szkół zawodowych nie prowadzą prozdrowotnego stylu życia. Uzasadnienie stanowią wyniki badań prowadzonych przez Dencikowską i Dencikowską (2008), które dowodzą, że dzieci z rodzin o zawodowym poziomie wykształcenia ojca najczęściej sięgają po papierosy oraz alkohol.

## CEL BADAŃ

Celem badań było rozpoznanie zachowań stylu życia uczniów Zespołu Szkół Budowlanych im. gen. Józefa Bema we Wrocławiu. Szczegółowe zadania badawcze zawierają następujące pytania:

1. Jaka jest aktywność fizyczna uczniów szkoły zawodowej?
2. Jaki jest stosunek uczniów do lekcji wychowania fizycznego i szkolnych zajęć sportowych?

3. Jakie czynności podejmują uczniowie w czasie wolnym?
4. Jaki jest sposób odżywiania się uczniów?
5. Czym różni się styl życia uczniów uprawiających sport?

## MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Materiał obejmuje dane ankietowe uczniów I klasy Zespołu Szkół Budowlanych im. gen. Józefa Bema we Wrocławiu. Badanie ankietowe przeprowadzono w kwietniu 2012 r. Przebadano 54 chłopców w wieku 16 lat. Dokonano również pomiarów podstawowych cech somatycznych: wysokości i masy ciała. Pomiary zostały wykonane w szkolnym gabinecie lekarskim. Badani przystąpili do pomiarów w stroju sportowym, bez obuwia. Zastosowano technikę Martina i Sallera (1957) i wykorzystano wagę elektroniczną ze wzrostomierzem. Pomiary posłużyły do scharakteryzowania budowy morfologicznej badanych. Na podstawie wysokości i masy ciała obliczono wskaźnik wagowo-wzrostowy – BMI. Interpretując wyniki wskaźnika BMI, przyjęto normy dla osób dorosłych.

Kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby niniejszego badania został podzielony na dwie części, które zawierały w sumie 15 pytań zamkniętych. Pierwsza część ankiety (pytania od 1 do 4) dotyczyła danych ogólnych charakteryzujących badaną grupę, takich jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wysokość i masa ciała. W drugiej części ankiety pytano o to, czym jest dla badanego:

- zdrowy styl życia: aktywnością fizyczną, zdrową żywnością, snem i wypoczynkiem, brakiem nałogów;
- aktywność fizyczna: udziałem w lekcjach wychowania fizycznego, dodatkowych zajęciach/treningach w szkole, aktywnym fizycznie stylem życia poza szkołą;
- spędzanie czasu przed komputerem i telewizorem: stałym sposobem wypełnienia wolnego czasu, okazjonalnym sposobem spędzania wolnego czasu;
- świadomość dobrego odżywiania się: liczbą posiłków spożywanych w ciągu dnia, spożywaniem pierwszego śniadania, jedzeniem owoców i warzyw, jedzeniem w barach typu fast food.

Sporządzając charakterystykę morfologiczną badanych, posłużono się średnią arytmetyczną i odchyleniem standardowym. Związki między liczbą godzin spędzonych biernie i aktywnie a BMI badanych określono przez korelację rang Spearmana. Charakterystykę zachowań prozdrowotnych opracowano przy użyciu wskaźników procentowych.

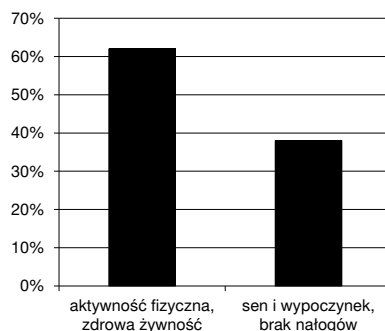
## WYNIKI

Analizując budowę morfologiczną badanych, stwierdzono przeciętną wysokość ciała na poziomie 170 cm, z odchyleniem standardowym wynoszącym  $\pm 7$  cm. Badana grupa chłopców charakteryzowała się przeciętną masą ciała wynoszącą 70 kg, z dyspersją wewnątrzgrupową cechy wynoszącą  $\pm 13$  kg. Na podstawie wartości BMI ( $\bar{x} = 22 \pm 3$ ) można stwierdzić, że masa ciała badanych mieściła się w granicach normy BMI.

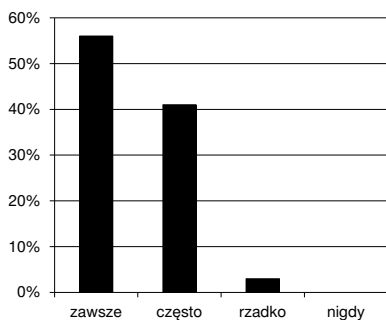
Wyniki ankiety opracowano w pięciu kategoriach: zachowania zdrowotne, udział w lekcjach wychowania fizycznego i zajęciach dodatkowych oraz treningach sportowych, sposób spędzania czasu wolnego, odżywianie się, wybrane elementy stylu życia a uprawianie sportu.

### Aktywność fizyczna uczniów

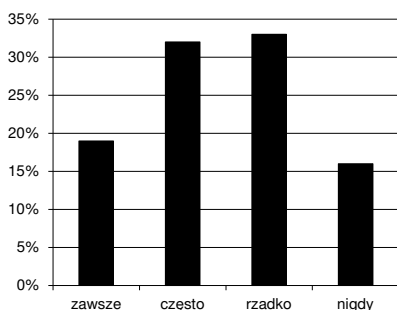
Uczniowie, wypowiadając się na temat przejawów zdrowego stylu życia, mogli wybrać cztery rodzaje zachowań. Większość uważała, że o zdrowym stylu życia przesądza aktywność fizyczna (62%), zdrowe odżywianie się, powstrzymywanie się od nałogów, wypoczynek i sen (38%) (ryc. 1).



Ryc. 1. Poglądy na temat zdrowego stylu życia



Ryc. 2. Udział w lekcjach wychowania fizycznego



Ryc. 3. Udział uczniów w treningu sportowym

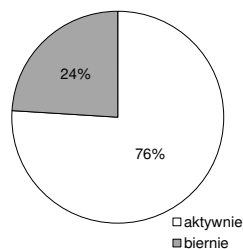
### Udział w lekcjach wychowania fizycznego i treningu sportowym

Rozpoznano również aktywność uczniów w lekcjach wychowania fizycznego oraz zajęciach dodatkowych w ramach Szkolnego Klubu Sportowego (SKS) i Uczniowskiego Klubu Sportowego (UKS). Większość uczniów przejawiała aktywność zawsze (56%) albo często (41%). Nieliczni uczniowie uczestniczyli w lekcji rzadko (3%) (ryc. 2).

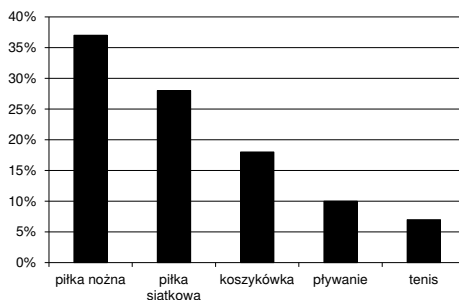
Połowa uczniów brała udział w zajęciach dodatkowych i była aktywna regularnie (19%) lub często (32%) w treningach sportowych. Pozostali uczniowie nie uczestniczyli wcale (33%) albo rzadko brali udział w zajęciach sportowych (ryc. 3).

### Sposób spędzania czasu wolnego

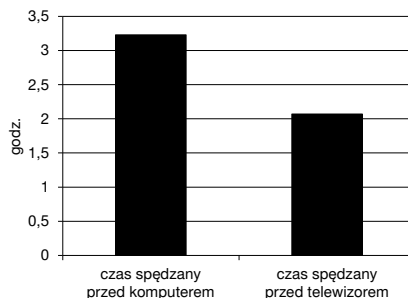
Na pojęcie stylu życia składają się czynności czasu wolnego. Uczniowie określali, jak ten czas spędzają: zazwyczaj są aktywni fizycznie w grach sportowych (76%) (ryc. 4).



Ryc. 4. Sposób spędzania wolnego czasu



Ryc. 5. Preferowane dyscypliny sportowe



Ryc. 6. Średnia liczba godzin spędzanych przed komputerem i telewizorem

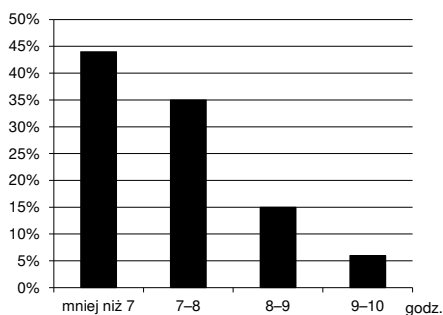
Preferowali piłkę nożną (37%) i piłkę siatkową (28%); mniej chętnie grali w koszykówkę (18%), a rzadziej zajmowali się pływaniem (10%) i tenisem (7%) (ryc. 5).

W czasie wolnym korzystali też z komputera (średnio 3,23 godziny) i oglądali telewizję (2,07 godziny) (ryc. 6). Łącznie więc w pozycji siedzącej spędzali średnio 5,5 godziny.

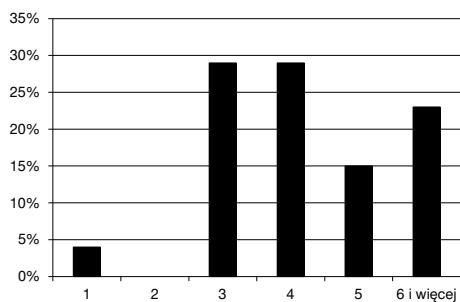
W tabeli 1 zestawiono współczynniki korelacji rang Spearmana między liczbą godzin przeznaczanych na aktywność fizyczną, wskaźnikiem BMI i liczbą godzin spędzanych przed komputerem i telewizorem. Wartość współczynnika korelacji między czasem poświęcanym na aktywność fizyczną a biernym

Tab. 1. Związki proste między czasem poświęcanym na aktywność fizyczną i wskaźnikiem BMI a liczbą godzin spędzanych przed komputerem i telewizorem (korelacja rang Spearmana)

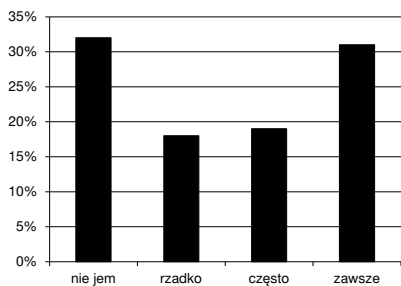
	Aktywność fizyczna	Komputer i telewizor
Aktywność fizyczna		-0,58
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	0,05	0,21



Ryc. 7. Średnia liczba godzin snu



Ryc. 8. Liczba spożytych posiłków w ciągu dnia



Ryc. 9. Spożywanie pierwszego śniadania

spędzaniem czasu przed komputerem i telewizorem wyniosła  $-0,58$ . Jest to wartość statystycznie istotna. Ujemny znak współczynnika potwierdza, że im więcej czasu uczniowie spędzali na biernym korzystaniu z mediów elektronicznych, tym mniej poświęcali go na ruch. Zauważono jednak brak związku między liczbą godzin spędzonych przed komputerem i telewizorem, aktywnością fizyczną a względną masą ciała. Korelacje były niskie i statystycznie nieistotne (tab. 1).

Uczniowie w większości spali mniej niż 7 godzin na dobę: 7-8 godzin przeznaczało na sen 35% badanych, a 15% – do 9 godzin. Niektórzy spali do 10 godzin (6%) (ryc. 7).

### Odżywianie się

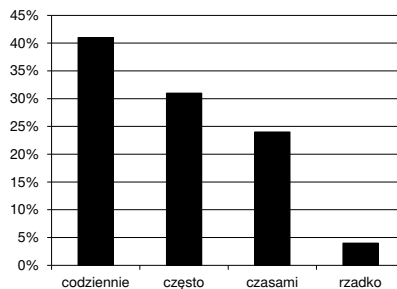
Uczniów pytano o spożywanie posiłków w ciągu dnia: czy jedzą pierwsze śniadanie, jak często jedzą owoce i warzywa oraz czy i jak często jedzą w barach szybkiej obsługi.

Większość uczniów spożywała 3 i 4 posiłki w ciągu dnia. Niektórzy jedli 6 razy i więcej. Nieliczni uczniowie spożywali jeden posiłek (ryc. 8).

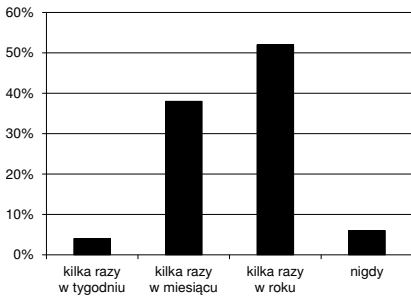
Nie wszyscy uczniowie jedli pierwsze śniadanie (18%) (ryc. 9).

Badani zadeklarowali, że chętnie jedzą owoce i warzywa. Codziennie spożywało je 41% uczniów, często – 31%, a czasami – 24% (ryc. 10).

Większość uczniów przyznała, że korzysta z barów szybkiej obsługi kilka razy w roku, a znaczna ich część – kilka razy w miesiącu (38%); 6% badanych wcale nie jadło w fast foodach (ryc. 11).



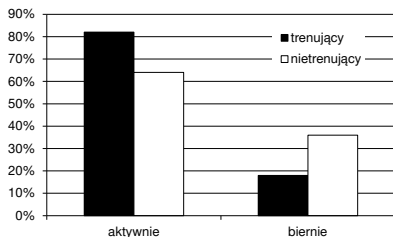
Ryc. 10. Częstość spożywania owoców i warzyw



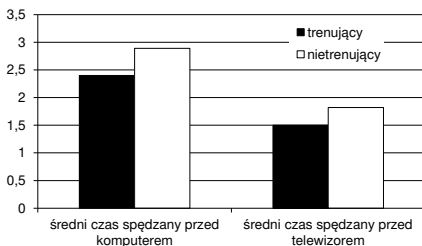
Ryc. 11. Częstość korzystania z barów szybkiej obsługi



Ryc. 12. Poglądy na temat zdrowego stylu życia



Ryc. 13. Sposób spędzania czasu wolnego



Ryc. 14. Średnia liczba godzin spędzanych przed komputerem i telewizorem

### Wybrane elementy stylu życia a uprawianie sportu

Zarówno uczniowie trenujący, jak i nietrenujący podobnie rozumieli zdrowotność stylu życia. W większości uważali, że o zdrowym stylu życia przesądza aktywność fizyczna i racjonalne odżywianie się, zaś znaczna ich

część twierdziła, że o zdrowym stylu życia decyduje sen, wypoczynek i brak nałogów (38%) (ryc. 12).

Uczniowie trenujący spędzali w większości czas wolny aktywnie, z 18-procentową przewagą nad uczniami nietrenującymi (ryc. 13).

Uczniowie nietrenujący średnio więcej czasu spędzali przed komputerem i telewizorem niż trenujący. Różnica w średniej liczbie godzin spędzanych przed komputerem wyniosła 0,49 godziny. Różnica w czasie spędzonym przed telewizorem to 0,32 godziny na korzyść uczniów trenujących. Uczniowie trenujący mniej czasu spędzali przed urządzeniami elektronicznymi (ryc. 14).

## DYSKUSJA

Współcześnie przyjmuje się, że okres dorastania zaczyna się na płaszczyźnie biologicznej, a kończy w sferze kultury. Gdy młodzi ludzie zaczynają działać w sposób odpowiedzialny, stają się samodzielni. Te dwa etapy w przybliżeniu oddziela 16. rok życia. Okres dorastania to czas nasilonego przystosowywania się do warunków środowiskowych. Wzrasta wówczas własna świadomość i aktywność w różnych sferach życia, m.in. troska o własne zdrowie i wygląd (Zawadzka 2007).

Pierwszym zagadnieniem niniejszej pracy była analiza, czym jest dla uczniów zdrowy styl życia. Ankietowani najczęściej wskazywali aktywność fizyczną oraz racjonalne odżywianie. Uczniowie byli świadomi, że są to ważne składniki warunkujące ich zdrowie. Zarówno aktywność fizyczna, jak i zdrowe odżywianie się zaliczane są do prozdrowotnego stylu życia (Chabros i wsp. 2008).

Aktywność fizyczna to bardzo ważny obszar zachowań dla dzieci i młodzieży (Zawadzka 2007). Praktyczne znaczenie aktywności ruchowej dla stanu zdrowia współczesnego człowieka jest właściwie nie do przecenienia (Kłossowski 1999). Ograniczenie aktywności fizycznej przyczynia się do zapadania na choroby cywilizacyjne. Zwiększa się ryzyko chorób serca, cukrzycy, otyłości i wielu innych. Podejmowanie aktywności fizycznej wpływa pozytywnie na stan zdrowia i jakość życia. Korzyści, jakie niesie ze sobą, to m.in.: zmniejszenie ryzyka chorób

serca poprzez usprawnienie krążenia, ułatwienie kontroli masy ciała, poprawienie poziomu cholesterolu, zwiększenie wydatku energetycznego, zwiększenie odporności na stres, zmniejszenie napięcia, ułatwienie zasypiania, poprawa ilości i jakości snu, poprawa samopoczucia, zwiększenie optymizmu, zmniejszenie skłonności do depresji, wzrost ogólnej wydolności fizycznej i zmniejszenie narażenia na atak serca (Kłossowski 1999). Niestety, mimo korzyści związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej szereg dotychczas przeprowadzonych badań wskazuje, że ponad 60% Polaków nie uprawia żadnych sportów (WHO 2003). Z analizy danych zebranych w ramach Ogólnopolskiego Badania Rozpowszechnienia Czynników Ryzyka Chorób Układu Krążenia (NATPOL 2011) wynika, że 50% dorosłych Polaków, tj. około 16 mln, w ogóle nie ćwiczy w czasie wolnym lub podejmuje aktywność fizyczną bardzo rzadko. Edukacja prozdrowotna dzieci od najmłodszych lat jest pilną potrzebą. Aktywność ruchowa oddziałuje na rozwój fizyczny dziecka, jak również modeluje pozytywne postawy uczniów wobec kultury fizycznej. Wspiera zdobywanie przez dzieci wiedzy i umiejętności związanych z samodzielnym sterowaniem sprawnością fizyczną, zdrowiem oraz wypoczynkiem (za: Dencikowska i Dencikowska 2008). Jakość życia, bezpieczeństwo społeczne, wydajność pracy oraz samopoczucie w dużym stopniu zależą od poziomu aktywności i sprawności fizycznej (Drabik 1995, Cendrowski 1996, Przewęda i Dobosz 2003).

Coraz poważniejszym problemem zgłaszanym przez szkoły są częste zwolnienia uczniów z lekcji wychowania fizycznego. W raporcie z województwa małopolskiego przedstawiono, że w pierwszym półroczu w roku szkolnym 2005/2006 z czasowych zwolnień z lekcji wychowania fizycznego korzystało aż 36% dziewcząt i 24% chłopców (Raport „Młodzi 2011” 2011). Na podstawie badań własnych dowiedziono, że 56% chłopców zawsze uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego. Badania Szymborskiego i Jakóbika (2008) wskazują na jeszcze wyższy odsetek chłopców (93%) uczestniczących w lekcjach wychowania fizycznego. Prawie 31% chłopców uprawiało sport poza lekcjami wychowania fizycznego. Z przepro-

wadzonych badań HBSC z 2006 r. wynika, że obniża się wraz z wiekiem liczba młodzieży, „[...] która uznaje powód uczestnictwa w zajęciach ruchowych w wolnym czasie za bardzo ważny. Wyniki wynoszą odpowiednio: 66,7% u 11-latków, 62,4% u 13-latków i 60,9% u 15-latków” (za: Grabowski 2000, s. 45).

Podczas badań własnych 76% uczniów stwierdziło, że spędza swój wolny czas aktywnie fizycznie. Najczęściej wybieraną grą okazała się piłka nożna (37%). Kolejnym, również chętnie uprawianym sportem była piłka siatkowa (28%) oraz koszykówka (18%). Chłopcy chętnie pływali (10%) oraz grali w tenisa (8%). Z badań Wawrzyniak i wsp. (2011, s. 32) „wynika, że wśród chłopców I LO największe zainteresowanie budziły gry sportowe (22,4%), sporty motorowodne (13,8%) oraz pływanie (10,3%)”.

Styl życia młodych osób zmienia się. Zwiększa się ilość czasu spędzanego przed komputerem. Szacuje się, że liczba osób korzystających w wolnym czasie z komputera przez co najmniej 7 godzin dziennie wynosi 5,1% wśród 11-latków oraz 10,9% wśród 15-latków (Mazur i wsp. 2007). Odsetki te uzyskane podczas badań własnych są mniejsze. Ponadto badani deklarowali, że spędzają średnio 3,23 godziny przed komputerem i 2,07 godziny przed telewizorem. Pozycja siedząca powoduje zwiększenie masy ciała i jej tłuszczowego komponentu. Małecka-Tendera i Zachurzok-Buczyńska (2010) zauważają, że w ciągu ostatnich lat dzieci i młodzież stali się mniej aktywni fizycznie. „[...] Średnie spożycie energii we wszystkich grupach wiekowych jest obecnie mniejsze niż kilka dekad temu. Jednak jeszcze bardziej spadło jej wydatkowanie. Coraz więcej czasu dzieci spędzają w domu przed telewizorem lub komputerem, a krócej przebywają na dworze. Każda godzina dziennie spędzona przed telewizorem wiąże się z 2% wyższym prawdopodobieństwem wystąpienia nadmiernej masy ciała u dziecka. Nasze społeczeństwo, na wzór zachodnich, stało się powszechnie zmotoryzowane, a dzieci są «podwożone» do szkoły, do przyjaciół lub na zajęcia dodatkowe” (Małecka-Tendera i Zachurzok-Buczyńska 2010, s. 210). Z badań własnych wynika, że istnieją zależności między liczbą godzin spędzanych biernie przed telewizorem lub

komputerem a aktywnością fizyczną. Nie stwierdzono jednak zależności między liczbą godzin spędzanych biernie przed telewizorem lub komputerem a BMI. Trudno jednoznacznie wyjaśnić to nietypowe zjawisko. Jak wiadomo, BMI uwarunkowane jest w bardzo dużym stopniu odżywianiem się. Przedstawione wyniki wskazują, że bardzo duża grupa badanych nie spożywała pierwszego śniadania, ale równocześnie przeważająca większość przyznała, iż chętnie jada warzywa i owoce. Być może to właśnie w nawykach żywieniowych upatrywać należy wyjaśnienia tej rzadkiej sytuacji.

Drugim podstawowym czynnikiem, oprócz aktywności fizycznej, który warunkuje prozdrowotny styl życia, jest zdrowe odżywianie się. Racjonalne odżywianie determinuje prawidłowe wzrastanie i dojrzewanie oraz jest znaczącym składnikiem w przeciwdziałaniu otyłości. Otyłość u dzieci wiąże się z problemami zdrowotnymi w dzieciństwie i zwiększonym ryzykiem otyłości oraz ryzykiem dla zdrowia w dorosłym życiu, szczególnie w przypadku dzieci, które mają otyłych rodziców (Osei-Assibey 2012). W dobie pandemii otyłości potrzeba dbania o prawidłowe odżywianie się i aktywność fizyczną dzieci i młodzieży stała się kwestią priorytetową. Złe nawyki żywieniowe, polegające na spożywaniu zbyt małej ilości zdrowych produktów (świeżych owoców, warzyw i białka) i jednoczesnym dostarczaniu zbyt dużej ilości energii, zwłaszcza w postaci węglowodanów i tłuszczu, powodują, że odsetek otyłych dzieci i młodzieży jest duży. W okresie dojrzewania zmieniają się zachowania żywieniowe. Nastolatki często same wybierają to, co jedzą, przeważnie nie zastanawiając się nad konsekwencjami zdrowotnymi, a ulegając modzie, reklamom lub wpływowi rówieśników (Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny, za: Roblin 2007). Liczne publikacje wskazują na różnorakie sposoby żywienia, które istotnie korelują ze stanem rozwoju fizycznego, intelektualnego, psychicznego oraz zdrowia i samopoczucia dzieci i młodzieży (Namyśłowska i wsp. 1995, Woynarowska i wsp. 2005, Kasperczyk 2004, Andrzejewska 1987). Właściwe odżywianie się w młodości może w przyszłości chronić przed wieloma niebezpiecznymi dla zdrowia chorobami, np. miażdżycą,

chorobą niedokrwienną serca, nadciśnieniem tętniczym, zawałem i udarem mózgu, otyłością i nowotworami (Zawadzka 2007). Spożycie śniadania przed wyjściem do szkoły warunkuje sprawne działanie dzieci i młodzieży jako uczniów. Jak wskazują rezultaty badań własnych, 32% chłopców zawsze spożywała pierwsze śniadanie. Dla porównania Zimna-Walendzik i wsp. (2009) wykazali, że pierwsze śniadanie jada około 70% dzieci.

Czynnikami, który również ma wpływ na prawidłowe funkcjonowanie młodzieży, jest sen. Czynnikiem ten wiąże się z wypoczynkiem, stanowi warunek zdrowia fizycznego i społecznego, a w przypadku tak szerokiego i wielogodzinnego korzystania z komputera i telewizji oraz obciążenia obowiązkami szkolnymi wydaje się szczególnie zagrożony przez niewłaściwe zachowania (Fedyn 2009). Woynarowska (2008) zauważa, że wśród dzieci i młodzieży powinno się kształtować regularność układania się do snu codziennie o tej samej porze – między godziną 20.00 a 21.00, a czas trwania odpoczynku nocnego powinien wynosić 9–10 godzin.

## WNIOSKI

1. Większość uczniów wiązała pojęcie stylu życia z aktywnością fizyczną i racjonalnym odżywianiem się.

2. Uczniowie w większości rozumieli znaczenie aktywności fizycznej. Dali temu wyraz, stale uczestnicząc w lekcjach wychowania fizycznego i zajęciach dodatkowych.

3. Większość uczniów widziała konieczność pozalekcyjnej aktywności fizycznej. Do ulubionych form zajęć należały gry zespołowe. Znaczna część uczniów nie podejmowała aktywności fizycznej. Uczniowie ci spędzali czas biernie – przed telewizorem lub komputerem.

4. Uczniowie w większości spożywali 3 lub 4 posiłki dziennie, chętnie jedli owoce i warzywa, jednak znaczna ich część pomiątała pierwsze śniadanie.

5. Zarówno uczniowie trenujący, jak i nietrenujący wyrażali zbliżone poglądy na temat zdrowego stylu życia. Dla zdecydowanej większości zdrowy styl życia oznaczał aktywność fizyczną i zdrowe odżywianie się.



6. Uczniowie mogli odczuwać deficyt snu. Połowa z nich przyznała, że sypia za krótko. Nie przestrzegała tym samym norm trwania wypoczynku. Nie wystarczało im czasu na sen, ponieważ w ciągu dnia byli zajęci obowiązkiem szkolnym, aktywnością fizyczną oraz korzystaniem z komputera i telewizora.

7. Uczniowie starali się podobać zdrowemu stylowi życia, jednak można dostrzec w ich postępowaniu zachowania niekorzystne dla zdrowia.

## BIBLIOGRAFIA

- Andrzejewska M. (1987) Rola witamin w żywieniu dzieci i młodzieży, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 8, 11–15.
- Białokosz-Klinowska I., Konstantynowicz I., Abramowicz P., Piotrowska-Jastrzębska J. (2006) Uwarunkowania środowiskowe a nawyki żywieniowe młodzieży z regionu Podlasia, *Pediatric Współczesna Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka*, 8 (2), 117–120.
- Cendrowski Z. (1996) Będę żył 107 lat, Promo-Lider, Warszawa.
- Chabros E., Charzewska J., Rogalska-Niedźwiedz M., Jajszczyk B., Chojnowska Z., Fabiszewska J. (2008) Mała aktywność fizyczna młodzieży w wieku pokwitania sprzyja rozwojowi otyłości, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89 (1), 58–61.
- Ćwirlej A., Walicka-Cupryś K., Grygorowicz-Cieślak H. (2005) Aktywność ruchowa dzieci 10-letnich w czasie wolnym, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Medycznego w Warszawie*, 3 (3), 262–266.
- Dencikowska A., Dencikowska B. (2008) Dystanse społeczne aktywności fizycznej 13–15-letnich chłopców z Rzeszowa, [w:] Dencikowska A., Drozd S., Czarny W. (red.) Aktywność fizyczna jako czynnik wspomagający rozwój i zdrowie, UR, Rzeszów, 1.
- Drabik J. (1995) Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa, AWF, Gdańsk.
- Drabik J. (1997) Promocja aktywności fizycznej, AWF, Gdańsk.
- Eriksson J. (1999) Catch-up growth in childhood and death from coronary heart disease: longitudinal study, *BMJ*, 318 (7181), 427–431.
- Fedyn B. (2009) Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej, PWSZ, Racibórz.
- Grabowski H. (2000) Co koniecznie trzeba wiedzieć o wychowaniu fizycznym, Impuls, Kraków.
- HBSC (2006) Health Behavior in School-aged Children, A WHO Cross-national Collaborative Study.
- Hurlock E. (1985) Rozwój dziecka, PWN, Warszawa.
- Kasperczyk T. (2004) Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie, Kasper, Kraków.
- Kłossowski M. (1999) Przegląd i charakterystyka metod oceny poziomu aktywności fizycznej oraz jej wpływu na organizm człowieka. II Warsztaty Antropologiczne „Aktywność fizyczna”, AWF, Warszawa.
- Lobstein T., Baur L., Uauy R. (2004) Obesity in children and young people: a crisis in public health, *Obesity Reviews*, 5, 4–8.
- Małecka-Tendera E., Zachurok-Buczyńska A. (2010) Otyłość i zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży. Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki, Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Martin R., Saller K. (1957) Lehrbuch der Anthropologie in systematischer Darstellung mit besonderer Berücksichtigung der anthropologischen Methoden, G. Fisher, Stuttgart.
- Mazur J., Woynarowska B., Kołotoł H. (2007) Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychosocjalne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport HBSC 2005–2006, IMiD, Warszawa.
- Namysłowska I., Pużyńska E., Średniawa H. (1995) Zaburzenia psychiczne, [w:] Wojnarowska B., Jodkowska M. (red.), Nastolatek też jest ważny, IMiD, Warszawa, 75–84.
- NATPOL (2011) Ogólnopolskie Badanie Rozpoznania Czynnika Ryzyka Chorób Układu Krążenia (badanie kliniczne). <http://www.wbc.poznan.pl/Content/270951/index.pdf> [dostęp: 11.10.2012].
- Osei-Assibey G., Dick S., Macdiarmid J., Semple S., Reilly J., Ellaway A. i wsp. (2012) Public health. The influence of the food environment on overweight and obesity in young children: a systematic review, *BMJ Open*, 2 (6), 1.
- Podstawa programowa z komentarzami (2009). Tom 8. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum, [https://archiwum.men.gov.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2055%3Atom-8-wychowanie-fizyczne-i-edukacja-dla-bezpieczestwa-&catid=230%3Aksztacenie-i-kadra-ksztacenie-ogolne-podstawa-programowa&Itemid=290](https://archiwum.men.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=2055%3Atom-8-wychowanie-fizyczne-i-edukacja-dla-bezpieczestwa-&catid=230%3Aksztacenie-i-kadra-ksztacenie-ogolne-podstawa-programowa&Itemid=290) [dostęp: 24.02.2011].
- Przewęda R., Dobosz J. (2003) Kondycja fizyczna polskiej młodzieży, *Studia i Monografie AWF w Warszawie*, 98.
- Raport „Młodzi 2011” (2011) Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa. [http://zds.kprm.gov.pl/sites/default/files/pliki/mlodzi\\_2011\\_printerfriendly.pdf](http://zds.kprm.gov.pl/sites/default/files/pliki/mlodzi_2011_printerfriendly.pdf) [dostęp: 12.01.2014].
- Roblin L. (2007) Childhood obesity: food, nutrient, and eating-habit trends and influences, *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32 (4), 635–645.

- Szyborski J., Jakóbk K. (2008) Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Wawrzyniak S., Rokita A., Ściślak M. (2011) Zainteresowanie aktywnością ruchową uczniów wybranych liceów ogólnokształcących we Wrocławiu, *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 43, 32.
- Wołowski T., Jankowska M. (2007) Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Część II. Aktywność fizyczna oraz formy spędzania czasu wolnego, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88 (1), 69–73.
- WHO (2003) Integrated prevention of non communicable diseases. Draft global strategy on diet, physical activity and health, Geneva, 1, 8–18, [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf) [dostęp: 11.10.2012].
- Woynarowska B. (2008) Edukacja zdrowotna, PWN, Warszawa.
- Woynarowska B. (2012) Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce.
- Woynarowska B., Mazur J., Kołoto H., Małkowska A. (2005) Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej, UW i IMiDZ, Warszawa.
- Zawadzka B. (2007) Dorastająca młodzież wobec problemu własnego zdrowia, AWF, Kraków.
- Zimna-Walendzik E., Kolmaga A., Trafalska E. (2009) Styl życia – aktywność fizyczna, preferencje żywieniowe dzieci kończących szkołę podstawową, *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 4 (65), 195–203.

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014

Praca została przyjęta do druku: 12.12.2014

*Adres do korespondencji:*

Magdalena Łazorczyk

Zakład Antropokinetyki

Katedra Biostruktury

Akademia Wychowania Fizycznego

al. I.J. Paderewskiego 35

51-612 Wrocław

e-mail: madzialazorczyk@gmail.com