



Halina Kulik, Karolina Falkiewicz,
Józefa Dąbek, Beata Naworska
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

ZACHOWANIA ZDROWOTNE I ZACHOWANIA RYZYKOWNE DLA ZDROWIA WŚRÓD UCZNIÓW SZKÓŁ GIMNAZJALNYCH WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Cel badań. Celem badań była ocena niektórych zachowań zdrowotnych uczniów szkół gimnazjalnych oraz rozpoznanie przyczyn podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia (palenia papierosów i picia alkoholu) z uwzględnieniem wieku i płci badanych. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 503 uczniów szkół gimnazjalnych województwa śląskiego. Wśród nich było 252 dziewcząt (50,1%) i 251 (49,9%) chłopców. Średni wiek badanych wynosił $14,5 \pm 0,8$ roku. W badaniu zastosowano metodę sondażową, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. **Wyniki.** Badana młodzież wykazywała zachowania antyzdrowotne. Ponad połowa ankietowanych (56,06%) spędzała wolny czas, siedząc przed komputerem. Średni wiek inicjacji alkoholowej wynosił $12,5 \pm 1,9$ roku, a tytoniowej $12,1 \pm 2,2$ roku i był niezależny od płci badanych uczniów ($p > 0,05$), ale zależny od ich wieku. Wraz z wiekiem wzrastała liczba osób zarówno spożywających alkohol, jak i palących papierosy. **Wnioski.** Analizowane zachowania zdrowotne badanej młodzieży gimnazjalnej znacznie odbiegały od zaleceń dotyczących zdrowego stylu życia: obserwowano błędy w sposobie odżywiania, małą aktywność fizyczną oraz sedentarny tryb życia i stosowanie używek. Najczęstszymi przyczynami podejmowania przez badaną młodzież zachowań ryzykownych (palenia papierosów i picia alkoholu) były: zabawa, ciekawość i wpływ grupy rówieśniczej, a ich występowanie było niezależnie od płci, ale zależne od wieku badanych uczniów.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, zachowania ryzykowne, uczniowie szkół gimnazjalnych

WPROWADZENIE

Większości ludzi zdrowie kojarzy się z „dobrem pożądanym, będącym koniecznym i niezbędnym warunkiem realizacji innych wartości” (Szczepański, 1972, s. 18). W zależności od uznawanego systemu wartości i kontekstu sytuacyjnego zdrowie przybiera wymiar zarówno autoteliczny, jak i instrumentalny. O prawdziwej wartości zdrowia przekonujemy się jednak dopiero w momencie jego utraty: „Ślachtetne zdrowie, / Nikt się nie dowie, / Jako smakujesz, / Aż się zepsujesz” (Kochanowski, 2011, s. 28).

Praca wpłynęła do Redakcji: 04.12.2017

Zaakceptowano do druku: 23.02.2017

Adres do korespondencji: Halina Kulik, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Francuska 20/24, 40-027 Katowice, e-mail: hkulik@sum.edu.pl

Jak cytować:

Kulik H, Falkiewicz K, Dąbek J, Naworska B. (2018). Zachowania zdrowotne i zachowania ryzykowne dla zdrowia wśród uczniów szkół gimnazjalnych województwa śląskiego. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 61, 27–39.

Zdrowie determinuje rozwój jednostek i całych społeczeństw. Jest nie tylko jednym z fundamentalnych praw każdej istoty ludzkiej, ale również podstawą istnienia, funkcjonowania i rozwoju społeczeństwa. Nie ma przesady w stwierdzeniu, że *zdrowe społeczeństwo to społeczeństwo zamożne*: zdrowi ludzie efektywniej pracują i rzadziej korzystają z opieki zdrowotnej i społecznej, a więc nie generują kosztów związanych z chorobą i niepełnosprawnością.

W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zwraca się uwagę na indywidualny i społeczny wymiar zdrowia, podkreślając konieczność inwestowania w nie możliwe jak najwcześniej (*Zdrowie 21...*, 2001). Dobre zdrowie od momentu poczęcia jest cennym zasobem na przyszłość, zarówno dla jednostki, jak i dla społeczeństwa. Znaczenie inwestowania w zdrowie dzieci podkreślono w „Europejskiej strategii dla zdrowia i rozwoju dziecka i nastolatka”: „Dzieci są naszą inwestycją w przyszłe społeczeństwo. Ich zdrowie i sposób wychowywania będą wpływać na stabilność i rozwój ekonomiczny krajów w regionie europejskim w nadchodzących dekadach” (World Health Organization, 2008, s. 2).

Okres adolescencji to czas, w którym kształtowany jest światopogląd i systemy wartości będące fundamentem nowych zadań i ról społecznych, właściwych dla dorosłości. Dobre zdrowie i harmonijny rozwój w tym okresie są nie tylko bogactwem i środkiem do osiągnięcia zamierzonych celów, ale również podstawowym zasobem na przyszłość (Wojnarowska i Oblacińska, 2014).

Pierwszą i najważniejszą instytucją, w której nie tylko kształtowane są postawy wobec zachowania zdrowia jako wartości autotelicznej, ale również prezentowane są wzorce zachowań niezbędne dla jego utrzymania, jest rodzina. Przykład rodziców jest fundamentalnym, choć niejedynym wzorcem do naśladowania. Szkoła to kolejny w życiu adolescenta system wychowawczy, a nauczyciel – następna osoba istotna w jego kształtowaniu. Jednak zdrowie stanowi wypadkową wielu czynników, wśród których rodzina, szkoła, środowisko rówieśnicze oraz obyczajowość i tradycja, a także podejmowany własny styl życia mają równie duże znaczenie.

Uformowane w tym czasie prozdrowotne postawy i zachowania będą sprzyjać dalszemu rozwojowi jednostki i wspierać ją na kolejnych etapach życia, czyli w okresie dorosłości i starości.

Z licznych badań wynika, że w ostatnim stuleciu w krajach wysoko rozwiniętych zaobserwowano wiele korzystnych zmian w stanie zdrowia dzieci i młodzieży. Wśród najważniejszych wymieniane są: systematyczne obniżanie się zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób zakaźnych, szybsze tempo rozwoju i zwiększenie wymiarów ciała oraz akceleracja dojrzewania płciowego (Karapanou i Papadimitriou, 2010; Karlberg, 2002; Kowal i wsp., 2011; Palczewska, Niedźwiecka, Szilágyi-Pagowska i Pawlik, 2000; Przewęda i Dobosz, 2003; Tanner, 1992, 1999; Wolański i Dobosz 2012; Wojnarowska i Oblacińska 2014).

Fenomen przyspieszonego rozwoju dzieci, nazywany w auksologii zwierciadłem warunków życia społeczeństwa, traktowany jest jako zjawisko pozytywne, związane z poprawą warunków życia społeczeństwa (Kowal i wsp., 2011; Tanner, 1999; Wojnarowska i Oblacińska, 2014). Zaobserwowano jednak, że przyśpieszeniu osiągnięcia przez dzieci dojrzałości fizycznej nie towarzyszy przyspieszenie dojrzewania psychicznego i równocześnie opóźnia się dojrzewanie społeczne (Kowal i wsp., 2011; Wojnarowska i Oblacińska, 2014). Wielu autorów podkreśla, że na wzrost tempa rozwoju dzieci i młodzieży może mieć wpływ pogorszenie warunków środowiskowych rozwoju

dzieci, w tym zanieczyszczenia środowiska naturalnego oraz wybrane niekorzystne stresory psychiczne, związane głównie ze środowiskiem rodzinnym, a w szczególności konflikty rodzinne lub brak jednego z rodziców (Hulanicka, Gronkiewicz i Koniarek, 2001; Karapanou i Papadimitriou, 2010; Kowal i wsp., 2011). Badacze oceniają, że akceleracja rozwoju dzieci i młodzieży po osiągnięciu pewnego optimum zostanie zahamowana, a nawet nastąpi zjawisko przeciwne – deceleracja (Hulanicka i wsp., 2001; Kowal i wsp., 2011; Krawczyński, Walkowiak i Krzyżaniak, 2003; Sitek, Szkudlarek i Antoszewski, 2007; Woynarowska i Oblacińska, 2014).

Równolegle z występowaniem zmian pozytywnych odnotowano liczne zjawiska niekorzystne, zwłaszcza zwiększanie się masy ciała i wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*), pogarszanie się sprawności fizycznej, zaburzenia zdrowia psychicznego, choroby alergiczne, skutki zachowań ryzykownych (zwłaszcza używania substancji psychoaktywnych) oraz zakażenia HIV (Kowal i wsp., 2011; Wolański i Dobosz, 2012; Woynarowska i Oblacińska, 2014). Woynarowska i Oblacińska (2014) podkreślają, że jest to związane m.in. z warunkami współczesnego życia, pogłębianiem się nierówności społecznych, niedostatkami zachowań prozdrowotnych, jak również utrzymywaniem przy życiu noworodków o bardzo małej urodzeniowej masie ciała, z wadami rozwojowymi, które wcześniej nie miały szans na przeżycie.

Z badań Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)¹ wynika, że młodzież w wieku 11–15 lat często podejmuje zachowania ryzykowne dla zdrowia, zwłaszcza nadużywa alkoholu. Występuje również wiele niedostatków w zakresie zachowań prozdrowotnych, w tym niespożywanie codziennie śniadań, owoców i warzyw, niski poziom aktywności fizycznej i zaniedbania higieny jamy ustnej. Zachowania te często się kumulują, tworząc zespół zachowań ryzykownych (Woynarowska i Mazur, 2012). Nastolatki z mnogimi zachowaniami ryzykownymi gorzej oceniają swoje zdrowie, cechują się mniejszym zadowoleniem z życia oraz częściej odczuwają dolegliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne, a nasilone zachowania ryzykowne mogą być zarówno skutkiem, jak i przyczyną gorszego samopoczucia fizycznego i społecznego młodych ludzi (Mazur i Woynarowska, 2004). W ostatnim raporcie dotyczącym wyników badań HBSC zwrócono uwagę na tendencję spadkową w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz poprawę zachowań żywieniowych i poziomu aktywności fizycznej. Ponadto zauważono spadek odsetka młodzieży mającej za sobą wielokrotne epizody upojenia alkoholowego, współwystępujący z rzadszym piciem poszczególnych napojów alkoholowych i coraz częstszym przyjmowaniem postawy abstynenckiej. Zaakcentowano również pogarszanie się parametrów zdrowotnych u nastoletnich dziewcząt i większe rozpowszechnienie wskaźników związanych z chorobowością. Nie bez znaczenia jest także istotny wzrost częstości występowania urazów wymagających pomocy medycznej oraz odczuwania subiektywnych, nieswoistych dolegliwości (Mazur, 2015).

¹ Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Collaborative Cross-national Study (HBSC) – międzynarodowe badania ankietowe nad zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej zainicjowane w 1982 r. przez naukowców z Anglii, Finlandii i Norwegii. Obecnie w badaniach bierze udział ponad 40 krajów na całym świecie. W Polsce przeprowadzono dotychczas 7 serii badań HBSC: w latach 1990, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010, 2014.

CEL BADAŃ

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych uczniów szkół gimnazjalnych oraz rozpoznanie przyczyn podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia (palenia papierosów i picia alkoholu) z uwzględnieniem wieku i płci badanych.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem ankietowym objęto uczniów I i II klasy 4 szkół gimnazjalnych na terenie gminy Czerwionka-Leszczyny oraz 1 szkoły w Jastrzębiu-Zdroju. Łącznie przebadano grupę 503 uczniów, w tym 252 dziewcząt (50,1%) i 251 (49,9%) chłopców. Średni wiek badanych wynosił $14,5 \pm 0,8$ roku. Najlicniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 14 (42,94%) i 15 lat (41,55%).

Badanie odbyło się w maju i czerwcu 2017 r. podczas lekcji wychowawczych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgody dyrektorów szkół i rodziców ankietowanych gimnazjalistów, ponadto udział w badaniu był całkowicie dobrowolny. Zgodnie z *Ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Ustawa...) przeprowadzone badanie nie było eksperymentem medycznym i nie wymagało oceny komisji bioetycznej. Autorzy badania przestrzegali powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

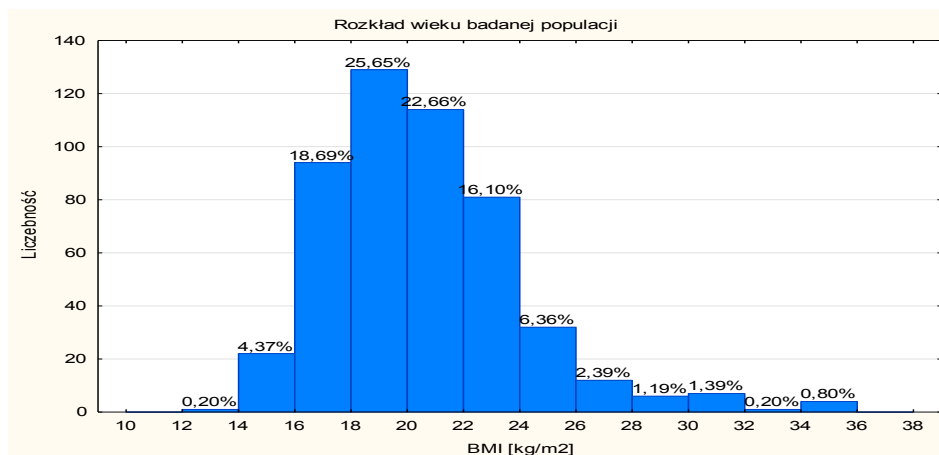
W badaniu posłużono się metodą sondażową, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz zawierał 40 pytań, z których 36 dotyczyło nawyków żywieniowych, podejmowanej aktywności fizycznej oraz zachowań ryzykownych dla zdrowia: spożywania alkoholu i palenia papierosów, a 4 pozostałe odnosiły się do cech społeczno-demograficznych, takich jak płeć i wiek, oraz danych antropometrycznych: wzrostu i masy ciała. Pytania miały charakter zamknięty (51%) i półotwarty (49%). Na podstawie danych antropometrycznych obliczono wskaźnik BMI, który odniesiono do tablic wartości centylowych opracowanych przez WHO. Zebrane dane poddano analizie statystycznej w programie Statistica 13.1. Do porównania zmiennych ilościowych o rozkładach zbliżonych do normalnego zastosowano test *t*-Studenta. W przypadku zmiennych o rozkładzie odbiegającym od normalnego użyto testu Kruskala-Wallisa lub U Manna-Whitneya. Zmienne jakościowe porównywano testem chi-kwadrat. Wyniki uznano za istotne statystycznie przy $p < 0,05$.

WYNIKI

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wiekiem chłopców i dziewcząt ($14,6 \pm 0,8$ wobec $14,4 \pm 0,8$; $p > 0,05$). Średnia wartość wskaźnika BMI wynosiła $20,6 \pm 3,4$ kg/m² i była niezależna od płci badanych ($20,9 \pm 3,5$ wobec $20,3 \pm 3,2$ kg/m²; $p > 0,05$).

U większości badanych uczniów (339 osób; 67,4%) wartość BMI mieściła się w granicach normy, u kolejnych 72 osób (14,3%) wskazywała na nadwagę, u 59 (11,7%) na otyłość, a u 33 (6,6%) na niedowagę (ryc. 1).

Aż 376 badanych uczniów (74,75%) było zadowolonych ze swojego wyglądu, przy czym istotnie częściej byli to chłopcy niż dziewczęta (218 wobec 158; $c^2 = 40,2$; $p < 0,001$). Warto dodać, że nie zaobserwowano różnic w tym zakresie ze względu na BMI czy wiek badanych.



Ryc. 1. Charakterystyka badanych pod względem wartości BMI

Prawie co drugi gimnazjalista (241 osób; 47,91%) odchudzał się w przeszłości, częściej jednak były to dziewczęta (150 wobec 91; $c^2 = 28,2$; $p < 0,001$). W tym zakresie również nie zaobserwowano różnic ze względu na BMI czy wiek. Spośród wymienionych metod odchudzania badani najczęściej wskazywali na wykonywanie ćwiczeń fizycznych (311 osób; 61,83%), dietę (161 osób; 31,95%) oraz stosowanie tabletek odchudzających (31 osób; 6,2%).

Z całej badanej grupy tylko 207 osób (41,15%) zaznaczyło, że codziennie spożywa śniadanie. Codzienne spożywanie owoców zadeklarowało 157 badanych (31,21%), warzywa 181 osób (35,98%), napoi gazowanych 105 osób (20,87%), a słodczy 132 osoby (26,24%).

Ponad połowa ankietowanych (282 osoby; 56,06%) spędzała wolny czas, korzystając z komputera, w tym 172 osoby (34,19%) to użytkownicy Internetu, a 110 osób (21,87%) gier komputerowych.

Aż 373 badanych (74,2%) podało, że uprawia sport, przy czym częściej byli to chłopcy (199 wobec 174; $c^2 = 6,81$; $p < 0,05$). Na codzienne podejmowanie aktywności fizycznej wskazała prawie 1/4 badanych (118 osób; 23,48%), a prawie 1/3 (156 osób; 31,13%) zaznaczyła, że podejmuje aktywność fizyczną 2–3 razy w tygodniu. Najbardziej preferowaną formą aktywności fizycznej była piłka nożna (153 osoby; 30,34%). Wśród motywów podejmowania aktywności fizycznej po 188 osób (37,47%) wskazało na „dążenie do poprawy kondycji fizycznej” i na „rozwijanie pasji”.

Ponad 1/3 badanych uczniów (173 osoby; 34,3%) miała doznania związane z piciem alkoholu; było to niezależne od płci respondentów (158 wobec 172; $c^2 = 2,45$; $p > 0,05$). Najliczniejsza grupa badanych (169 osób; 33,53%) podała, że zainicjowała spożywanie alkoholu w wieku 13 lat (ryc. 2). Średni wiek inicjacji alkoholowej wynosił $12,5 \pm 1,9$ roku i był niezależny od płci badanych nastolatków ($12,2 \pm 2,4$ wobec $12,7 \pm 1,3$; $p > 0,05$). Stwierdzono silną zależność statystyczną ($p = 0,00014$) pomiędzy wiekiem badanych uczniów a inicjacją alkoholową. Wraz z wiekiem badanych wzrastała liczba uczniów pijących alkohol. W grupie 14-latków odsetek osób spożywających alkohol wynosił 26%, w grupie 15-latków – 42%, a w grupie 16-latków aż 54%.

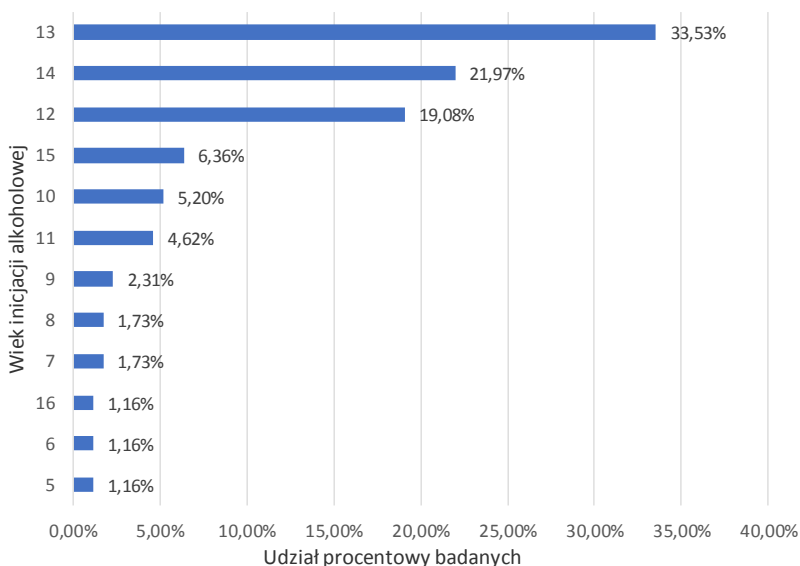
Zdecydowana większość badanej młodzieży (385 osób; 76,64%) zaznaczyła, że pije alkohol rzadziej niż raz w tygodniu, 44 osoby (8,76%) – raz w tygodniu, 33 osoby (6,57%) –

kilka razy w tygodniu, a 40 osób (8,03%) – codziennie. Najczęściej spożywanym przez badanych napojem alkoholowym było piwo (335 osób; 66,67%), następnie wódka (107 osób; 21,27%).

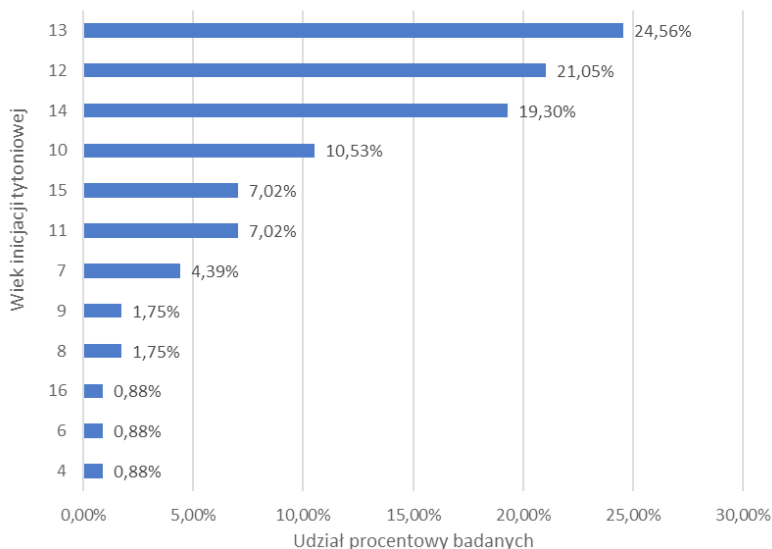
Najliczniejsza grupa badanych zaznaczyła, że spożywa alkohol „dla zabawy” (207 osób; 41,21%), kolejna grupa „dla zaspokojenia ciekawości” (120 osób; 23,84%), następnie „za namową kolegów” (115 osób; 22,83%). Przy okazji różnych uroczystości piło alkohol 29 osób badanych (5,86%), a „dla poprawy samopoczucia” – 21 osób (4,24%). Warto jednocześnie podkreślić, że aż 444 osoby (88,27%) spośród ogółu badanych nastolatków zaznaczyły, że alkohol może mieć negatywny wpływ na zdrowie.

Doświadczenia związane z paleniem papierosów miała ponad 1/5 badanych (113 osób; 22,5%); również było to niezależne od płci badanych (196 wobec 192; $c2 = 3,3$; $p > 0,05$). Prawie 1/4 badanych (124 osoby; 24,56%) zaznaczyła, że rozpoczęła palenie tytoniu w wieku 13 lat, a ponad 1/5 (106 osób; 21,05%) w wieku 12 lat (ryc. 3). Średni wiek inicjacji tytoniowej w badanej grupie wynosił $12,1 \pm 2,2$ roku, przy czym nie stwierdzono istotnego wpływu płci na podejmowanie palenia papierosów ($12,1 \pm 2,05$ wobec $12,1 \pm 2,1$; $p > 0,05$). Odnotowano natomiast zależność pomiędzy wiekiem badanych a paleniem papierosów. Wraz z wiekiem wzrastała liczba nastolatków palących papierosy ($p = 0,03040$). W grupie 13-latków papierosy paliło 12% badanych, w grupie 14-latków – 19%, w grupie 15-latków – 27%, a w grupie 16-latków – aż 32%.

Większość palących tytoń nastolatków zaznaczyła, że pali „rzadziej niż raz w tygodniu” (335 osób; 66,56%). „Raz w tygodniu” i „kilka razy w tygodniu” paliło po 28 badanych (5,56%), a do codziennego palenia tytoniu przyznała się prawie 1/4 ankietowanych uczniów (117 osób; 23,33%). Wśród przyczyn palenia tytoniu badani wymienili: „ciekawość” (186 osób; 37%), „wpływ grupy rówieśniczej” (155 osób; 30,88%), „dla zabawy” (105 osób; 20,92%), „dla poprawy samopoczucia” (23 osoby; 4,58%), „dla odwagi” (22 osoby; 4,48%) i „przy okazji uroczystości” (12 osób; 2,39%). Należy podkreślić, że aż 471 badanych nastolatków (93,6%) zaznaczyło, iż palenie tytoniu ma negatywny wpływ na zdrowie.



Ryc. 2. Charakterystyka badanych pod względem wieku inicjacji alkoholowej



Ryc. 3. Charakterystyka badanych pod względem wieku inicjacji tytoniowej

Zdecydowana większość badanych uczniów (470 osób; 93,44%) dokonała samooceny swojego stanu zdrowia w kategoriach pozytywnych, w tym ponad połowa (278 osób; 55,27%) zaznaczyła kategorię „dobry”, a 192 osoby (38,17%) kategorię „bardzo dobry”. Spośród pozostałych badanych 26 osób (5,17%) wybrało kategorię „raczej złe”, a 7 osób (1,39%) „bardzo złe”. Nie stwierdzono wpływu wybranych zmiennych, takich jak płeć, wartość BMI i wiek, na samoocenę stanu zdrowia.

DYSKUSJA

Okres adolescencji to czas fundamentalnych przemian biologicznych, psychicznych i społecznych, których celem jest osiągnięcie stabilnej tożsamości, świadomości samego siebie i dojrzałego sposobu istnienia w otaczającej rzeczywistości. Konfrontacja zewnętrznych propozycji i oczekiwań z wewnętrznymi predyspozycjami i możliwościami często staje się przyczyną wielu konfliktów i kryzysów, których konstruktywne rozwiązanie ma kluczowe znaczenie dla rozwoju jednostki oraz funkcjonowania w okresie dorosłości. To również czas formowania się tożsamości zdrowotnej, związanej z definiowaniem zdrowia i ewolucją świadomości w tym zakresie (Erikson, 1980).

W okresie tym, pod wpływem różnorodnych czynników i wzorców osobowych, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, kształtowane są zachowania zdrowotne i styl życia. Woynarowska (2008) podkreśla, że dla kształtowania zachowań zdrowotnych okres dorastania jest najbardziej krytyczny. W tym czasie „utrwalają się nabyte wcześniej zachowania prozdrowotne, a równocześnie pojawia się wiele zachowań ryzykownych, często kumulujących się. Niektóre z nich po fazie eksperymentowania zanikają, ale u części młodych ludzi utrwalają się” (Woynarowska, 2008, s. 54).

Etap ten tradycyjnie określany jest czasem buntu i niepokory. Jessor (1991, 2014), twórca teorii zachowań problemowych (*problem behavior theory*), twierdzi, że przejawiane

w okresie dorastania nowe zachowania, wykraczające poza określone normy społeczne, pełnią ważną funkcję w życiu osobistym i społecznym adolescentów, stanowiąc naturalny element tego okresu. Powszechne podejmowanie najróżniejszych zachowań ryzykownych pomaga zamianifestować niezależność i autonomię, zweryfikować własne możliwości i potrzeby, jak również radzić sobie z emocjami i osiągać wyższe cele psychologiczne i społeczne, takie jak akceptacja i szacunek rówieśników czy uwalnianie się spod wpływów rodziców.

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi nastolatków podejmowane są na całym świecie przez wielu autorów. Unikatowym źródłem wiedzy w tym zakresie są wspomniane już badania HBSC (Mazur, 2015; Woynarowska i Mazur, 2012). Badacze podkreślają współzależność zachowań zdrowotnych z warunkami życia, jakością relacji w rodzinie i grupie rówieśniczej oraz samooceną zdrowia (Mazur, 2015; Richter, Moor i van Lenthe, 2012).

W prezentowanym badaniu zdecydowana większość badanych nastolatków (470 osób; 93,44%) dokonała samooceny swojego zdrowia w kategoriach pozytywnych, a 376 osób (74,75%) okazało się zadowolonych ze swojego wyglądu, przy czym częściej byli to chłopcy. Jednocześnie prawie co drugi gimnazjalista (47,91%) odchudzał się w przeszłości, częściej jednak były to dziewczęta. Wartość BMI u większości badanych osób (67,4%) mieściła się w granicach normy, u 14,3% wskazywała na nadwagę, u 11,7% na otyłość, a u 6,6% na niedowagę. W badaniach HBSC z 2014 r. (Mazur, 2015) 27,4% badanych uważało swoje zdrowie za doskonałe, 55,9% za dobre, a 16,7% za gorsze niż dobre, w tym 12,7% za niezłe, a 4% za kiepskie. Autorzy stwierdzili, że wiek, płeć oraz zamożność rodziny są niezależnie oddziałującymi determinantami obniżonej samooceny zdrowia, która spada wraz z wiekiem i jest wyraźnie gorsza u dziewcząt, jak również w rodzinach mniej zamożnych. Warto też nadmienić, że młodzież z rodzin niepełnych i zrekonstruowanych gorzej oceniała swoje zdrowie w porównaniu z rówieśnikami mieszkającymi z obojgiem biologicznych rodziców. Co czwarty badany nastolatek w roku szkolnym 2013/2014 podejmował działania w kierunku redukcji masy ciała. W porównaniu z wynikami z 2010 r. stwierdzono istotny wzrost w tym zakresie, widoczny szczególnie u dziewcząt. Zauważono również, że zjawisko to nasilało się wraz z wiekiem dziewcząt. Nadwaga i otyłość występowały u 14,8% badanych uczniów. W porównaniu z poprzednimi badaniami HBSC, z roku 2010, częstość występowania nadwagi i otyłości zmniejszyła się.

Z raportu International Obesity Task Force (2005) wynika, że na świecie żyje 155 mln dzieci z nadwagą lub otyłością. Szacuje się, że w Europie spośród 74 mln osób poniżej 18. roku życia ok. 16–22% ma nadwagę lub otyłość; każdego roku diagnozuje się około 400 tysięcy nowych przypadków wymienionych patologii.

Autorzy licznych badań zwracali uwagę na współistnienie czynników genetycznych (30–40%), środowiskowych i behawioralnych (60–70%) odpowiedzialnych za występowanie nadwagi i otyłości. Wzrostowi odsetka dzieci i młodzieży podejmujących niekorzystne z punktu widzenia zdrowia zachowania, które wiążą się z rozwojem wielu schorzeń, zwłaszcza nadwagi i otyłości, sprzyja postęp cywilizacyjny i związana z nim poprawa jakości życia.

Wśród najważniejszych czynników środowiskowych i behawioralnych wymienia się: nieprawidłowe odżywianie, małą aktywność fizyczną, siedzący tryb życia i niedobór snu (Stapor i wsp., 2016; Tatoń, Czech i Bernas, 2007). Przeprowadzone badania potwierdziły występowanie wielu nieprawidłowości w zakresie żywienia: tylko 41,15% badanych za-

znaczyło, że codziennie spożywa śniadanie, codzienne spożywanie owoców zadeklarowało 31,21% uczniów, a warzyw – 35,98%. Ponad 1/5 badanej młodzieży (20,87%) zadeklarowała codzienne spożywanie napojów gazowanych, a ponad 1/4 (26,24%) słodocy. Wśród badanych uczniów stwierdzono również inne zachowania sprzyjające występowaniu nadwagi i otyłości, takie jak sedentarny tryb życia i mała aktywność fizyczna. Autorzy innych badań potwierdzają współistnienie zależności pomiędzy nadwagą lub otyłością a podejmowaniem zachowań sprzyjających ich występowaniu (Jonczyk, Potempa i Kajdaniuk, 2015; Michota-Katulaska, Zegan, Zyznowska, Sińska i Kucharska, 2015; Sińska, Kucharska, Michota-Katulaska i Zegan, 2015; Stefańska, Falkowska i Ostrowska, 2012; Trojanowska, Trojanowska, Bernat i Oleszczuk-Tobiszewska, 2015; Wyka, Grochowska-Niedworok, Malczyk, Misiarz i Szczęsna, 2012).

Otyłość i nadwaga zaliczane są do najczęściej występujących zaburzeń wieku rozwojowego. Nadmierna masa ciała wiąże się z ryzykiem wystąpienia wielu innych zaburzeń, takich jak nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, astma oskrzelowa, patologie narządu ruchu, zaburzenia gospodarki węglowodanowej oraz problemy psychologiczne związane z brakiem akceptacji ze strony rówieśników, a w ślad za tym obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości (Mazur, 2015; Stapor i wsp., 2016). Z dostępnych danych wynika, że 70–80% młodych osób z problemem nadwagi lub otyłości staje się w przyszłości osobami otyłymi (Karney, Oblacińska, Kluba i Świątkowska, b.d.).

Pandemiczny charakter otyłości sprawił, że schorzenie to, ze względu na liczne konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne, stało się jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych i ekonomicznych większości krajów wysoko rozwiniętych. Powszechnym zjawiskiem jest również dyskryminacja otyłości i osób otyłych, szczególnie w kulturze euro-amerykańskiej, w której dominuje kult pięknego, szczupłego ciała (Bucchianeri, Eisenberg i Neumark-Sztainer, 2013; Puhl i Heuer, 2009). W ślad za wzrastającym problemem otyłości narasta zjawisko nieadekwatnej oceny masy ciała oraz jej redukcji za pomocą różnego rodzaju metod odchudzania, w tym nieracjonalnych, a nawet szkodliwych dla zdrowia (Korzycka-Stalmach, Mikiel-Kostyra, Jodkowska i Oblacińska, 2012; Mazur, 2015). Co czwarty ankietowany w badaniach HBSC nastolatek podejmował działania związane z odchudzaniem. Co interesujące, w porównaniu z wynikami badań z 2010 r. stwierdzono istotny wzrost wymienionych zachowań, widoczny szczególnie u dziewcząt. Odchudzanie obserwowane jest również wśród młodzieży z prawidłową masą ciała i dotyczy głównie dziewcząt (Mazur, 2015). Z badań Oblacińskiej (2007) wynika, że młodzież stosuje zarówno racjonalne, jak i nieracjonalne, a nawet ekstremalne, szkodliwe dla zdrowia metody odchudzania.

Wyniki dotychczasowych paneuropejskich badań ESPAD² nad używaniem substancji psychoaktywnych ujawniły, że picie alkoholu i palenie papierosów przez młodzież stało się statystyczną normą, stanowiąc duże zagrożenie dla zdrowia nastolatków. Najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży jest alkohol. Z ostatniego raportu ESPAD, z roku 2015, wynika, że aż 83,8% badanych uczniów z młodziej grupy i 95,8% z grupy starszej przynajmniej raz w ciągu całego swojego życia piło alkohol, a spory odsetek przyznał się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie

² The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) – międzynarodowy projekt badawczy dotyczący stosowania substancji psychoaktywnych przez uczniów szkół gimnazjalnych, rozpoczęty w 1995 r. z inicjatywy grupy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), działającej przy Radzie Europy.

całego swojego życia ani razu nie upiło się tylko 63,1% uczniów młodszych i 35,6% uczniów starszych. „Rozpowszechnienie picia alkoholu przez gimnazjalistów, mimo wykazywanej tendencji spadkowej, nadal nie spełnia postulatów abstynencyjnego paradygmatu profilaktyki adresowanej do niepełnoletnich” (Sierosławski, 2015, s. 116). „Doświadczenia z paleniem papierosów miała większość badanych uczniów – przynajmniej raz w życiu paliło 56,2% gimnazjalistów i 71,5% uczniów starszej grupy, a około 3% gimnazjalistów i około 6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych wypalała ponad 10 papierosów dziennie” (Sierosławski, 2015, s. 116). Autorzy badania podkreślili, że większość wskaźników picia alkoholu i palenia tytoniu u dziewcząt była podobna do notowanych u chłopców, stąd konieczność opracowania i wdrożenia programów profilaktycznych uwzględniających specyfikę płci (Sierosławski, 2015). Palenie tytoniu i picie alkoholu należą do głównych czynników ryzyka przedwczesnej śmierci i zachorowalności, wyrażonego wartością wskaźnika DALY³ (Forouzanfar i wsp., 2015).

W przeprowadzonym przez autorów badaniu odsetki młodzieży deklarującej doświadczenia związane z piciem alkoholu i paleniem papierosów były znacznie mniejsze: doznania związane z piciem alkoholu miała ponad 1/3 badanych (173 osoby; 34,3%) i było to niezależne od płci (158 wobec 172; $c^2 = 2,45$; $p > 0,05$), natomiast palenie papierosów potwierdziła ponad 1/5 badanych (22,5%) i również było to niezależne od płci (196 wobec 192; $c^2 = 3,3$; $p > 0,05$). Wynik ten skłania do głębszej analizy uwarunkowań wymienionych powyżej zachowań antyzdrowotnych.

Dorastanie to trudny czas kształtowania własnej tożsamości, w którym zaznacza się współoddziaływanie wielu różnych czynników. Bardzo ważną rolę odgrywają wzorce kreowane przez otoczenie społeczne, wpływające na formowanie się pozytywnej bądź negatywnej tożsamości zdrowotnej (Obuchowska, 2001).

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania sformułowano następujące wnioski:

1. Analizowane zachowania zdrowotne badanej młodzieży gimnazjalnej znacznie odbiegały od zaleceń dotyczących zdrowego stylu życia: obserwowano błędy w sposobie odżywiania, małą aktywność fizyczną oraz sedentarny tryb życia i stosowanie używek.

2. Najczęstszymi przyczynami podejmowanych przez młodzież zachowań ryzykownych (palenia papierosów i picia alkoholu) były: zabawa, ciekawość i wpływ rówieśników; ich występowanie było niezależnie od płci, ale zależne od wieku badanych uczniów. Wraz z wiekiem wzrastała liczba osób zarówno spożywających alkohol, jak i palących papierosy.

BIBLIOGRAFIA

- Bucchianeri, M.M., Eisenberg, M.E., Neumark-Sztainer, D. (2013). Weightism, racism, classism, and sexism: shared forms of harassment in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 53*(1), 47–53.

³ Lata życia skorygowane niesprawnością (DALY, *disability adjusted life-years*) – wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa, wyrażający łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby.

- Erikson, E.H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York-London: W.W. Norton & Company.
- Forouzanfar, M.H., Alexander, L., Anderson, H.R., Bachman, V.F., Biryukov, S., Brauer, M. i wsp. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386(10 010), 2287–2323.
- Hulanicka, B., Gronkiewicz, L., Koniarek, J. (2001). Effect of familial distress on growth and maturation in girls: a longitudinal study. *American Journal of Human Biology*, 13(6), 771–776.
- International Obesity Task Force (2005). *European Union Platform Briefing Paper*. Brussels.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597–605.
- Jessor, R. (2014). Problem Behavior Theory. A half-century of research on adolescent behavior and development. W: R.M. Lerner, A.C. Petersen, R.K. Silbereisen, J. Brooks-Gunn (red.), *The developmental science of adolescence: history through autobiography* (s. 239–256). New York: Psychology Press.
- Jonczyk, P., Potempa, M., Kajdaniuk D. (2015). Analiza stopnia odżywienia i zaburzeń odżywiania oraz charakterystyka przyzwyczajzeń żywieniowych i aktywności fizycznej wśród dzieci szkolnych w wieku 6–13 lat w mieście Piekary Śląskie. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 11(3), 302–314.
- Karapanou, O., Papadimitriou A. (2010). Determinants of menarche. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8, 115.
- Karlberg, J. (2002). Secular trends in pubertal development. *Hormone Research*, 57(Suppl. 2), 19–30.
- Karney, A., Oblacińska, A., Kluba, L., Świątkowska, D. (b.d.). *Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców dzieci w wieku od 4 do 18 lat*. Warszawa: Fundacja Instytutu Matki i Dziecka.
- Kochanowski, J. (2011). *Fraszki, pieśni, treny*. Kraków: Greg.
- Korzycka-Stalmach, M., Mikiel-Kostyra, K., Jodkowska, M., Oblacińska, A. (2012). Samoocena masy ciała 13-latków w zależności od wskaźnika masy ciała rodziców. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 8(2), 53–58.
- Kowal, M., Cichocka, B.A., Woronkowicz, A., Pilecki, M.W., Sobiecki, J., Kryst, Ł. (2011). *Międzypokoleniowe zmiany w budowie ciała i akceleracja pokwitania u dzieci i młodzieży w wieku 7–15 lat w populacji wielkomiejskiej w świetle uwarunkowań psychosocjalnych*. Kraków: AWF.
- Krawczyński, M., Walkowiak, J., Krzyżaniak, A. (2003). Secular changes in body height and weight in children and adolescents in Poznan, Poland, between 1880 and 2000. *Acta Paediatrica*, 92(3), 277–282.
- Mazur, J. (red.) (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur, J., Woynarowska, B. (2004). Zespół zachowań ryzykownych a zdrowie subiektywne i zadowolenie z życia młodzieży 15-letniej. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 8(3), cz. 1, 567–583.
- Michota-Katulka, E., Zegan, M., Zyznowska, W., Sińska, B., Kucharska, A. (2015). Wybrane elementy stylu życia młodzieży gimnazjalnej. *Pielęgniarstwo Polskie*, 56(2), 121–126.
- Oblacińska, A. (2007). Odchudzanie i modyfikowanie swojej masy ciała. W: A. Oblacińska, M. Jodkowska (red.), *Otyłość u polskich nastolatków: epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce* (s. 73–83). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Obuchowska, I. (2001). Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 163–201). Warszawa: PWN.
- Palczewska, I., Niedźwiecka, Z., Szilágyi-Pągowska, I., Pawlik, K. (2000). Trend sekularny wzrastania dzieci i młodzieży warszawskiej w ciągu ostatnich dwudziestu lat. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 4(2), 161–176.
- Przewęda, R., Dobosz, J. (2003). *Kondycja fizyczna polskiej młodzieży*. Warszawa: AWF.
- Puhl, R.M., Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964.

- Richter, M., Moor, I., van Lenthe, F.J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 691–697.
- Sierosławski, J. (2015). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Europejski Program Badań Ankiety w szkółach ESPAD*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Sińska, B., Kucharska, A., Michota-Katulka, E., Zegan, M. (2015). Śniadania uczniów szkół podstawowych – ocena jakościowa. *Pielęgniarstwo Polskie*, 57(3), 273–277.
- Sitek, A., Szkudlarek, A., Antoszewski, B. (2007). Secular changes in the physical development of students of the Medical University of Łódź. *Folia Morphologica*, 66(1), 62–68.
- Stąpor, N., Kapczuk, I., Krzewska, A., Sieniawska, J., Rakusz-Kwiatosz, A., Piątek, D. i wsp. (2016). Czym różni się styl życia dzieci otyłych i szczupłych? *Endokrynologia Pediatria*, 15(1), 29–35.
- Stefańska, E., Falkowska, A., Ostrowska, L. (2012). Wybrane zwyczaje żywieniowe dzieci i młodzieży w wieku 10–15 lat. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 63(1), 91–97.
- Szczepański, J. (1972). *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa: PWN.
- Tanner, J.M. (1992). Growth as a measure of the nutritional and hygienic status of a population. *Hormone Research*, 38, 106–115.
- Tanner, J.M. (1999). Growth as a mirror of conditions in society. W: G.W. Lindgren (red.), *Growth as a mirror of conditions in society* (s. 9–48). Stockholm: Stockholm Institute of Education Press.
- Tatoń, J., Czech, A., Bernas, M. (2007). *Zaburzenia endokrynne tkanki tłuszczowej w patogenezie otyłości. Otyłość. Zespół metaboliczny*. Warszawa: PZWŁ.
- Trojanowska, A., Trojanowska, P., Bernat, K., Oleszczuk-Tobiszewska, K. (2015). Ocena sposobu żywienia i aktywności fizycznej u dzieci w wieku szkolnym w aspekcie zagrożeń otyłością. *Endokrynologia Pediatria*, 14(4), 35–41.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dz.U. z 2017 r. poz. 125 z późn. zm.
- Wolański, N., Dobosz, J. (2012). Tendencja przemian motoryczności człowieka (międzydekadowe zmiany efektywności). W: A. Wilczewski (red.), *Uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży wiejskiej* (s. 8–44). Biała Podlaska: Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu AWF w Warszawie.
- World Health Organization (2008). *European strategy for child and adolescent health and development. From resolution to action. 2005–2008*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PWN.
- Woynarowska, B., Mazur, J. (red.) (2012). *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny UW.
- Woynarowska, B., Oblacińska, A. (2014). Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. *Studia BAS*, 38(2), 41–64.
- Wyka, J., Grochowska-Niedworok, E., Malczyk, E., Misiarz, M., Szczęsna, N. (2012). Częstotliwość spożycia produktów typu fast food przez młodzież męską. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 45(3), 675–679.
- Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* (2001). Warszawa-Kraków: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Vesalius.

ABSTRACT

Health behaviours and behaviours risky for health
among junior high school students in the Silesian province

Background. The aim of the study was to assess some health behaviours of junior high school students and to identify the causes of risk behaviours (smoking tobacco and drinking alcohol), with the consideration of age and sex of the subjects. **Material and methods.** The study included 503 pupils from junior high schools in the Silesian province. The group consisted of 252 girls (50.1%) and 251 boys (49.9%). The average age of the respondents was 14.5 ± 0.8 years. The study employed a survey method, and the research tool was the author's own questionnaire. **Results.** The studied youth presented anti-health behaviours. Over half of the respondents (56.06%) spent their free time sitting in front of the computer. The average age of alcohol initiation was 12.5 ± 1.9 years and of tobacco initiation 12.1 ± 2.2 years; it was independent of the sex of the students ($p > 0.05$), but depended on their age. The number of pupils both consuming alcohol and smoking cigarettes increased with age. **Conclusions.** The analysed health behaviours of junior high school students deviated significantly from the recommendations for a healthy lifestyle: dietary errors, low physical activity, sedentary lifestyle and the use of stimulants were observed. The most frequent reasons for risk behaviours (smoking and drinking alcohol) were: fun, curiosity and influence of the peer group. Their occurrence was independent of gender, but dependent on age.

Key words: health behaviours, risk behaviours, junior high school students