



AGNIESZKA AUGUSTYN*, DARIUSZ RUTKOWSKI**,
LIDIA PAC-POMARNACKA***

Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych młodzieży na tle warunków życia i percepcji środowiska miejsca zamieszkania

Streszczenie. Zdrowie stanowi najcenniejszą wartość osobistą i społeczną. W obszarze badań nad zachowaniami zdrowotnymi coraz większe znaczenie nadaje się czynnikom ekonomiczno-społecznym, związanym z zamożnością, pozycją społeczną i kapitałem społecznym. Przypuszcza się, że nierówności społeczne mogą w istotny sposób bezpośrednio lub pośrednio oddziaływać na zdrowie młodzieży i na jej przyszłość. Celem opisanego badania było zidentyfikowanie zależności między zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu i ryzykownymi dla zdrowia deklarowanymi przez młodzież a warunkami życia i środowiskiem lokalnym. Przedstawiona analiza opiera się na danych uzyskanych za pomocą badania ankietowego przeprowadzonego na celowej próbie uczniów w 34 szkołach we Wrocławiu. W ocenie zachowań zdrowotnych posłużono się: Międzynarodowym Kwestionariuszem Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) o potwierdzonej trafności i rzetelności. Zróżnicowanie wybranych zachowań zdrowotnych odniesiono do zasobów materialnych rodziny określonych na podstawie skali FAS (*Family Affluence Scale*), występowania problemów w środowisku lokalnym, a także subiektywnym poziomie kapitału społecznego w badanym środowisku. Z przeprowadzonych badań wynika, że wrocławska młodzież pochodząca z rodzin o wyższym poziomie zamożności mniej czasu wolnego poświęca na oglądanie telewizji, granie w gry komputerowe czy korzystanie z Internetu. Wyższy poziom zamożności rodziny mierzony na skali FAS nie zawsze był skorelowany z zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu. Młodzież z rodzin o najniższym poziomie zamożności najczęściej deklarowała niespożywanie alkoholu. Wysoki postrzegany poziom kapitału społecznego w środowisku lokalnym okazał się istotnie skorelowany z zalecanym poziomem codziennej aktywności fizycznej. Ponadto, im wyższy był postrzegany przez nastoletnich respondentów poziom kapitału

* Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu (Polska), Wydział Finansów i Zarządzania, email: agnieszka.augustyn@wsb.wroclaw.pl, orcid.org/0000-0003-1030-1352

** Dolnośląska Szkoła Wyższa z siedzibą we Wrocławiu (Polska), Wydział Finansów i Zarządzania, email: dariusz.rutkowski@dsw.edu.pl, orcid.org/0000-0002-8891-5816

*** Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu (Polska), Wydział Finansów i Zarządzania, email: lidia.pac-pomarnacka@wsb.wroclaw.pl, orcid.org/0000-0002-6605-1180

społecznego, tym częściej deklarowali oni, że palą papierosy. Stopień nasilenia problemów w środowisku lokalnym nie był istotnie skorelowane z zachowaniami zdrowotnymi

Słowa kluczowe: zdrowie, młodzież, aktywność fizyczna, warunki życia, alkohol, palenie tytoniu

Kody JEL: I12, I14, I30

Sugerowane cytowanie: Augustyn, A., Rutkowski, D. i Pac-Pomarnacka, L. (2021). Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych młodzieży na tle warunków życia i percepcji środowiska miejsca zamieszkania. *Studia Periegetica*, 3(35), 41-60. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.6039>

1. Wstęp

Zdrowie stanowi największą wartość w życiu człowieka. Podejmowanie świadomych działań pomaga je chronić, uczyć lub promować zdrowy tryb życia. Trudno się zgodzić z opinią, że zdrowie jest tylko genetyczną czy biologiczną właściwością, niezależną od ludzkich zachowań bądź czynników społecznych lub ekonomicznych. Zachowania obejmują ogół złożonych i celowych reakcji, które występują bardzo często pod wpływem bodźców otoczenia lub czynników wewnętrznych ludzkiego organizmu. Na zdrowie nastoletniej młodzieży przede wszystkim oddziałuje otoczenie (rodzina, szkoła, rówieśnicy) i styl życia (Mazur i in., 2011a).

Koncepcję czynników wpływających na zdrowie w 1974 r. przedstawił kanadyjski minister zdrowia Marc Lalonde (1974). W 1995 r. została ona wzbogacona o ich szacunkowy, procentowy udział (Wysocki i Miller 2003). W Polsce przyjęte w poszczególnych grupach czynników wpływających na zdrowie wartości zostały przedstawione w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015. Grupę pierwszą stanowi opieka zdrowotna (10%) z jej organizacją, dostępnością, a także jakością świadczeń medycznych. Do drugiej grupy należą czynniki genetyczne (20%), warunkujące dziedziczne predyspozycje do wystąpienia problemów zdrowotnych. Kolejna grupa to środowisko fizyczne (20%) wraz ze środowiskiem naturalnym, a także szkołą i zakładem pracy. Największe (50%) znaczenie dla zdrowia człowieka ma styl życia, czyli aktywność fizyczna (AF), sposób odżywiania, umiejętność radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne) (Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015). W tej właśnie sferze człowiek może podejmować działania korzystne dla zdrowia – zachowania prozdrowotne, określane także „prozdrowotnym stylem życia”.

Kryterium podziału zachowań prozdrowotnych stanowią zachowania w odniesieniu do trzech płaszczyzn zdrowia. Pierwsza nawiązuje do zdrowia fizycznego i obejmuje wszelkie formy aktywności wpływające bezpośrednio na stan fizyczny organizmu, takie jak: aktywność fizyczna, dbałość o higienę ciała, racjonalne odżywianie, unikanie używek (tytoń, alkohol, narkotyki), hartowanie sprzyjające w podnoszeniu odporności organizmu na szkodliwe bodźce, sen. Następane

kryterium nawiązuje do zdrowia psychicznego: radzenia sobie z problemami i stresem, samoakceptacji, wiary we własne siły, optymizmu, wysokiej samooceny. Trzecia płaszczyzna odnosi się do zdrowia społecznego i uwzględnia: umiejętne kształtowanie prawidłowych relacji społecznych, interpersonalnych, dotyczących zarówno relacji w rodzinie, jak i szeroko pojętej społeczności (Jacennik, 2008; Woynarowska, 2010).

W dużej mierze pozytywne wzory zachowań zdrowotnych nabywane są w procesie socjalizacji pierwotnej w wychowaniu szkolnym. Służy temu edukacja zdrowotna prowadzona w placówkach edukacyjnych (Woynarowska, 2021; Woynarowska i Małkowska-Szkutnik 2017). Jest ona realizowana podczas różnych zajęć edukacyjnych, m.in. podczas lekcji wychowania fizycznego (Nałęcz, 2017; Warchoł, 2016), a treści z nią związane występują w programach nauczania wychowania fizycznego (Plichcińska, 2019). W edukacji prozdrowotnej na lekcjach wychowania fizycznego szczególną rolę odgrywa aktywność fizyczna (AF). WHO (2020) określa optymalny poziom AF dla grupy dzieci i młodzież w wieku od 5 do 17 lat. W ciągu tygodnia jest to co najmniej 60 minut dziennie AF o umiarkowanej lub dużej intensywności, głównie aerobowy wysiłek fizyczny, a także 3 razy w tygodniu ćwiczenia wzmacniające mięśnie i kości.

W aspekcie aktywności fizycznej można dostrzec kształtowanie się postaw prozdrowotnych i prospołecznych (Gracz i Sankowski, 2007). Istnieją dowody, że aktywność fizyczna rodziców jest związana z mniejszym nasileniem zachowań szkodzących zdrowiu dzieci (Bucksch i in., 2018; Kopcakova i in., 2017). Poprzez osobisty przykład, konsekwentną decyzyjność w obszarze racjonalnego zagospodarowania czasu wolnego rodzice mogą skutecznie wpłynąć na zmniejszenie występowania zachowań sedenteryjnych u dziecka (Kalamacka, 2013; Klimas, 2016).

W wieku dojrzewania niejednokrotnie pojawia się pokusa podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia, które stanowią przyczynę poważnych dolegliwości zdrowotnych (Klimas, 2016; Kubiak i Mickiewicz, 2009). Z niepokojem obserwuje się rosnące zainteresowanie zachowaniami ryzykownymi u 13-15-latków (Currie i in., 2012; Inchley i in., 2016). Do najczęstszych zachowań ryzykownych w tak młodej grupie należą: picie napojów alkoholowych, palenie tytoniu, spożywanie niedozwolonych substancji, ryzykowne zachowania seksualne, nieprawidłowa dieta i siedzący tryb życia. Większą skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych wykazuje młodzież, która jest bardziej podatna na wpływ wzorców przekazywanych przez osoby dorosłe: rodziców, rówieśników oraz media (Gajewski, 2011a; Jackson i in., 2012; Klimas, 2016). Szczególną uwagę należy zwrócić na silne oddziaływanie grupy rówieśniczej, gdyż w danym aspekcie występują liczne związki z zachowaniami szkodliwymi – spożywaniem niedozwolonych substancji czy siedzącym trybem życia (Lazzeri i in., 2014). Wspólne eksperymentowanie z zakazanymi substancjami niejednokrotnie jest postrzegane przez młodzież jako warunek socjalizacji, a także sposób na spędzanie czasu wolnego (Jackson i in., 2012).

W badaniach nad uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych coraz większe znaczenie nadaje się czynnikom ekonomiczno-społecznym, związanym zarówno z zamożnością, pozycją społeczną, jak i kapitałem społecznym – czynniki te traktowane są jako podstawowe zmienne objaśniające lub jako niezbędne zmienne modyfikujące inne badane zależności (Mazur i in., 2011a). Warto przyjrzeć się zjawisku zróżnicowania zachowań zdrowotnych na tle warunków życia i percepcji środowiska miejsca zamieszkania młodego pokolenia. Nierówności społeczne mogą w istotny sposób bezpośrednio lub pośrednio oddziaływać na zdrowie poprzez: złe warunki życia, wzmożony stres, zróżnicowanie szans i częstszą ekspozycję na zachowania ryzykowne (Mazur i in., 2011a). Status materialny rodziny silnie determinuje zdrowie nastolatków: kształtuje zachowania zdrowotne w zakresie odżywiania, może również znacząco zwiększyć lub zmniejszyć udział w zajęciach charakteryzujących się małym wydatkiem energii, ponadto warunkuje dostęp do opieki zdrowotnej (Dudek i Kasznia-Kocot, 2016; Mazur, 2014).

Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) stanowią niezwykle ważne i rzetelne źródło informacji na temat zdrowia młodego pokolenia, zarówno w wymiarze krajowym, jak i międzynarodowym. W badaniach tych stosuje się mierniki statusu ekonomiczno-społecznego na poziomie rodziny oraz poziomie w okolicy miejsca zamieszkania. Ponadto obejmują one obszar zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej, jak również postrzegania przez badaną młodzież własnego zdrowia, stylu życia i szerokiego kontekstu społecznego, obejmującego środowisko szkolne, rodzinne i rówieśnicze. Sieć naukowców działających pod kierunkiem międzynarodowego koordynatora badań i krajowych koordynatorów (PI – Principal Investigator), współpracujących na zasadzie partnerstwa z Europejskim Biurem WHO, posługuje się wystandaryzowanym kwestionariuszem ankiety i obejmuje swoimi badaniami łącznie 49 krajów (Mazur, 2014; Mazur i in., 2011a). Kwestionariusz zawiera pytania o potwierdzonej trafności i rzetelności, a cykliczna realizacja badań pozwala na śledzenie tendencji i zachodzących zmian względem zdrowia w formie ujednoliconych raportów, dzięki którym można porównać wyniki badań populacji ogólnopolskiej z pogłębionymi badaniami wybranego regionu. Takie rozwiązanie przedstawia niniejsze opracowanie oparte na badaniach młodzieży Wrocławia, prowadzonych poza cyklem badań HBSC.

Za cel w niniejszym artykule przyjęto zidentyfikowanie zależności między zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu oraz ryzykownymi dla zdrowia deklarowanymi przez piętnastoletnią młodzież a warunkami życia i środowiskiem lokalnym.

2. Materiał i metoda

Materiał niniejszego artykułu stanowią dane uzyskane za pomocą badania ankietowego przeprowadzonego na celowej próbie uczniów w 34 szkołach we Wrocławiu. Placówki te zgłosiły swój udział w projekcie „Nowa jakość praktyk pedagogicznych”, realizowanym przez pracowników Zakładu Metodyki Szkolnego Wychowania Fizycznego AWF we Wrocławiu. Badanie ankietowe wykonano metodą audytoryjną. W początkowym etapie uzyskano pisemną zgodę na przeprowadzenia badania od Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych, a także dyrekcji poszczególnych szkół i rodziców badanej młodzieży.

W badaniu wzięło udział ogółem 1110 uczniów w wieku 15-16 lat (496 dziewcząt i 614 chłopców). Po weryfikacji materiału badawczego ostatecznie do badań zakwalifikowano wyniki 636 uczniów (404 dziewcząt i 232 chłopców).

W ocenie wybranych zachowań zdrowotnych posłużono się: Międzynarodowym Kwestionariuszem Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children. WHO Collaborative Study) (Mazur i in., 2011a).

1. Skala zasobów materialnych rodziny (FAS) – podstawę danej skali stanowią pytania o: „posiadanie samochodu przez rodzinę, własnego pokoju do dyspozycji ankietowanego ucznia, wyjazdów z rodziną na wakacje lub ferie poza miejsce zamieszkania, liczby komputerów w rodzinie” (Mazur i in., 2011b, s. 134). Skalę FAS podzielono na trzy przedziały: niska zamożność rodziny (tu wyróżniono dwie podgrupy: bardzo niska – wynik 0-1 pkt oraz niska – wynik 2-3 pkt); przeciętna zamożność rodziny (wynik 4-5 pkt); wysoka zamożność rodziny (wynik 6-7 pkt).

2. Skala nasilenia problemów w środowisku lokalnym – jej podstawę stanowią pytania dotyczące występowania w sąsiedztwie: „grup młodzieży stwarzającej problemy; śmieci, potłuczonego szkła, leżących wszędzie odpadów; zaniedbanych, zniszczonych domów i innych budynków” (Mazur i in., 2011b, s. 140). Nasilenie poszczególnych problemów (zjawisk) w otoczeniu odniesiono do trzystopniowej skali: znaczne (4-6 pkt), przeciętne (2-3 pkt) i małe (0-1 pkt). Tym razem wysoka punktacja oznacza duże nasilenie problemów w okolicy zamieszkania respondentów. Dane zaprezentowano w kolejności od stanu najgorszego do najlepszego celem nawiązania do zgodności interpretacji z pozostałymi miernikami statusu społeczno-ekonomicznego.

3. Percepcja kapitału społecznego w środowisku lokalnym – nawiązuje do „nieformalnej sieci relacji między członkami danej społeczności i siły istniejących między nimi więzi” (Mazur i in., 2011b, s. 142). Podstawę skali stanowią pytania, na które można było udzielić odpowiedzi w zależności od stopnia, w jakim respondent zgadza się lub nie z następującymi stwierdzeniami: „Ludzie pozdrawiają się

na ulicy i zatrzymują się, żeby ze sobą porozmawiać; małe dzieci mogą w ciągu dnia bezpiecznie bawić się poza domem; mam zaufanie do ludzi mieszkających w okolicy; jest tu wiele miejsc gdzie można spędzić wolny czas (centra handlowe, domy kultury, obiekty sportowe); mogę poprosić sąsiadów o pomoc lub drobną przysługę” (Mazur i in., 2011b s. 143). Sklasyfikowano wartość: niską (0-10), przeciętną (średnią, 11-15) i wysoką (16-20).

Indeks aktywności fizycznej (IAF) – AF podejmowana w ostatnich 7 dniach: umiarkowana do intensywnej AF (wskaźnik MVPA), intensywna AF (wskaźnik VPA) – częstość wykonywania ćwiczeń o dużej intensywności w tygodniu; czas trwania ćwiczeń o dużej intensywności w tygodniu. Uczniom zadano trzy pytania:

W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

Jak często w czasie wolnym poza zajęciami szkolnymi wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. „brakuje Ci tchu”, pocisz się?

Ile godzin w tygodniu poświęcasz w czasie wolnym poza zajęciami szkolnymi na ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. „brakuje Ci tchu”, pocisz się? (Mazur i in., 2011b s. 112)

Do każdego z tych pytań dodano trzy zmienne, prezentujące niski, średni i wysoki poziom zachowań. Pytanie o AF co najmniej 60 minut dziennie w ostatnich 7 dniach poszerzono o: poziom niski – ćwiczenia nie częściej niż 2 dni w tygodniu; poziom średni – od 3 do 6 dni w tygodniu; poziom wysoki – 7 dni w tygodniu. Pytanie o częstość wykonywania ćwiczeń o dużej intensywności w tygodniu doprecyzowano, dodając: poziom niski – ćwiczenia raz w miesiącu i rzadziej; poziom średni – ćwiczenia od 1 do 6 razy w tygodniu; poziom wysoki – codziennie. W pytaniu o czas trwania ćwiczeń o dużej intensywności w tygodniu wyodrębniono: poziom niski – brak ćwiczeń w ogóle; poziom średni – ćwiczenia 1 do 6 godzin dziennie, wysoki – 7 godzin lub więcej. Następnie dodano do siebie tak przekształcone zmienne, otrzymując 7 kategorii porządkowych informujących o stopniu aktywności fizycznej: od bardzo niskiego poziomu do bardzo wysokiego poziomu.

Zróznicowanie poziomu zachowań sedenteryjnych w czasie wolnym oparto na trzech zmiennych: czasie przeznaczonym na oglądanie telewizji (w tym wideo i DVD), czasie poświęconym na granie w gry na komputerze lub konsoli, a także czasie przeznaczonym na inne zajęcia z wykorzystaniem komputera (czat, korzystanie z Internetu, wysyłanie wiadomości e-mail). Wszystkie zmienne dotyczyły zarówno dni szkolnych, jak i weekendu. Obliczono przeciętną liczbę godzin dziennie spędzanych na siedząco, przy oglądaniu telewizji, graniu w gry na komputerze oraz korzystaniu z komputera w innych celach (czat, Internet, wysyłanie wiadomości e-mail). Następnie podzielono czas na trzy kategorie, wyznaczające przedziały z liczbą godzin spędzanych w pozycji siedzącej: poziom niski (korzyst-

ny) – spędzanie do 2 godzin dziennie w pozycji siedzącej; poziom średni – od 2 do 4 godzin dziennie, poziom wysoki – powyżej 4 godzin dziennie.

Zebrane w trakcie badań dane zostały poddane analizie w programie SPSS. W przypadku analiz korelacyjnych, których celem jest badanie oddziaływania jednej zmiennej na drugą lub powiązania dwóch cech ze sobą, wykorzystano test zależności chi-kwadrat Pearsona. Przy określonej liczbie stopni swobody oraz poziomie istotności test ten pozwala na weryfikację hipotezy o powiązaniu dwóch zmiennych ze sobą. W zastosowanych testach przyjęto poziom istotności nie większy niż 0,05 ($\alpha \leq 0,05$), co odpowiada prawdopodobieństwu popełnienia błędu I rodzaju nie większego niż 5%.

3. Wyniki

3.1. Aktywność fizyczna

Kapitał społeczny, rozumiany jako nieformalna sieć relacji i siła więzi między członkami lokalnej społeczności, istotnie różnicował zagrożenie niedoborem aktywności fizycznej u badanych 15-latków. Uczniowie, którzy odczuwali wysoki poziom kapitału społecznego (dzielnic, w których ludzie pozdrawiali się wzajemnie na ulicy, rozmawiali ze sobą, darzyli się zaufaniem i pomagali sobie wzajemnie), przejawiali wysoki poziom aktywności fizycznej. Śledząc podane wartości, można zaobserwować, że najmniejszy odsetek młodzieży spełniającej zalecenia dotyczące AF wystąpił u młodzieży o niskim odczuwanym poziomie kapitału społecznego. Jak wynika z danych (tabela 1), im wyższy poziom postrzegania kapitału społecznego, tym wyższy poziom aktywności fizycznej w kategorii najbardziej pożądanej dla zdrowia – codziennej aktywności fizycznej, zarówno umiarkowanej, jak i intensywnej. Nasilenie problemów w środowisku lokalnym oraz poziom zamożności rodziny nie wykazały istotnie statystycznych powiązań z AF.

3.2. Zachowania sedenteryjne

Na podstawie wyników badań w obszarze zróźnicowania zachowań zdrowotnych związanych z zajęciami charakteryzującymi się małym wydatkiem energii i przebywaniem w pozycji siedzącej ukazano, że im wyższy poziom warunków życia, tym korzystniejsze są zachowania sedenteryjne badanej młodzieży (tabela 2).

Zaleca się, aby dzieci i młodzież jak najmniej czasu wolnego poświęcały na zachowania sedenteryjne – przyjęto zatem, że oglądanie telewizji nie powinno przekraczać 2 godzin dziennie, zgodnie z wytycznymi Amerykańskiej Akademii Pediatrii. Odsetek młodzieży spędzającej czas wolny przed telewizorem i kom-

Tabela 1. Zróznicowanie aktywności fizycznej młodzieży ze względu na cechy społeczno-ekonomiczne rodziny i percepcję środowiska lokalnego (%)

Cechy społeczne	Poziom aktywności fizycznej (wskaźniki MVPA i VPA)						
	bardzo niski	niski	raczej niski	średni	raczej wysoki	wysoki	bardzo wysoki
Poziom zamożności rodziny (FAS)							
bardzo niski	0,0	16,7	25,0	41,7	16,7	0,0	0,0
niski	11,3	11,3	22,6	35,8	9,4	7,5	1,9
przeciętny	3,8	12,7	13,1	52,1	11,3	4,2	2,8
wysoki	4,3	9,0	20,0	46,7	13,7	4,7	1,7
ogółem	4,7	10,7	17,8	47,6	12,5	4,7	2,1
Chi-kwadrat Pearsona = 18,884, $df = 18$, $\alpha = 0,399$							
Nasilenie problemów w środowisku lokalnym							
znaczne	4,1	10,6	16,5	48,2	14,2	4,1	2,3
przeciętne	3,2	14,9	15,6	47,4	14,3	1,9	2,6
małe	7,7	6,2	24,6	44,6	12,3	4,6	0,0
ogółem	4,3	11,4	17,4	47,4	14,0	3,4	2,1
Chi-kwadrat Pearsona = 11,301, $df = 12$, $\alpha = 0,503$							
Poziom kapitału społecznego							
niski	4,8	11,6	23,1	42,9	12,2	4,8	0,7
przeciętny	5,5	11,7	17,8	48,3	11,4	3,7	1,5
wysoki	1,9	7,5	10,3	51,4	15,9	7,5	5,6
ogółem	4,7	10,9	17,8	47,5	12,4	4,7	2,1
Chi-kwadrat Pearsona = 22,599, $df = 12$, $\alpha = 0,031$							

Źródło: opracowanie własne.

puterem do 2 godzin dziennie jest największy (66,2%) wśród uczniów z rodzin o wysokim statusie materialnym. Tymczasem 2-4 godziny dziennie na zajęcia sedenteryjne przeznaczala grupa młodzieży z rodzin o niskim statusie materialnym.

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności zachowań sedenteryjnych od poziomu kapitału społecznego i nasilenia problemów w środowisku lokalnym.

3.3. Palenie tytoniu

Współzależność postrzegania kapitału społecznego w środowisku lokalnym z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia wykazano w aspekcie palenia tytoniu. Częściej palą papierosy 15-latkowie o wyższym poziomie postrzegania kapitału społecznego w środowisku lokalnym niż o niższym (tabela 3). Nie wykazano natomiast

Tabela 2. Zróźnicowanie poziomu zachowań sedenteryjnych badanej młodzieży ze względu na uwarunkowania społeczno-ekonomiczne rodziny i percepcję środowiska lokalnego (%)

Cechy społeczne	Poziom zachowań sedenteryjnych		
	wysoki	średni	niski
	od 4 godzin dziennie i więcej	2-4 godzin dziennie	do 2 godzin dziennie
Poziom zamożności rodziny (FAS)			
bardzo niski	0,0	46,7	53,3
niski	8,6	36,2	55,2
przeciętny	12,3	34,4	53,3
wysoki	6,6	27,1	66,2
ogółem	8,8	31,1	60,1
Chi-kwadrat Pearsona = 38,521, $df = 6$, $\alpha = 0,025$			
Nasilenie problemów w środowisku lokalnym			
znaczne	6,0	30,2	63,8
przeciętne	11,2	35,9	52,9
małe	9,0	29,9	61,2
ogółem	8,3	32,2	59,5
Chi-kwadrat Pearsona = 6,265, $df = 4$, $\alpha = 0,180$			
Poziom kapitału społecznego			
niski	11,8	31,4	56,8
przeciętny	7,4	32,2	60,4
wysoki	7,9	28,1	64,0
ogółem	8,7	31,2	60,1
Chi-kwadrat Pearsona = 3,735, $df = 4$, $\alpha = 0,443$			

Źródło: opracowanie własne.

istotnej statystycznie zależności palenia tytoniu od poziomu zamożności rodziny, mierzonej na skali FAS, oraz od nasilenia problemów w środowisku lokalnym.

3.4. Picie napojów alkoholowych

Badanych zapytano również o to, jak często piją napoje alkoholowe: piwo, wino, wódkę i inne napoje alkoholowe wysokoprocentowe, alkopopy lub jakkolwiek inne napoje zawierające alkohol. Wśród wszystkich badanych rodzajów alkoholu tylko w przypadku piwa wystąpiła istotna statystycznie zależność. Dla badanej młodzieży piwo stanowi napój alkoholowy o dużej frekwencji spożywania, po-

Tabela 3. Zróznicowanie poziomu palenia tytoniu przez badaną młodzież ze względu na uwarunkowania społeczno-ekonomiczne rodziny i percepcję środowiska lokalnego (%)

Cechy społeczne	Poziom palenia tytoniu	
	niski – ryzykowny dla zdrowia	wysoki
	palę tytoń	nie palę
Poziom zamożności rodziny (FAS)		
bardzo niski	12,5	87,5
niski	23,7	76,3
przeciętny	13,9	86,1
wysoki	12,5	87,5
ogółem	14,1	85,9
Chi-kwadrat Pearsona = 5,209, $df = 3$, $\alpha = 0,157$		
Nasilenie problemów w środowisku lokalnym		
znaczne	12,8	87,2
przeciętne	17,6	82,4
małe	19,4	80,6
ogółem	15,5	84,5
Chi-kwadrat Pearsona = 2,660, $df = 2$, $\alpha = 0,264$		
Poziom kapitału społecznego		
niski	16,9	83,1
przeciętny	11,7	88,3
wysoki	20,2	79,8
ogółem	14,7	85,3
Chi-kwadrat Pearsona = 5,904, $df = 2$, $\alpha = 0,049$		

Źródło: opracowanie własne.

zostałe napoje alkoholowe miały bardzo niskie wskazania spożywania. Większość uczniów nie piła innych rodzajów alkoholu. Zebrane dane dotyczące picia piwa wskazały na istotną statystycznie zależność od poziomu zamożności rodziny, mierzonej na skali FAS (tabela 4). Zróznicowania względem poziomu kapitału społecznego i nasilenia problemów w środowisku lokalnym nie stwierdzono w przypadku picia napojów alkoholowych.

4. Dyskusja

Dotychczas wiele ważnych badań koncentrowało się wokół różnic związanych z płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i ich związku z zachowaniami zdrowotnymi młodego pokolenia, warto jednak zwrócić uwagę na dodatkowy czynnik

Tabela 4. Zróżnicowanie poziomu picia alkoholu przez badaną młodzież ze względu na uwarunkowania społeczno-ekonomiczne rodziny i percepcję środowiska lokalnego (%)

Cechy społeczne	Poziom picia alkoholu (piwo)				
	bardzo niski	niski	średni	wysoki	bardzo wysoki
	codziennie	w każdym tygodniu	w każdym miesiącu	rzadko	nigdy
Poziom zamożności rodziny (FAS)					
bardzo niski	6,3	0,0	0,0	25,0	68,8
niski	3,4	8,5	6,8	30,5	50,8
przeciętny	0,0	3,9	3,9	29,4	62,8
wysoki	0,3	2,2	5,0	30,4	62,1
ogółem	0,6	3,4	4,6	29,9	61,4
Chi-kwadrat Pearsona = 26,648, $df = 12$, $\alpha = 0,009$					
Nasilenie problemów w środowisku lokalnym					
znaczne	0,4	4,7	5,1	32,1	57,7
przeciętne	1,7	2,8	4,5	33,5	57,4
małe	0,0	4,5	6,0	22,4	67,2
ogółem	0,8	4,0	5,0	31,2	58,9
Chi-kwadrat Pearsona = 6,659, $df = 8$, $\alpha = 0,574$					
Poziom kapitału społecznego					
niski	0,0	4,5	6,8	28,2	60,5
przeciętny	0,3	3,5	3,5	31,6	61,1
wysoki	2,6	1,8	5,3	28,1	62,3
ogółem	0,6	3,5	4,7	30,0	61,1
Chi-kwadrat Pearsona = 13,842, $df = 8$, $\alpha = 0,086$					

Źródło: opracowanie własne.

modelujący zachowania zdrowotne, jakim jest zamożność rodziny. Badania walidacyjne potwierdziły, że skala FAS dobrze opisuje sytuację materialną rodziny, dlatego rekomenduje się ją w badaniach ankietowych młodzieży szkolnej (Borraccino i in., 2009; Hobza i in., 2017, Kleszczowska i Dzielska, 2018; Mazur, 2012, 2013 b; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018; Wypych-Ślusarska, 2018). W cyklicznie powtarzanych międzynarodowych badaniach ankietowych HBSC zaobserwowano, że wzrost zamożności rodziny „wiąże się w dużej mierze z poprawą pozytywnych wskaźników zdrowia i oceny środowiska psychospołecznego nastolatków” (Mazur, 2014, s. 235).

Badania HBSC przeprowadzone w latach 2010-2014 wykazały, że nastoletnia młodzież pochodząca z rodzin lepiej sytuowanych charakteryzowała się wyższym

poziomem aktywności fizycznej, a także częściej realizowała zalecane jej minimum AF (60 minut dziennie). Wyższy status materialny rodziny zmniejszył także ryzyko zbyt długiego spędzania czasu przed szklanym ekranem w czasie wolnym (oglądania telewizji, korzystania z komputera i Internetu) (Mazur i in., 2011a; Mazur, 2014).

W wyniku przeprowadzonych badań wśród wrocławskich 15-latków nie stwierdzono istotnej różnicy między poziomem zamożności rodziny a poziomem aktywności fizycznej, zarówno umiarkowanej, jak i intensywnej. Istotność statystyczna pojawiła się jednak przy zachowaniach sedenteryjnych. Analizie poddano zarówno dni szkolne, jak i weekendowe, przyjmując, że czas poświęcony na oglądanie telewizji, granie w gry na komputerze/konsoli, korzystanie z Internetu nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie. Śledząc wartości poziomu zachowań sedenteryjnych do 2 godzin dziennie, można zaobserwować, że najwyższy odsetek (66,2%) wystąpił wśród uczniów o wysokim statusie materialnym rodziny.

Badania młodzieży szkolnej w Polsce (HBSC 2010-2014) nie wykazały związku między paleniem tytoniu a zamożnością rodziny. Czynnikiem najbardziej istotnymi były natomiast: płeć, struktura rodziny i miejsce zamieszkania. Nie wykazano także związku poziomu zamożności rodziny z częstotliwością picia alkoholu i upijania się 15-latków. Pojawiły się za to istotne różnice w grupie młodzieży 11-letniej – częściej upijali się uczniowie z rodzin skrajnie biednych i skrajnie zamożnych (Mazur, 2014).

Badania przeprowadzone wśród populacji wrocławskiej młodzieży wskazują, że prawie 24% palących tytoń nastolatków pochodzi z rodzin o niskim poziomie zamożności, jednak nie potwierdzono w danym aspekcie istotnej zależności, w przeciwieństwie do spożywania alkoholu. Alkohol jest substancją silnie uzależniającą, która inicjuje wiele problemów zdrowotnych. Interesującym wątkiem niniejszych badań jest to, że najbardziej pożądana odpowiedź – „nigdy”, świadcząca o niespożywaniu alkoholu przez 15-letnią młodzież, dotyczyła osób z rodzin o bardzo niskim poziomie zamożności. Jednocześnie najwięcej wskazań (6,3%) codziennego spożywania alkoholu również występuje w rodzinach o najniższym statusie materialnym. Wyniki te mogą stanowić powód do prowadzenia dalszych badań, koncentrujących się na mechanizmach badanych zależności.

W obszarze badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej także kapitał społeczny stanowi interesujący wątek. Wartość kapitału społecznego opiera się na wzajemnych stosunkach społecznych i zaufaniu jednostek. Część badaczy potwierdza istnienie związku kapitału społecznego ze zdrowiem fizycznym i psychicznym, inni podkreślają, że istotną wartością dla badań naukowych byłoby dodatkowe pogłębienie zdefiniowania kapitału społecznego, a także oddzielenie tego, czym jest, od jego efektów (Kawachi, Subramanian i Kim, 2008; Lindström, 2011;

Sampson, Raudenbush i Earls, 1997). Odmiennie stanowiska badaczy są wynikiem tego, że w wielu przypadkach ze zdrowiem korelują jedynie wybrane elementy kapitału społecznego, zatem nie można określić jednoznacznej zależności między niniejszym kapitałem a zdrowiem (Erenkfeit, 2010; Nyqvist, 2009). Mimo tego kapitał społeczny zdobył uznanie części badaczy społecznych i eksploruje wciąż nowe obszary, w tym największą wartość w życiu człowieka, jaką jest zdrowie.

Pozytywne relacje między członkami określonej społeczności oraz siła istniejących między nimi więzi (będąca elementem kapitału społecznego) mogą przyczynić się do zapobiegania chorobom poprzez dostarczenie wszechstronnej wiedzy o godnych naśladowania zachowaniach zdrowotnych. Mogą także przynieść odwrotny skutek, przybierając charakter destrukcyjny – gdy członkowie społeczności poddają się uzależnieniom, potęgując wśród dorastającej młodzieży błędne przekonanie, że zachowania ryzykowne dla zdrowia są „atrakcyjniejsze”, a przez to bardziej pożądane. Ponadto siła więzi w tym ostatnim przypadku często nie pozwala na przekroczenie norm grupy, w wyniku czego jej członkowie stają się osobami uzależnionymi (Erenkfeit, 2010; Gajewski, 2011b).

Badania przeprowadzone wśród mieszkańców Stanów Zjednoczonych potwierdziły związek między kapitałem społecznym a stosowaniem przez 12-17-letnią młodzież substancji psychoaktywnych. Okazało się, że im wyższy był stopień dezorganizacji życia w środowisku sąsiedzkiem, tym częściej nastolatki sięgali po zakazane substancje lub byli od nich uzależnieni. Natomiast respondenci deklarujący średni bądź wysoki kapitał społeczny rzadziej pili alkohol, rzadziej stosowali narkotyki i rzadziej uzależniali się od nielegalnych substancji (Winstanley i in., 2008).

Bezsprzecznie zaufanie do innych członków społeczności, umiejętność współpracy międzyludzkiej, pozytywne relacje, wsparcie okazywane przez innych mogą istotnie wspomagać zdrowie: umacniać pewność siebie, redukować stres, motywować do praktykowania prozdrowotnych aktywności (np. aktywności fizycznej) (Erenkfeit, 2010; Folland, 2007; Kim i in., 2006).

Badania zależności między kapitałem społecznym okolicy a aktywnością fizyczną, przeprowadzone zarówno w krajach europejskich, jak i w Stanach Zjednoczonych, ukazały istniejące mechanizmy. Nieformalna kontrola społeczna może zapobiec zachowaniom ryzykownym dla zdrowia poprzez: zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, skuteczność zbiorową – poprawę dostępu do zasobów aktywności fizycznej (utrzymywanie przestrzeni publicznych, parków, racjonalne zagospodarowanie przestrzeni rekreacyjnej), rozpowszechnianie zdrowych zwyczajów (np. obserwowanie społeczności lokalnej trenującej na siłowniach zewnętrznych lub uprawiającej jogging), wsparcie społeczne (grupowa gimnastyka, wspólne uczestnictwo w wycieczkach) (Pałęga, Jędrzejek i Synowiec-Piłat, 2019; Ueshima i in., 2010).

W wyniku badań przeprowadzonych w Polsce ukazano, że niski kapitał społeczny okolicy zamieszkania stanowił u nastoletnich chłopców istotny czynnik warunkujący niezadowolenie z życia, natomiast u dziewcząt przyczyniał się do ryzyka podwyższonego stresu. Wśród młodzieży wykazano również powiązania niskiego kapitału społecznego sąsiedztwa z deficytem aktywności fizycznej, regularnym (cotygodniowym) paleniem papierosów, epizodami upijania się czy przemocą w szkole (Wojtyniak i Mazur, 2016).

Podobnie jak w przypadku badań populacji ogólnopolskiej, również wśród wrocławskiej młodzieży zaobserwowano statystycznie istotny związek między niskim poziomem kapitału społecznego a deficytem aktywności fizycznej (szczególnie w najbardziej pożądaney kategorii – co najmniej 60 minut dziennie przez 7 dni w tygodniu). Tymczasem w aspekcie ryzykownego dla zdrowia palenia tytoniu wystąpiła odwrotna zależność – częściej palenie deklarowali uczniowie o wyższym poziomie postrzegania kapitału społecznego niż o niższym. Nie wykazano statystycznie istotnych związków poziomu kapitału społecznego z poziomem zachowań sedenteryjnych i częstotliwością picia alkoholu.

Percepcja nasilenia problemów w miejscu zamieszkania jest równie interesującym obszarem badawczym. Skala nasilenia problemów w miejscu zamieszkania nawiązuje do badań Kanadyjskiego Urzędu Statystycznego NLSCY (National Longitudinal Survey of Children and Youth in Canada), które śledzi rozwój i samopoczucie młodzieży od najmłodszych lat, koncentrując się na pozyskaniu informacji o czynnikach wpływających na rozwój społeczny, emocjonalny i behawioralny młodego pokolenia. W licznych badaniach ukazano, że percepcja otoczenia jest nawet silniejszym niż status materialny rodziny predyktorem wielu wskaźników zdrowotnych (Mazur, 2007; Mazur i in. 2011a).

Badania zagraniczne potwierdzają wpływ sąsiedztwa na zdrowie psychiczne i samopoczucie młodych ludzi. Powiązania najczęściej dotyczyły dobrego samopoczucia i eksternalizacji zachowań problemowych niż internalizacji tychże zachowań (Visser i in., 2020). Sąsiedztwo, w którym występował ograniczony dostęp do udogodnień, nieporządek, brak spójności społecznej, deprywacja, źle oddziaływało na stan zdrowia młodzieży (Poortinga Dunstan i Fone, 2007).

W badaniach HBSC młodzież zamieszkująca rejony zaniedbane niekorzystnie oceniała swoje zdrowie, wykazywała mniejszą aktywność fizyczną, częściej sięgała po zakazane substancje psychoaktywne (Mazur, 2007, 2010).

Pomimo często wykazywanych w krajowych i zagranicznych opracowaniach silnych związków między stopniem nasilenia problemów w środowisku lokalnym a zachowaniami zdrowotnymi, w niniejszym opracowaniu nie stwierdzono w danym aspekcie istotnych korelacji.

5. Wnioski

Zebrane dane dotyczące zachowań zdrowotnych wskazały na istotną statystycznie zależność od poziomu zamożności rodziny, mierzonej na skali FAS. Młodzież z rodzin o wyższym poziomie zamożności mniej czasu wolnego poświęcała na oglądanie telewizji, granie w gry komputerowe czy korzystanie z Internetu.

Wzrost poziomu zamożności rodziny nie zawsze w sposób jednoznaczny był związany z zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu. Niespożywanie alkoholu częściej dotyczyło młodzieży z rodzin o najniższym poziomie zamożności (69%), w rodzinach o niskim statusie materialnym odsetek ten stanowił 51%, a w rodzinach o najwyższym statusie ekonomicznym klasyfikował się na poziomie 62%.

Zachowania sprzyjające zdrowiu (najbardziej pożądane) w aspekcie zalecanej codziennej aktywności fizycznej częściej przejawiała młodzież o wysokim poziomie postrzegania kapitału społecznego w środowisku lokalnym. Stwierdzono istotną statystycznie zależność również w częstości palenia tytoniu – im wyższy deklarowano poziom postrzegania kapitału społecznego, tym wyższy był poziom stosowania danej używki.

Nasilenie problemów w środowisku lokalnym nie wykazało istotnej statystycznie zależności względem badanych zachowań zdrowotnych. Wyniki te mogą stanowić inspirację do pogłębienia w przyszłości analiz, ukierunkowanych na wyjaśnienie mechanizmów badanych istotności. Ponadto kolejne badania pozwolą na zaobserwowanie zmian zaistniałych na skutek izolacji w wyniku pandemii COVID-19.

Zaleca się zwrócić uwagę na rozwiązania wdrażane w programach krajowych i zagranicznych wspomagające kierunki działań: zapewnienia rodzinom odpowiednich warunków życia, stabilnego źródła dochodów, wsparcia lokalnej społeczności, skuteczność zbiorową w dostępie do zasobów np. aktywności fizycznej, poprawy dostępności edukacji na różnych szczeblach, rozpowszechniania zdrowych norm. Należy również śledzić wyniki ogólnopolskich oraz światowych badań w zakresie badanej problematyki. Propagowanie zachowań sprzyjających zdrowiu i monitorowanie zmian zachodzących w obszarze zdrowia młodzieży szkolnej trzeba uznać za inwestycję, która przyniesie wymierne korzyści zdrowotne, zarówno obecnie, jak i w przyszłości.

Bibliografia

- Borraccino, A., Lemma, P., Iannotti, R.J., Zambon, A., Dalmasso, P., Lazzeri, G., Giacchi, M. i Cavallo, F. (2009). Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(4):749-756. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181917722>

- Bucksch, J., Kopcakova, J., Inchley, J., Troped, P.J., Sudeck, G., Sigmundova, D., Nalecz, H., Borraccino, A., Salonna, F., Dankulincova Veselska, Z. i Hamrik, Z. (2018). Associations between perceived social and physical environmental variables and physical activity and screen time among adolescents in four European countries. *International Journal of Public Health*, 64(1), 83-94. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1172-9>
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. i Barnekow V. (red.) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- Dudek, M., Kasznia-Kocot, J. (2016). Wpływ czynników społeczno-ekonomicznych na zachowania zdrowotne nastolatków mieszkających w Rybniku. *Medycyna Środowiskowa*, 19(4), 40–47. <https://doi.org/10.19243/2016406>
- Erenkfeit, K. (2010). *Zdrowie a kapitał społeczny. Ujęcie teoretyczne i praktyczne*. W: A. Anczyk, K. Łaszczycza (red.), *Człowiek i jego środowisko* (s. 257-268). Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego
- Folland, S. (2007). Does „community social capital” contribute to population health? *Social Science and Medicine*, 64(11), 2342-2354. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.003>
- Gajewski, J. (2011a). Kapitał społeczny a nadużywanie alkoholu i zadowolenie z życia młodzieży. *Remedium*, 12, 4-5
- Gajewski, J. (2011b). Co wyjaśnia kapitał społeczny w badaniach dotyczących zdrowia? *Hygeia Public Health*, 46(4), 409-413
- Gracz, J. i Sankowski, T. (2007). *Psychologia aktywności sportowej*. Wydawnictwo AWF
- Hobza, V., Hamrik, Z., Bucksch, J. i Clercq, B. (2017). The Family Affluence Scale as an Indicator for Socioeconomic Status: Validation on Regional Income Differences in the Czech Republic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1540. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121540>. PMID: 29292773
- Inchley J., Currie D., Young T., Samdal O., Torsheim T., Augustson L., Mathison F., Aleman-Diaz A., Molcho M., Weber M., Barnekow V. (red.) (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being*. WHO, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf
- Jacennik, B. (2008). *Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko*. Vizja Press &It.
- Jackson, C.A., Henderson, M., Frank, J.W. i Haw, S.J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*, 34(Suppl 1), i31-i40. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr113>
- Kałamacka, E. (2013). Aktywność ruchowa w wyrównywaniu nierówności społecznych. W: Z. Dziubiński (red.), *Kultura fizyczna a nierówności społeczne* (s. 97-105), AWF, Salezjańska Organizacja Sportowa

- Kawachi, I., Subramanian, S. i Kim, D. (2008). *Social capital and health*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_1
- Kim, D., Subramanian, S.V., Gortmaker, S. L. i Kawachi, I. (2006). US state-and county-level social capital in relation to obesity and physical inactivity: a multilevel, multivariable analysis. *Social Science & Medicine*, 63(4), 1045–1059. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.017>
- Kleszczowska, D. i Dzielska, A. (2018). Aktywność fizyczna młodzieży. W: J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC* (s. 87-92). Instytut Matki i Dziecka
- Klimas, N. (2016). Zachowania zdrowotne młodzieży w aktualnym kontekście społecznym i ekonomicznym – przegląd wybranych koncepcji. W: A. Kaźmierczak, J.E. Kowalska, A. Maszorek-Szymala, A. Makarczuk (red.), *Pedagogiczny wymiar kultury fizycznej i zdrowotnej w życiu współczesnego człowieka* (s. 199-213). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
- Kopcakova, J., Dankulincova Veselska, Z., Madarasova Geckova, A., Bucksch, J., Nalecz, H., Sigmundova, D., van Dijk, J.P. i Reijneveld, S.A. (2017). Is a Perceived Activity-Friendly Environment Associated with More Physical Activity and Fewer Screen-Based Activities in Adolescents? *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 14(1), 1-8. <https://doi.org/10.3390/ijerph14010039>
- Kubiak, K. i Mickiewicz, P. (red.) (2009). *Bezpieczeństwo w szkole. Przewodnik dla nauczycieli*. Wydawnictwo TRIO
- Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved 25 October 2021 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lazzeri, G., Azzolini, E., Pammolli, A., Simi, R., Meoni, V. i Giacchi, M.V. (2014). Factors associated with unhealthy behaviours and health outcomes: a cross-sectional study among Tuscan adolescents (Italy). *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0083-5>
- Lindström, M. (2011). Social capital, desire to increase physical activity and leisure-time physical activity: A populationbased study. *Public Health*, 125(7), 442-447. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.01.015>
- Mazur, J. (red.) (2007). *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Wyniki badań HBSC 2006 w ujęciu środowiskowym*. Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur, J. (2010). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010*. Ośrodek Rozwoju Edukacji. <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/Mazur.pdf>
- Mazur, J. (2012). Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej w świetle najnowszych danych HBSC 2010. W: J. Mazur (red.), *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej* (wyd. 2, s. 225–248). Instytut Matki i Dziecka
- Mazur, J. (2013a). *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 9-17 lat, aktualne wskaźniki, tendencje ich zmian oraz wybrane zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowa-*

- nia. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży. <https://www.gov.pl/web/sport/aktywnosc-fizyczna-dzieci-i-mlodziezy>
- Mazur, J. (2013b). Skala Zasobów Materialnych Rodziny – badanie walidacyjne i proponowana modyfikacja. *Hygeia Public Health*, 48(2), 211-217. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013/hyg-2013-2-211.pdf>
- Mazur, J. (2014). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*. Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. (red.) (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Instytut Matki i Dziecka
- Mazur, J., Woynarowska, B., Małkowska-Szcutnik, A., Kołolo, H., Tabak, I., Kowalewska, A. i Dzielska, A. (2011a). *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Instytut Matki i Dziecka
- Mazur, J., Dzielska, A., Gajewski, J., Kołolo, H., Małkowska-Szcutnik, A., Mazur, J., Tabak, I. (2011b). *Wyniki badań HBSC 2010. Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. Instytut Matki i Dziecka
- Nałęcz, H. (2017). Edukacja do zwiększania aktywności fizycznej. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja i zdrowotna* (s. 381-393). Wydawnictwo Naukowe PWN
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. <http://www.dobreprogramyzdrowotne.pl/uploaded/file/prawo/NARODOWY%20PR%20ZDR2007-15.pdf>
- Nyqvist, F. (2009). *Social Capital and Health. Variations, Associations and Challenges*. Painosalama Oy. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45348/Nyqvist-Fredrica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Plichcińska, M. (2019). *Ćwiczę bo chcę. Program nauczania wychowania fizycznego dla liceum i technikum*. Wydawnictwo Impuls
- Pałęga, A., Jędrzejek, M. i Synowiec-Piłat, M. (2019). Rekreacyjna aktywność fizyczna jako kapitał dla zdrowia. Rozważania teoretyczne. W: A. Borcuch, M. Knefel, A. Krzysztofek (red.), *Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku* (s. 27-34). Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch
- Poortinga, W., Dunstan, F.D. i Fone, D.L. (2007). Perceptions of the neighbourhood environment and self rated health: a multilevel analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study. *BMC Public Health*, 7, 285. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-285>
- Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. i Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918-924. <http://www.jstor.org/stable/2892902>
- Ueshima, K., Fujiwara, T., Takao, S., Suzuki, E., Iwase, T., Doi, H. i Kawachi, I. (2010). Does social capital promote physical activity? A population-based study in Japan. *PLOS ONE*, 5(8), e12135. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012135>
- Warchoń, K. (2016). *Podstawy metodyki współczesnego wychowania fizycznego*. Wydawnictwo Oświatowe FOSZE
- Winstanley, E.L., Steiwachs, D.M., Ensminger, M.E., Latkin, C.A., Stitzer, M.L. i Olsen, Y. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treat-

- ment. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 173-82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.07.012>
- WHO (World Health Organization). (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. World Health Organization
- Woynarowska, B. (2010). Aktywność fizyczna w dzieciństwie i młodości. W: P. Podolec (red.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*. Wyd. Medycyna Praktyczna
- Woynarowska, B. (2021). *Edukacja i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN
- Woynarowska, B. i Małkowska-Szkutnik, A. (2017). Okres dzieciństwa i dorastania w kontekście potrzeb i realizacji edukacji zdrowotnej. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna* (s. 251-269). Wydawnictwo Naukowe PWN
- Wojtyński, B. i Mazur, J. (red.) (2016). *Spoleczne nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży w Polsce w świetle badań populacyjnych*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
- Wypych-Ślusarska, A., Czech, E., Kasznia-Kocot, J., Słowiński, J., Niewiadomska, E., Skrzypek, M. i Malinowska-Borowska, J. (2018). Health inequalities among students of lower secondary schools in Bytom, Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(1), 4-8. <https://doi.org/10.5604/12321966.1232771>
- Wysocki, M. i Miller, M. (2003). Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57(3), 505-512
- Visser, K., Bolt, G., Finkenauer, C., Jonker, M., Weinberg, D. i Stevens, G.W.J.M. (2020). Neighbourhood deprivation effects on young people's mental health and well-being: A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 270, 113542. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113542>

Variation in health behaviours of adolescents and its relationships with living conditions and perceptions of their local environment

Abstract. Health represents the most cherished personal and social value. In the field of research on health behaviours socio-economic factors relating to wealth, social standing and social capital are viewed as increasingly important. The underlying assumption is that social inequalities can exert, directly or indirectly, considerable influence on adolescents' health and future. The aim of this study was to identify correlations between health-enhancing and health-compromising behaviours reported by adolescents aged 15-16 and their living conditions and local residential environment. The study is based on data collected during a questionnaire survey involving a purposive sample of students, administered in 34 schools from Wrocław. Health behaviours were assessed using the questionnaire from the Health Behaviour in School-aged Children survey, a WHO collaborative cross-national survey with proven accuracy and reliability. Selected health behaviours reported by respondents were analysed with respect to their scores achieved on the Family Affluence Scale, the incidence of problems in their local residential environment and the perceived level of social capital in their local environment. It was found that adolescents from better-off families tended to spend less free time watching TV, playing computer games or using the internet. Higher FAS scores were not always correlated with health-enhancing behaviours. Adolescents with lowest FAS scores were least likely to drink alcohol. A high perceived level of

social capital in the local environment was found to be significantly correlated with the recommended daily level of physical activity. Moreover, the higher the perceived level of social capital, the more likely the respondents were to smoke tobacco. A higher incidence of problems in the local environment was not significantly correlated with health behaviours.

Keywords: health, youth, physical activity, living conditions, alcohol, tobacco smoking



Copyright and license: This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivatives 4.0 International (CC BY-ND 4.0) License, <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>