

Woitas-Ślubowska Donata, Żyźniewska-Banaszak Ewelina Skarpańska-Stejnborn Anna. Healthy behaviors among teenagers studying in schools in the urban and rural areas of Western Poland. 2016;6(10):699-713. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.223060> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4117>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 02.11.2016. Revised 22.11.2016. Accepted: 01.12.2016.

Zachowania zdrowotne nastolatków uczących się w szkołach miejskich i wiejskich Zachodniej Polski

Healthy behaviors among teenagers studying in schools in the urban and rural areas of Western Poland

Donata Woitas-Ślubowska¹, Ewelina Żyźniewska-Banaszak²,
Anna Skarpańska-Stejnborn³

¹ Wydział Kultury Fizycznej, Zdrowia i Turystyki, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

² Wydział Nauk o Zdrowiu Pomorski, Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wlkp., Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, gimnazjaliści, dziewczęta, chłopcy, wieś, miasto
Key words: healthy behavior, middle school students, girls, boys, rural area, urban area

Streszczenie

Wstęp: Zachowania antyzdrowotne są powiązane ze zwiększonym ryzykiem zachorowalności i umieralności. Ryzyko to ulega obniżeniu w przypadku modyfikacji zachowań, która jest możliwa w każdym okresie życia, jednak najskuteczniej przebiega w jego wczesnych fazach. Bardzo dobrze udokumentowany związek zachowań odnoszących się do zdrowia z zachorowalnością i umieralnością oraz możliwość skutecznej korekty tych zachowań sprawiają, że są one fundamentalne dla zdrowia publicznego.

Cele: Poznanie rozpowszechnienia zachowań antyzdrowotnych wśród chłopców i dziewcząt uczących się w gimnazjach wiejskich i miejskich Zachodniej Polski, a także wskazanie grup młodzieży, do których powinny być adresowane konkretne programy edukacji zdrowotnej. **Metoda:** Badaniem objęto 845 gimnazjalistów

(wiek 14-16 lat) uczących się w losowo wybranych gimnazjach miejskich oraz wiejskich na terenie Polski Zachodniej. Zastosowano technikę anonimowej ankiety audytoryjnej zawierającej 31 pytań zamkniętych dotyczących cech demograficznych, socjoekonomicznych oraz zachowań zdrowotnych. W analizie statystycznej zgromadzonych danych uwzględniono zależność między zachowaniami zdrowotnymi a płcią i miejscem nauki badanych.

Wyniki: Stwierdzono powszechne występowanie nieprawidłowych zachowań żywieniowych, a także – rzadziej - palenie tytoniu, spożywanie alkoholu i niską aktywność fizyczną. Miejsce nauki miało istotny związek z zachowaniami żywieniowymi chłopców i dziewcząt oraz z paleniem tytoniu i aktywnością fizyczną dziewcząt. Grupami największego ryzyka zdrowotnego były dziewczęta z gimnazjów miejskich oraz chłopcy z gimnazjów wiejskich.

Konkluzja: Nieprawidłowe zachowania w sferze zdrowia wskazują na konieczność prowadzenia systematycznej edukacji zdrowotnej gimnazjalistów, która powinna uwzględniać specyficzne potrzeby edukacyjne związane z płcią badanych oraz miejscem nauki.

Abstract

Introduction: Unhealthy behaviors are related to the increased risk of morbidity and mortality. Reduction of the risk is possible, although it requires modification of the unhealthy behaviors. This change is possible in all stages of life, however it is most effective in its early phases. A well documented correlation between health-related behaviors and morbidity and mortality makes them an important aspect of public health. **Aim:** The aim of this study was the recognition of health-related behaviors among boys and girls studying in the schools of the urban and rural areas of Western Poland and also pointing out a group of youth that should be targeted with specialized health education programmes.

Method: This study was conducted on a group of 845 middle school students (14-16 yrs), attending randomly selected middle schools in urban and rural areas located in the Western Poland. An anonymous auditory survey was conducted. The survey consisted of 31 close-ended questions about the demographic and socioeconomic status, and health-related behaviors. In this paper in the statistical evaluation of the accumulated data concerned relationships between health-related behaviors and gender and place of study.

Results: A widespread occurrence of unhealthy behaviors was observed. Many participants admitted to unhealthy nutritional habits, and, although less frequently, tobacco use, drinking alcohol and low physical activity. The area in which the students were located played an important part in the nutritional behaviors of boys and with the use of tobacco and the physical activity of girls. The group at the most risk of unhealthy behaviors were the girls studying in the urban middle schools and the boys studying in the rural middle schools.

Conclusion: The unhealthy behaviors are a reason for maintaining a regular health education of the middle school students. This education should consider specific educational needs related to the sex and students' place of study.

Wstęp

W krajach rozwiniętych główną przyczyną zachorowalności i umieralności oraz obniżenia jakości życia populacji są przewlekłe choroby niezakaźne: choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, cukrzyca, przewlekłe choroby obturacyjne płuc oraz astma. Wśród osób cierpiących z powodu tych chorób większość praktykuje zachowania niekorzystne dla zdrowia [Biswas i wsp. 2015, Ding i wsp. 2014].

Zdrowotne następstwa głównych zachowań antyzdrowotnych zostały obszernie udokumentowane w wielu badaniach epidemiologicznych prowadzonych w grupach ludności reprezentatywnych dla poszczególnych krajów [Schnohr i wsp. 2003, Levitz i wsp. 2004, Serdula i wsp. 2004, Peel i wsp. 2005, Mammen, Faulkner 2013, Blondell i wsp. 2014]. Światowa Organizacja Zdrowia oszacowała wpływ tych zachowań na występowanie różnych

chorób. Według szacunków, palenie tytoniu powoduje ponad 90% nowotworów płuc wśród mężczyzn oraz około 70% wśród kobiet, 56-80% przewlekłych chorób układu oddechowego oraz 22% chorób sercowo-naczyniowych. Choroby powiązane z piciem alkoholu dotyczą od 8-18% mężczyzn i 2-4% kobiet. Alkohol powoduje 20-30% nowotworów przełyku, wątroby, marskości wątroby, zabójstw, epilepsji i wypadków drogowych. Niedobór warzyw i owoców w diecie przyczynia się do około 19% nowotworów żołądkowo-jelitowych, 31% przypadków choroby niedokrwiennej serca i 11% udarów mózgu. Ponadto, w Europie 5-8% zgonów związanych jest z sedenteryjnym stylem życia [WHO 2002].

W Polsce zachorowalność na główne przewlekłe choroby niezakaźne jest większa niż w innych krajach (starej) Unii Europejskiej [Wojtyniak i wsp. 2005]. Przyczyną tych niekorzystnych trendów są, między innymi, niekorzystne warunki społeczno-ekonomiczne oraz znaczne rozpowszechnienie zachowań antyzdrowotnych: niskiej aktywności fizycznej, nieprawidłowego żywienia, palenia tytoniu i nadmiernego spożycia alkoholu [Worach-Kardas 2000, Laaksanen i wsp. 2001]. Meng i wsp. [1999] wykazali, że zdrowotne skutki wymienionych zachowań wzrastają wraz ze wzrostem liczby praktyk antyzdrowotnych. Według wymienionych autorów, kilka negatywnych zachowań występujących u jednej osoby może powodować większe zagrożenie zdrowia niż suma ryzyk oszacowanych dla pojedynczych zachowań.

Zachowania odnoszące się do zdrowia poddają się modyfikacji, a działania promujące zachowania prozdrowotne konkretnych grup ludności okazały się bardzo efektywne [Norman i wsp. 2007]. Liczne dowody powiązań między zachowaniami odnoszącymi się do zdrowia a ryzykiem zachorowalności i umieralności, a także wykazanie wpływu, jaki na to ryzyko wywiera modyfikacja zachowań, sprawiły, że zachowania odnoszące się do zdrowia uznawane są za fundamentalne dla zdrowia publicznego. Z tego względu podejmowane są liczne badania nad uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych, szczególnie ich korelacji z czynnikami demograficznymi i społeczno-ekonomicznymi. Poznanie tych czynników pozwala na opracowanie diagnozy oraz strategii wdrażania edukacji zdrowotnej nie tylko w wymiarze społecznym, ale także indywidualnym.

Zachowania zdrowotne kształtowane są w procesie wychowania i socjalizacji. Proces ten przebiega najskuteczniej we wczesnych etapach życia, kiedy dziecko chętnie przejmuje wzory zachowań z najbliższego otoczenia, a ukształtowane postawy i zachowania są kontynuowane w późniejszych latach. Postawy względem zdrowia ukształtowane w tym okresie życia mają najbardziej trwałe charakter [Mika 1986]. Ponadto, zachowania prozdrowotne ukształtowane

w dzieciństwie i młodości zmniejszają ryzyko zachorowania nie tylko w tych fazach życia, ale także w późniejszym okresie.

Celem podjętych badań było poznanie rozpowszechnienia zachowań antyzdrowotnych wśród chłopców i dziewcząt uczących się w gimnazjach wiejskich i miejskich Polski Zachodniej, a także wskazanie grup młodzieży, do których powinny być adresowane konkretne programy edukacji zdrowotnej.

Material i metoda

W kwietniu-maju 2015 roku badaniami objęto 845 osób w wieku 14-16 lat, uczniów gimnazjów w trzech województwach Polski Zachodniej (zachodniopomorskie, lubuskie, dolnośląskie). Zastosowano dwustopniowy system losowania. W pierwszym etapie, w każdym z województw wylosowano 5 gimnazjów wiejskich i 5 gimnazjów miejskich, w drugim – w gimnazjach wylosowano klasy, w których prowadzono badania. Uczniowie zostali poinformowani o celu badań. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Liczbę badanych, według płci i miejsca nauki, przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka liczebności badanej grupy gimnazjalistów

Liczba dziewcząt		Liczba chłopców		Liczba badanych ogółem
<i>miejskich</i>	<i>wiejskich</i>	<i>miejskich</i>	<i>wiejskich</i>	
278	161	241	166	845

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę anonimowej ankiety audytoryjnej. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał 31 pytań zamkniętych. Pytania dotyczyły cech demograficznych i socjoekonomicznych respondentów, ich zachowań zdrowotnych oraz poziomu i źródeł wiedzy na temat rekomendowanych zachowań zdrowotnych. W niniejszej pracy wykorzystano część zgromadzonego materiału, dotyczącą cech demograficznych (płeć, miejsce nauki) oraz głównych zachowań zdrowotnych (zachowania żywieniowe, palenie tytoniu, spożycie alkoholu, uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego i sporcie).

Analizę statystyczną zgromadzonego materiału przeprowadzono z uwzględnieniem płci badanych i miejsca nauki. Zastosowano test niezależności χ^2 Fisher'a z poprawką Yates'a. Weryfikacje hipotez statystycznych przeprowadzone były dla poziomu istotności $\alpha \leq 0,05$. W gromadzeniu materiału i jego analizie statystycznej wykorzystano programy komputerowe MS Excel 2000 Software i Statistica 10.0 PL Software.

Wyniki

Tabela 2 zawiera wyniki badań zachowań żywieniowych gimnazjalistów. Jako zachowania rekomendowane przyjęto: jadenie co najmniej czterech posiłków dziennie, codzienne spożywanie pierwszego oraz drugiego śniadania, a także konsumpcję co najmniej pięciu porcji warzyw i owoców każdego dnia. Wśród ogółu badanych wykazano, że prawie połowa spożywa mniej niż cztery posiłki dziennie oraz nie jada pierwszych lub drugich śniadań. Ponadto około dziewięć na dziesięć osób nie spożywa zalecanej liczby porcji warzyw i owoców. Wśród dziewcząt, odsetki uczennic, które nie spożywają czterech lub więcej posiłków oraz tych, które nie jadają drugich śniadań były istotnie wyższe w miastach niż na wsi (odpowiednio: $p \leq 0,001$ oraz $p \leq 0,05$). Wśród chłopców odsetki nie spożywających czterech lub więcej posiłków dziennie, nie jadających pierwszego śniadania oraz nie spożywających pięciu porcji warzyw i owoców dziennie, były istotnie wyższe na wsi niż w mieście (odpowiednio: $p \leq 0,01$, $p \leq 0,01$ oraz $p \leq 0,01$). Odsetki gimnazjalistów codziennie kupujących w szkolnych sklepikach słodczyce lub słodzone napoje były istotnie wyższe wśród uczennic i uczniów w miastach niż na wsi (odpowiednio: $p \leq 0,05$ oraz $p \leq 0,01$).

Tabela 2. Zachowania żywieniowe badanych gimnazjalistów

Lp.	Zachowanie żywieniowe	Dziewczęta		Chłopcy		Ogółem %
		Miejskie %	Wiejskie %	Miejscy %	Wiejscy %	
1.	Codziennie zjadam co najmniej 4 posiłki:					
	- nie	53,0	10,0	25,4	44,3	44,7
	- tak	47,0	90,0	74,6	55,7	55,3
	Chi ²	21,136 ***		8,141 **		100,0
2.	Codziennie jadam I śniadanie:					
	- nie	55,4	51,9	27,7	44,2	44,9
	- tak	44,6	48,1	72,3	53,8	55,1
	Chi ²	1,678		7,232**		100,0
3.	Codziennie jadam II śniadanie:					
	- nie	55,4	39,6	36,6	48,1	47,5
	- tak	44,6	60,4	63,4	51,9	52,5
	Chi ²	4,112 *		3,356		100,0
4.	Codziennie jadam co najmniej 5 porcji warzyw i owoców:					
	- nie	85,3	88,9	84,6	94,3	87,8
	- tak	14,7	11,1	15,4	3,7	12,2
	Chi ²	1,265		12,781 **		100,0
5.	Codziennie kupuję słodczyce lub słodzone napoje w szkole:					
	- nie	75,3	85,5	74,9	90,9	85,4
	- tak	24,7	14,5	25,1	9,1	14,6
	Chi ²	3,998 *		17,651 **		100,0

Legenda: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Wśród ogółu respondentów w okresie 30 dni poprzedzających badania około ¾ nie paliło papierosów, około 13% paliło okazjonalnie, a około 11% - codziennie. Wśród dziewcząt z gimnazjów wiejskich stwierdzono istotnie wyższy odsetek palących okazjonalnie, natomiast wśród uczennic gimnazjów miejskich wyższy odsetek palących codziennie ($p \leq 0,05$). Miejsce nauki nie miało istotnego związku z paleniem papierosów przez badanych chłopców (tabela 3, punkt 1).

Około 2/3 ogółu badanych w ostatnich trzydziestu dniach nie piło alkoholu, a 1/4 piła alkohol raz do kilku razy w miesiącu. Spożywanie alkoholu kilka razy w tygodniu lub codziennie potwierdziło około 7% respondentów. Wśród chłopców i dziewcząt częstotliwość spożywania alkoholu nie była istotnie związana z miejscem nauki (tabela 3, p. 2). W ostatnim miesiącu poprzedzającym badania w stanie upojenia alkoholowego było około 15% ogółu badanych. Odsetki te wahały się od około 11% do 18% i nie były istotnie zależne od miejsca nauki (tabela 3, punkt 3).

Tabela 3. Charakterystyka spożycia alkoholu i palenia tytoniu przez badanych gimnazjalistów

Lp.	Zachowanie zdrowotne	Dziewczęta		Chłopcy		Ogółem %
		Miejskie %	Wiejskie %	Miejscy %	Wiejscy %	
1.	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach:					
	- nie palę	75,0	72,6	74,5	84,9	76,0
	- palę okazjonalnie	10,7	20,8	13,8	9,4	13,2
	- palę codziennie	14,3	6,6	11,7	5,7	10,8
	Chi ²	6,128 *		3,488		100,0
2.	Spożycie alkoholu w ostatnich 30 dniach:					
	- nie piję alkoholu	72,3	73,6	58,4	70,0	67,9
	- piję raz do kilku razy/miesiąc	22,3	19,7	34,0	21,7	25,3
	- piję kilka razy/tydzień	4,0	5,7	3,7	2,8	4,0
	- piję alkohol codziennie	1,3	0,7	3,9	5,5	2,8
	Chi ²	1,126		3,166		100,0
3.	W ostatnich 30 dniach byłem w stanie upojenia alkoholowego:					
	- nie	84,4	88,7	82,2	84,9	84,7
	- tak	15,6	11,3	17,8	15,1	15,3
	Chi ²	0,531		0,628		100,0

Legenda: * $p \leq 0,05$

Analizie poddano uczestnictwo gimnazjalistów w lekcjach wychowania fizycznego i w zorganizowanych sportowych zajęciach pozalekcyjnych lub pozaszkolnych, a także odsetek badanych korzystających ze zwolnień lekarskich z lekcji wychowania fizycznego (tabela 4).

Tabela 4. Charakterystyka uczestnictwa badanych gimnazjalistów w lekcjach wychowania fizycznego oraz zorganizowanych pozalekcyjnych i pozaszkolnych zajęciach sportowych

Uczestnictwo w lekcji wychowania fizycznego oraz sporcie, zwolnienia lekarskie z wychowania fizycznego	Dziewczeta		Chłopcy		Ogółem %
	Miejskie %	Wiejskie %	Miejscy %	Wiejscy %	
- regularnie ćwiczę na lekcjach wf oraz na sportowych zajęciach pozalekcyjnych lub pozaszkolnych,	35,1	57,3	59,7	61,6	51,2
- regularnie ćwiczę na lekcjach wf,	37,0	27,3	31,3	32,2	32,1
- mam zwolnienie lekarskie z lekcji wf, ale regularnie biorę udział w zajęciach sportowych poza szkołą,	3,0	15,4	4,1	5,5	6,3
- jestem zwolniony z wf przez lekarza	24,9	0,0	2,9	0,7	10,4
Chi ²	12,816 **		0,871		100,0%

Legenda: ** $p \leq 0,01$

Stwierdzono, że w lekcjach wychowania fizycznego lub w lekcjach wychowania fizycznego i w zorganizowanych zajęciach sportowych w szkole lub poza szkołą (łącznie) uczestniczy około 83% ogółu badanych. Około 6% ogółu badanych nie uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego, ale uprawia sport poza szkołą, a ponad 10% potwierdziło, że jest zwolnione z lekcji wychowania fizycznego przez lekarza. Wśród chłopców rozkład odpowiedzi nie wykazywał istotnego związku z miejscem nauki. Stwierdzono natomiast istotną zależność między miejscem nauki dziewcząt a ich udziałem w lekcjach wychowania fizycznego i w zajęciach sportowych ($p \leq 0,01$). W porównaniu do dziewcząt z gimnazjów wiejskich, dziewczęta z gimnazjów miejskich częściej potwierdzały udział tylko w lekcjach wychowania fizycznego, a także częściej były zwalniane z tych lekcji przez lekarza. Dziewczęta z gimnazjów wiejskich charakteryzowały się wyższymi odsetkami uczestniczących w lekcjach wychowania fizycznego i sporcie oraz korzystających ze zwolnienia lekarskiego z lekcji wychowania fizycznego, ale regularnie uczestniczących na zajęcia sportowe poza szkołą (tabela 4).

Dyskusja

Celem niniejszych badań było ustalenie rozpowszechnienia wśród uczniów gimnazjów w Polsce Zachodniej głównych zachowań zdrowotnych oraz poznanie związków tych zachowań z płcią i miejscem nauki respondentów. Wyniki własnych badań poddano analizie na tle rezultatów prac innych autorów. Uwzględniono prace dotyczące podobnych grup wiekowych, młodzieży miejskiej i wiejskiej oraz wykorzystujące jako technikę badań anonimową ankietę.

Zachowania żywieniowe

Znaczenie odżywiania dla utrzymania zdrowia i prawidłowego rozwoju młodzieży jest bardzo dobrze udokumentowane [Rampersaud 2009]. Dieta dostosowana do potrzeb organizmu chroni przed występowaniem wielu chorób, zwłaszcza otyłości, zaburzeń odżywiania, próchnicy zębów, a w przyszłości przed występowaniem chorób układu krążenia, cukrzycy, osteoporozy i niektórych postaci nowotworów. Prawidłowe nawyki żywieniowe wpojone w dzieciństwie i okresie dorastania sprzyjają zdrowiu w młodości, a także są kontynuowane w późniejszych okresach życia [Vereecken i wsp. 2009].

W badanej grupie gimnazjalistów stwierdzono znaczne rozpowszechnienie nieprawidłowych zachowań żywieniowych, przede wszystkim: spożywanie zbyt małej liczby posiłków, nie jądanie pierwszych i drugich śniadań oraz zbyt niską konsumpcję warzyw i owoców. Takie same błędy żywieniowe wykazano także w innych grupach uczniów [Wajszczał i wsp. 2008, Świdarska-Kopach 2008, Marcysiak 2007, Jodkowska 2015].

Wśród młodzieży gimnazjalnej w Polsce Zachodniej mniej niż 4 posiłki dziennie spożywa 45% badanych. Zbyt małą liczbę posiłków istotnie częściej zgłaszały dziewczęta w mieście oraz chłopcy na wsi. Zalecanych co najmniej czterech posiłków dziennie nie spożywało także 22% gimnazjalistów warszawskich [Wajszczał i wsp. 2008].

Spożywanie pierwszego śniadania przed wyjściem do szkoły uznawane jest za bardzo ważne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu ucznia. Posiłek ten zwiększa dyspozycję do nauki, poprawia funkcje poznawcze i pamięć krótkoterminową [Rampersaud 2009]. Osoby, które nie jądają śniadania wykazują zwiększoną skłonność do spożywania wysokoenergetycznych przekąsek oraz słodzonych napojów, co sprzyja nadwadze i otyłości [Utter i wsp. 2007]. Z powyższych względów regularne spożywanie śniadania przed wyjściem do szkoły uważane jest za ważny element prawidłowego żywienia.

W badaniach własnych około 45% ogółu młodzieży nie jadało pierwszego śniadania, częściej były to dziewczęta niż chłopcy. Nieco korzystniejsze rezultaty uzyskano w międzynarodowych badaniach zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w Polsce HBSC przeprowadzonych w roku szkolnym 2013/14 w reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej (n=4545, wiek 11-15-lat). W grupie tej pierwszego śniadania w dniach nauki szkolnej nie jadało 36,1% ogółu respondentów, w tym 32,9% chłopców i 39,4% dziewcząt [Jodkowska 2015]. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach młodzieży gimnazjalnej w Ustrzykach Dolnych (37%) [Marcysiak 2007]. Jednak w Warszawie śniadań nie jadało tylko 2-7% gimnazjalistów (wiek 11-15 lat, n=1054) [Wajszczał i wsp. 2008]. W badaniach HBSC [Jodkowska 2015] oraz w badaniach własnych stwierdzono, że dziewczęta nie jądają

pierwszych śniadań częściej niż chłopcy, a w Polsce Zachodniej - także istotnie częściej chłopcy z miast niż wsi.

Nie spożywanie drugich śniadań zgłosiło około 48% młodzieży miejskiej i wiejskiej w Polsce Zachodniej, ale 78% gimnazjalistów w Ustrzykach Dolnych [Marcysiak 2007] i 45% gimnazjalistów warszawskich [Wajszczak i wsp. 2008].

W aktualnych zaleceniach żywieniowych dla dzieci i młodzieży podkreśla się pozytywną rolę owoców i warzyw w codziennej diecie, jako bogatego źródła składników mineralnych, witamin oraz błonnika. W badanej grupie codziennie jada zalecane 5 porcji warzyw i owoców 12% gimnazjalistów w Polsce Zachodniej. Podobny rezultat uzyskano w badaniach gimnazjalistów w Ustrzykach Dolnych, w których 15% ankietowanych spożywa 5 porcji warzyw i owoców dziennie [Marcysiak 2007]. W innych badaniach w ocenie spożywania warzyw i owoców zastosowano różne kategorie odpowiedzi, dlatego nie można bezpośrednio porównać uzyskanych wyników. Jednakże inni autorzy także stwierdzili niedobór warzyw i owoców w diecie gimnazjalistów. Wajszczak i wsp. [2008] wykazali w badaniach młodzieży warszawskiej, że 75% respondentów spożywa te produkty najczęściej w obiedzie, a także, że dziewczęta, częściej od chłopców, spożywały je w każdym posiłku. Badania gimnazjalistów w Gorzowie Wlkp. (n=1269) potwierdziły, że świeże owoce spożywało codziennie 43,7% dziewcząt i 39,8% chłopców, natomiast surowe warzywa codziennie spożywało 28,9% ogółu, a kilka razy w tygodniu 50% [Świdowska-Kopacz 2008]. W badaniach HBSC wykazano, że częściej niż jeden raz dziennie spożywa warzywa i owoce 13,6% respondentów, a także stwierdzono korzystniejsze zachowania dziewcząt oraz młodzieży w miastach [Dzielska 2015].

W diecie dzieci i młodzieży wskazane jest ograniczanie produktów oraz napojów wysoko przetworzonych i dosładzanych, które w największym stopniu przyczyniają się do występowania nadwagi i otyłości oraz do chorób jamy ustnej [Utter i wsp. 2007]. Zwiększonej konsumpcji tych produktów i napojów sprzyja ich powszechna dostępność.

W badaniach własnych stwierdzono, że codziennie kupuje słodczyce lub słodzone napoje w sklepiku szkolnym około 55% ogółu gimnazjalistów, odsetki te były istotnie wyższe wśród dziewcząt i chłopców z miast niż wsi. Badania HBSC, w których analizowano spożycie słodczych i słodzonych napojów, potwierdziły, że częściej niż 1 raz dziennie spożywa te produkty 14,9% respondentów, a dziewczęta spożywają je częściej od chłopców [Dzielska 2015].

Palenie tytoniu

Palenie tytoniu to główny czynnik zagrażający zdrowiu społeczeństw w krajach rozwiniętych, zwiększający, między innymi, ryzyko chorób układu krążenia i układu oddechowego (w tym POChP) oraz nowotworów. Konsekwencje palenia tytoniu rosną wraz z wydłużeniem okresu palenia i intensywnością [Benowitz 2010, DiFranz i wsp. 2000]. W przypadku młodzieży uzależnienie może rozwinąć się w krótszym czasie i przy znacznie niższych dawkach nikotyny. Ponadto wczesna inicjacja nikotynowa zwiększa ryzyko palenia tytoniu w przyszłości i wykazuje związek z podejmowaniem przez młodzież innych zachowań niekorzystnych dla zdrowia [Kowalewska 2013].

W licznych badaniach prowadzonych w ostatnich latach w Polsce stwierdzono bardzo zbliżone odsetki gimnazjalistów palących papierosy. W badaniach HBSC wykazano, że papierosy pali 23,2,4% ogółu respondentów [Kowalewska 2015], w Polsce Zachodniej 24%, w Gorzowie Wlkp. 21% [Świdarska-Kopacz 2007], a w Białymstoku 15% [Kanicka i Szpak 2008]. Większe różnice dotyczą wyników badań intensywności palenia przez dziewczęta i chłopców, a także palenia przez młodzież z różnych środowisk. W badaniach HBSC wykazano codzienne palenie w przypadku 9,8% (podobne wśród dziewcząt i chłopców), potwierdzono także istotny wpływ miejsca zamieszkania na rozpowszechnienie palenia: w miastach częściej palą dziewczęta, a na wsi – chłopcy [Kowalewska 2015]. Codzienne palenie papierosów dotyczy 11% ogółu respondentów w Polsce Zachodniej, 6% chłopców w Białymstoku [Kanicka i Szpak 2008], a wśród gimnazjalistów w Gorzowie Wlkp.- 14,5% w klasach pierwszych i 26,7% w klasach trzecich [Świdarska-Kopacz 2007].

Niewielu autorów badało różnice w rozpowszechnieniu palenia wśród gimnazjalistów miejskich i wiejskich. W badaniach własnych stwierdzono, że w mieście pali 25% dziewcząt i 25% chłopców, a na wsi odpowiednio: 27% i 15%. Wśród chłopców środowisko nauki nie ma istotnego związku z intensywnością palenia papierosów, wśród dziewcząt na wsi częściej występuje palenie okazjonalne, a w mieście codzienne. Jednak Szczepańska i wsp. [2010] uzyskali odmienne rezultaty. Według wymienionych autorów, w mieście pali ogółem 31% gimnazjalistów (częściej dziewczęta), a na wsi 10% (częściej chłopcy).

Spożycie alkoholu

Alkohol jest najczęściej używanym przez młodzież środkiem psychoaktywnym. Bardzo intensywne i częste picie alkoholu uważane jest za szczególnie szkodliwe i zwiększające ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji dla zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego [Song i wsp. 2012]. Intensywne picie alkoholu ma negatywny wpływ na rozwój i funkcjonowanie mózgu, powodując między innymi zaburzenia pamięci i uczenia się,

kontrolowania impulsów, podejmowania decyzji i planowania [Squeglia i wsp. 2014]. Używanie alkoholu przez nastolatków może być przyczyną niepowodzeń szkolnych oraz zaburzonych relacji koleżeńskich i rodzinnych. Wiele badań wskazuje na silny związek picia alkoholu z innymi zachowaniami problemowymi, jak kontakty płciowe bez zabezpieczenia, zachowania agresywne, większa podatność na wypadki i urazy [Kuntsche, Kuendig 2006, Jovic-Vranes i wsp. 2005]. Wczesna inicjacja alkoholowa zwiększa ryzyko uzależnienia w wieku dorosłym [Schulenberg, Maggs 2002].

Ogólnopolskie badania HBSC wykazały, że w grupie 15-latków 57,4% ogółu nigdy nie pije alkoholu, w każdym tygodniu pije 3,3%, a codziennie 3,1% [Dzielska 2015]. W Polsce Zachodniej w ostatnim miesiącu nie piło alkoholu około 68% ogółu gimnazjalistów (wiek 14-16 lat), kilka razy w tygodniu piło alkohol 4%, a codziennie 2,8%. Codzienne spożywanie alkoholu przez 3% młodzieży 12-17-letniej (n=6591) stwierdził także Wojtyła i wsp. [2010].

W badaniach własnych intensywność spożywania alkoholu nie miała istotnego związku z płcią i miejscem nauki badanych. Analogiczne rezultaty uzyskano w badaniach Szczepańskiej i wsp. [2010]. Częściowo odmienne rezultaty uzyskano w badaniach HBSC, w których w grupie 15-latków stwierdzono, że chłopcy piją alkohol intensywniej od dziewcząt, oraz, że wśród dziewcząt rozpowszechnienie picia alkoholu jest mniejsze na wsi niż w mieście [Dzielska 2015].

Jak wykazały badania własne, w stanie upojenia alkoholowego w ostatnich 30 dniach było około 15% gimnazjalistów. Bycie w stanie upojenia alkoholowego ponad 10 raz w życiu potwierdziło także 12,8% chłopców i 4,6% dziewcząt w ogólnopolskich badaniach HBSC (dotyczy 15-latków) [Dzielska 2015]. Odsetek młodzieży upijającej się wzrasta wraz z wiekiem. Na podstawie badań 1017 gimnazjalistów z różnych środowisk wykazano, że w I klasie upija się 17,3% chłopców, a w III - 48,2%. Wśród dziewcząt odpowiednio: 22,2% i 44,9% [Bobrowski 2005].

Udział w lekcjach wychowania fizycznego i sporcie

Codzienna, odpowiednia do wieku i stanu zdrowia, aktywność fizyczna jest konieczna dla zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia w każdym okresie życia. Dla dzieci i młodzieży jest ona czynnikiem stymulującym prawidłowy rozwój oraz kształtującym całościową potrzebę troski o ciało i zdrowie [Janssen, LeBlanc 2010]. Cel ten jest realizowany w procesie szkolnego wychowania fizycznego na wszystkich etapach edukacji.

Analiza uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego prowadzona w różnych grupach gimnazjalistów wykazała dużą zgodność wyników badań prowadzonych przez poszczególnych autorów. Regularny udział w tych lekcjach potwierdziło: 85,5% dziewcząt

oraz 93,6% chłopców w Warszawie [Tyburcy 2015], 96% ogółu gimnazjalistów w Polsce [Chabros i wsp. 2008], 90% badanych ze wsi i 86% z miast (n=9360) [Wojtyła i wsp. 2011], 94,8% ogółu gimnazjalistów w Gdańsku [Witana, Szpak 2009], a także 83,3% ogółu gimnazjalistów w Polsce Zachodniej. Należy więc uznać, że obowiązkowe lekcje wychowania fizycznego stanowią powszechną formę aktywności fizycznej gimnazjalistów.

Głównym, deklarowanym powodem nieuczestniczenia w lekcjach wychowania fizycznego są przyczyny zdrowotne. W warszawskich gimnazjach przyczynę taką podaje 61,5% chłopców i 68,4% dziewcząt. Równocześnie w zorganizowanych, pozalekcyjnych zajęciach sportowych uczestniczy regularnie 54,4% chłopców i 47,6% dziewcząt [Tyburcy 2015]. Chabros i wsp. [2008] wykazali na podstawie badań warszawskiej młodzieży w okresie pokwitania, że zwolnienia z lekcji wychowania fizycznego otrzymało 3,2% chłopców i 4,3% dziewcząt. W badanej przez wymienionych autorów grupie udział w dodatkowych zajęciach sportowych potwierdziło: 38,4% chłopców i 34,7% dziewcząt. W innych badaniach stwierdzono zwolnienia lekarskie z lekcji wychowania fizycznego w przypadku 2% gimnazjalistów w Polsce [Wojtyła i wsp. 2011] oraz 5,2% wśród gimnazjalistów w Gdańsku [Witana, Szpak 2009]. Własne badania gimnazjalistów w Polsce Zachodniej wykazały, że zwolnienia lekarskie dotyczyły 10,4% ogółu badanych, a także 6,3% uczniów, którzy otrzymali zwolnienie lekarskie z wychowania fizycznego, ale uczestniczyli regularnie w sportowych zajęciach poza szkołą. W Polsce Zachodniej wykazano istotne różnice środowiskowe w odsetkach dziewcząt zwolnionych z lekcji wychowania fizycznego przez lekarza: w mieście zwolnienie takie uzyskało 25% dziewcząt, na wsi 3%. Różnice dotyczyły także odsetka dziewcząt zwolnionych z lekcji przez lekarza, ale uczestniczących w zajęciach sportowych poza szkołą: w mieście było to 3%, a na wsi 15% dziewcząt.

Przedstawiona dyskusja wyników badań pozwala na stwierdzenie, że wśród młodzieży gimnazjalnej w Polsce Zachodniej rozpowszechnienie zachowań niekorzystnych dla zdrowia jest podobne jak w innych regionach Polski, jednak uwarunkowania badanych zachowań związane z płcią i miejscem nauki są specyficzne dla konkretnych środowisk.

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi mają znaczenie poznawcze i praktyczne. Ich wartość poznawcza wiąże się z dostarczeniem istotnych danych o funkcjonowaniu jednostki w jednej z ważniejszych sfer jej życia, jaką jest zdrowie, a także z wzbogaceniem wiedzy o behawioralnych uwarunkowaniach potencjału zdrowotnego człowieka. Informacje o zachowaniach związanych ze zdrowiem i determinantach tych zachowań mają także znaczenie praktyczne, są bowiem niezbędne w konstruowaniu programów interwencyjno-promocyjnych i skutecznej ich realizacji.

Wnioski

- W badanej grupie gimnazjalistów stwierdzono duże rozpowszechnienie zachowań szkodliwych dla zdrowia, szczególnie nieprawidłowych zachowań żywieniowych, palenia tytoniu i spożywania alkoholu.
- Miejsce nauki wykazywało istotny związek z zachowaniami żywieniowymi dziewcząt i chłopców, a także z paleniem tytoniu i aktywnością fizyczną dziewcząt. Grupami największego ryzyka zdrowotnego są dziewczęta z gimnazjów miejskich oraz chłopcy uczący się na wsi.
- Stwierdzone nieprawidłowe zachowania w sferze zdrowia wskazują na konieczność prowadzenia systematycznej edukacji zdrowotnej gimnazjalistów, która powinna uwzględniać specyficzne potrzeby edukacyjne związane z płcią badanych oraz miejscem nauki.

Bibliografia

Biswas A., Oh P.I., Faulkner G.E., Bajaj R.R., Silver M.A., Mitchell M.S., et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2015; 162: 123-132.

Benowitz N.L. Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine* 2010; 362(24): 2295–2303.

Blondell S.J., Hammersley-Malher R., Veerman J.I. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health* 2014; 14: p.510-517.

Bobrowski K. Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania problemowe młodzieży gimnazjalnej. Zmiany pomiędzy 14. A 16. rokiem życia. *Alkoholizm i Narkomania* 2005; 18(1-2): 27-38.

Chabros E., Charzewska J., Rogalska-Niedźwiedz M., Wajszczyk B., Chwojnowska Z., Fabiszewska J. Mała aktywność fizyczna młodzieży w wieku pokwitania sprzyja rozwojowi otyłości. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(1): 458-61.

DiFranz J.R., Rigotti N.A., McNell A.D. et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control* 2000; 9: 313–319.

Ding D., Zhong X., Lau J.T., Oldenburg B. Behavioral medicine and prevention of non-communicable diseases in China: current challenges and future directions. *Int J Behav Med* 2014; 21: 584-589.

Dzielska A. Spożywanie wybranych produktów. [W:] J. Mazur (red.) *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, 176-186.

Janssen J., LeBlanc A. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2010; 7: 40–56.

- Jodkowska M. Spożywanie śniadań. [W:] J. Mazur (red.) Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, 138-145.
- Jovic-Vranes A.S., Vranes B., Marinkovic J., Cucic V. Adolescent substance abuse, the importance of family, school and peers: data from the health behaviour in school children. *Sozial und Präventivmedizin* 2005; 50(2): 119–124.
- Kanicka M., Szpak A. Rozpowszechnienie i uwarunkowania środowiskowe palenia tytoniu wśród młodzieży gimnazjalnej w Białymstoku. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(3): 423-426.
- Kowalewska A. Palenie tytoniu przez dziewczęta w okresie dorastania w kontekście uwarunkowań psychospołecznych. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2013.
- Kowalewska A. Palenie tytoniu. [W:] J. Mazur (red.) Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, 169-175.
- Kuntsche E.N., Kuendig H. What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance Use & Misuse* 2006; 41(1): 71–86.
- Laaksonen M., Mcalister A., Laatikainen T., Drygas W., Morava E., Nüssel E., Oganov R., Pardell H., Uhanov M., Puska P. Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European East-West gap in health status? *Eur J Public Health* 2001; 11: 65-73.
- Levitz J.S., Bradley T.P., Golden A.L. Overview of smoking and all cancers. *Med Clin North Am* 2004; 88:1655-75.
- Mammen G., Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med* 2013; 45: 649-657.
- Marcysiak J.T., Ciosek A., Żywicka M., Prządak E., Banasiewicz D., Zagroda M., Ostrowska B., Skotnicka-Klonowicz A. Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna klas sportowych i ogólnych w Ustrzykach Dolnych. *Nurses Topics* 2009; 17(3): 216-222.
- Meng L., Maskarinec G., Lee J., Kolonel L.N. Lifestyle factors and chronic diseases: application of a composite risk index. *Prev Med* 1999; 29: 296-304.
- Mika S. Psychologia społeczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1984.
- Moreno L.A., Gottrand F., Huybrechts I. et al. Nutrition and lifestyle in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study, *Advances in Nutrition* 2014; 5(5): 615S–623S.
- Norman G.J., Zabinski M.F., Adams M.A., Rosenberg D.E., Yaroch A.L., Atienza A.A. A review of e-health interventions for physical activity and dietary behavior change. *Am J Prev Med* 2007; 33(4): 336-345.
- Peel N.M., McClure R.J., Bartlett H.P. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med* 2005; 28(3): 298-304.
- Rampersaud G.C. Benefits of breakfast for children and adolescents. Update and recommendations for practitioners. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2009; 3(2): 86–103.
- Schnohr P., Scharling H., Jensen J.S. Changes in leisure-time physical activity and risk of death: an observational study of 7,000 men and women. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 639-644.
- Schulenberg J.E., Maggs J.L. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol* 2002; (S14): 54–70.
- Serdula M.K., Gillespie C., Kettel-Khan L., Farris R., Seymour J., Denny C. Trends in fruit and vegetables consumption among adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1994-2000. *Am J Public Health*. 2004; 94(6): 1014-1018.

- Song E.Y., Smiler A.P., Wagoner K.G. et al. Adolescents' Perceptions of Peer, Parent, and Community Alcohol Norms, Alcohol Consumption, and Alcohol-Related Consequences. *Substance Use & Misuse* 2012; 47: 86–98.
- Squeglia L.M., Jacobus J., Tapert S.F. The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. *Handbook of Clinical Neurology* 2014; 125: 501–510.
- Szczepańska E., Matjeka T., Bielaszka A., Niedworek E. Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej na przykładzie środowiska miejskiego i wiejskiego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2010; 64(1/2): 35-47.ki wsp. 2010,
- Świdarska-Kopacz J., Marcinkowski J.T., Jankowska K. Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. I: Palenie tytoniu. *Probl Hig Epidemiol* 2007; 88(4): 441-445.
- Świdarska-Kopacz J., Marcinkowski J.T., Jankowska K. Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. IV: Sposób żywienia. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(2): 241-245.
- Tyburcy M. Czas wolny i aktywność fizyczna uczniów warszawskich szkół publicznych. *Akademia Wychowania Fizycznego*, Warszawa 2015, praca doktorska.
- Verecken C., Pedersen T.P., Ojala K. et al. Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *European Journal of Public Health* 2015; 25(Suppl. 2): 16–19.
- Wajszczak B., Chabros E., Charzewska J., Rogalska-Niedźwiedz M., Chojnowska Z., Fabiszewska J. Jakościowa ocena sposobu żywienia młodzieży w wieku pokwitania. *Probl Hig i Epidemiol* 2008; 89(1): 85-89.
- Witana K., Szpak A. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne aktywności fizycznej młodzieży szkół średnich w Białymstoku. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90(1): 44-47.,
- Wojtyła A., Bojar I., Biliński P. Problem spożywania alkoholu wśród młodzieży w Polsce. *Medycyna Ogólna* 2010; 16(45): 572-575.
- Wojtyła A., Bojar I., Biliński P. Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce. *Probl Hig Epidemiol* 2011; 92(2): 335-342.
- Wojtyniak B., Goryński P., Kuszewski K., Wysocki M.J. Health situation of the population of Poland in the aspect of expected results on the National Health Programme implementation. *Zdr Publ* 2005; 115(2): 125-131.
- Worach–Kardas H. Stan zdrowia ludności dorosłej w Polsce w świetle badań empirycznych. [W:] W. Drygas, I. Maniecka-Bryła, M. Bryła (red.): *Postępy w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych. Materiały IV Seminarium CINDI, Spała 28-29 October 1999, Łódź, 2000*, 89-97.
- World Health Organization. *The world health report: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO, 2002.
- Utter J., Scragg R., Mhurchu C.N., Schaaf D. At-home breakfast consumption among New Zealand children: associations with body mass index and related nutrition behaviors. *Journal of American Dietetic Association* 2007; 107: 570–576.