



**UNIWERSYTET MARIII CURIE-SKŁODOWSKIEJ
W LUBLINIE**

Wydział Pedagogiki i Psychologii

mgr Alicja Plewa

**Aktywność fizyczna w strukturze zachowań
zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej**

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Janusza Kirenki

Lublin 2020

*Szczególne podziękowania
kieruję do Pana Prof. dr hab. Janusza Kireni,
za wsparcie udzielane mi podczas pisania niniejszej pracy
i szereg cennych wskazówek,
dzięki którym uzyskała ona ostateczny kształt*

*Rośnie nowe pokolenie,
nowa wznosi się fala.
Idą z wadami i zaletami.
Dajcie warunki, by wzrastali lepsi
(Janusz Korczak)*

Spis treści

Wstęp	13
Rozdział I Teoretyczny kontekst problematyki badawczej – podstawowe pojęcia...	18
1. Struktura zachowań zdrowotnych.....	18
1.1. Zdrowie.....	18
1.1.1. Pojęcie Zdrowia.....	18
1.1.2. Wymiary zdrowia i jego uwarunkowanie	27
1.2. Zachowania zdrowotne.....	33
1.2.1. Definiowanie zachowań zdrowotnych	33
1.2.2. Podział zachowań zdrowotnych	35
1.2.3. Uwarunkowanie zachowań zdrowotnych.....	39
1.2.4. Kształtowanie i zmiana zachowań związanych ze zdrowiem.....	43
1.2.5. Wartości i ich związek z zachowaniami zdrowotnymi	48
1.2.6. Zachowania zdrowotne jako element prozdrowotnego stylu życia	52
2. Aktywność fizyczna.....	54
2.1. Pojęcie aktywności fizycznej.....	55
2.2. Metody oceny aktywności fizycznej	58
2.3. Rola aktywności fizycznej w życiu osobniczym	58
2.4. Aktywność a sprawność fizyczna	61
3. Wybrane aspekty okresu wczesnej adolescencji	67
4. Stan zdrowia młodzieży szkolnej	74
Rozdział II Założenia metodologiczne badań własnych.....	79
1. Przedmiot i cele badań	80
2. Problemy badawcze	81
3. Hipotezy robocze	82
4. Zmienne i wskaźniki	83
5. Metoda, techniki i narzędzia badawcze	87
5.1. Kwestionariusz Badań Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej (HBSC)	88
5.2. Kwestionariusz Listy Kryteriów Zdrowia Z. Juczyńskiego	89
5.3. Kwestionariusz Listy Wartości Osobistych Z.Juczyńskiego.....	90
5.4. Test przesiewowy Moderate to Vigorous Physical Activity J. J. Prochaski I J.F. Sallisa.....	91
5.5. Metoda Functional Movement Screen G. Cooka	91

6. Organizacja i przebieg badań	94
7. Metody analizy statystycznej	96
Rozdział III Analizy statystyczne zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w kontekście płci.....	98
1. Wybrane wskaźniki społeczno-demograficzne badanej grupy	98
2. Sytuacja zdrowotna badanej młodzieży	104
3. Zachowania prozdrowotne badanej grupy	116
3.1. Aktywność fizyczna	116
3.1.1. Ocena podstawowych wskaźników aktywności fizycznej.....	119
3.1.2. Inne aspekty aktywności fizycznej	124
3.1.2.1. Aktywna droga do szkoły	124
3.1.2.2. Uczestnictwo w obowiązkowych i pozaszkolnych zajęciach ruchowych.....	125
3.1.2.3. Bariery i przeszkody utrudniające podejmowanie aktywności fizycznej	136
3.1.2.4. Motywacje podejmowania aktywności fizycznej	138
3.2. Czas wolny - sposoby jego spędzania.....	140
3.3. Zachowania związane z odżywianiem	153
3.3.1. Spożywanie pierwszego i drugiego śniadania	154
3.3.2. Spożywanie produktów korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia.....	157
3.4. Nawyki związane z codzienną higieną	164
4. Zachowania destrukcyjne badanej grupy związane ze zdrowiem.....	172
4.1. Palenie papierosów.....	175
4.2. Picie alkoholu.....	180
4.3. Używanie substancji narkotycznych	187
4.4. Spożywanie napojów energetyzujących	197
4.5. Podejmowanie niezdrowej diety	200
4.6. Przemoc rówieśnicza.....	202
4.7. Środowisko rodzinne a modelowanie zachowań ryzykownych.....	208
5. Spędzanie czasu wolnego w grupie rówieśniczej i jego formy.....	210
6. Miejsce zdrowia w hierarchii wartości badanej młodzieży i jego formy.....	222
7. Kryteria zdrowia w opinii badanych nastolatków	226

Rozdział IV Analizy statystyczne zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w kontekście aktywności fizycznej.....	232
1. Wybrane wskaźniki społeczno-demograficzne badanej grupy a poziom aktywności fizycznej.....	233
2. Wybrane wskaźniki charakteryzujące zdrowie badanych nastolatków a poziom aktywności fizycznej.....	235
3. Wybrane zachowania zdrowotne badanej grupy a poziom aktywności fizycznej.....	237
3.1. Ocena poziomu wybranych wskaźników aktywności fizycznej	237
3.2. Uczestnictwo w obowiązkowych i pozaszkolnych zajęciach ruchowych.....	241
3.3. Bierne formy spędzania wolnego czasu	242
3.4. Spożywanie śniadania i drugiego śniadania oraz produktów niekorzystnych dla zdrowia.....	244
3.5. Ocena wybranych nawyków higienicznych	246
4. Wybrane zachowania ryzykowne badanej grupy młodzieży a poziom aktywności fizycznej.....	247
4.1. Palenie tytoniu	247
4.2. Picie alkoholu	249
4.3. Spożywanie substancji narkotycznych	252
4.4. Picie napojów energetyzujących.....	254
4.5. Stosowanie niezdrowej diety	255
4.6. Przemoc rówieśnicza	255
5. Funkcjonowanie w środowisku rówieśniczym a poziom aktywności fizycznej.....	257
6. Kryteria zdrowia w opinii badanych nastolatków a poziom aktywności fizycznej.....	260
7. Umieszczenie zdrowia w hierarchii wartości badanej młodzieży a poziom aktywności fizycznej	262
Rozdział V Analizy statystyczne zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w kontekście sprawności fizycznej.....	266
1. Wybrane wskaźniki społeczno-demograficzne badanych uczniów w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej.....	267

2. Wybrane wskaźniki zdrowia badanych uczniów w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej	270
3. Wybranie zachowania zdrowotne badanych uczniów w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej	272
3.1. Wskaźniki aktywności fizycznej - MVPA i VPA.....	272
3.2. Uczestnictwo w obowiązkowych i pozaszkolnych zajęciach sportowych	276
3.3. Wybrane zajęcia o charakterze sedenteryjnym	277
3.4. Spożywanie śniadań i produktów niekorzystnych dla zdrowia	279
3.5. Zachowania higieniczne - sen i higiena jamy ustnej.....	281
4. Wybrane zachowania antyzdrowotne podejmowane przez badaną młodzież w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej	282
4.1. Palenie papierosów.....	282
4.2. Picie alkoholu.....	283
4.3. Spożywanie substancji narkotycznych.....	286
4.4. Spożywanie napojów energetyzujących	288
4.5. Podejmowanie niezdrowej diety	289
4.6. Przemoc szkolna.....	290
5. Środowisko rówieśnicze badanych nastolatków w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej	292
6. Kryteria zdrowia w opinii badanych uczniów w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej	294
7. Umiejscowienie zdrowia w hierarchii wartości badanych nastolatków w odniesieniu do sprawności fizycznej	296
Rozdział VI Analizy statystyczne dotyczące występowania asymetrii ruchu/ciała badanej młodzieży szkolnej	299
1. Występowanie asymetrii ruchu/ ciała w kontekście płci	300
2. Występowanie asymetrii ruchu/ ciała w odniesieniu do poziomu aktywności fizycznej	301
3. Występowanie asymetrii ruchu/ ciała w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej.....	302

Dyskusja wyników.....	304
Zakończenie i wnioski końcowe.....	324
Bibliografia.....	342
Spis Tabel.....	394
Spis histogramów.....	404
Aneks.....	405

Wstęp

Zdrowie jest niewątpliwie nadrzędną wartością w życiu każdego człowieka.

W zdrowiu upatrujemy podstaw szczęścia i pragniemy zachować je jak najdłużej. Jako dorośli mamy świadomość, że zdrowie nie jest darem danym na całe życie, a utrzymanie jego dobrego stanu wymaga od nas nieustannej pracy.

Istotnym elementem zdrowego życia jest aktywność fizyczna. Potrzeba aktywności ruchowej z punktu widzenia potrzeb biologicznych i zdrowotnych wydaje się oczywista. Wysokie umiejętności ruchowe są atrybutem koniecznym do istnienia i prawidłowego rozwoju organizmu. Ruch to najważniejszy po odżywianiu czynnik determinujący zdrowie. W doskonaleniu autosystemów regulacyjnych organizmu stawiany jest bezsprzecznie na pierwszym miejscu. Aktywność fizyczna to zjawisko towarzyszące człowiekowi od pierwszych jego chwil. Łączy się ona ze wszelkimi jego poczynaniami - świadomymi i nieświadomymi. Mówiąc o aktywności fizycznej, mamy na myśli czynności podjęte świadomie i celowo z własnej i nieprzymuszonej woli, a nie tylko te wymuszone np. w pracy fizycznej działania. Organizm człowieka został genetycznie zaprogramowany na aktywny styl życia. Ruch jest biologiczną potrzebą organizmu ludzkiego. Można powiedzieć, że ruch jest życiem a życie jest ruchem. W tym skrócie myślowym wskazujemy na pierwszoplanowe znaczenie ruchu - nasze życie zaczyna się od ruchu i na nim się kończy. Między pierwszym ruchem, a ostatnim istnieje cały ich ocean. Można powiedzieć, że człowiek rozwija się i doskonali w ruchu oraz dzięki ruchowi, który nie tylko stymuluje jego rozwój fizyczny i motoryczny, ale również funkcjonalny i psychiczny.

W ostatnich dziesięcioleciach jesteśmy świadkami dynamicznego rozwoju nauki i techniki. Niestety, rozwojowi techniki towarzyszą zjawiska niekorzystne dla zdrowia. Udogodnienia cywilizacji, środki komunikacji, automatyzacja, komputeryzacja zmniejszają do minimum aktywność fizyczną człowieka w codziennym życiu, co ujemnie wpływa na jego stan zdrowia i rozwój fizyczny. Dotyczy to szczególnie młodego pokolenia. Także środki masowego przekazu (Internet i telewizja) zabierają młodym ludziom coraz więcej czasu i przyczyniają się do utrwalania nawyku siedzącego trybu życia. Wzrost wymagań i zadań, jakie stawia przed człowiekiem współczesność, prowadzi do powstania negatywnych zjawisk o charakterze ogólnospołecznym i biologicznym. Człowiek zostaje pozbawiony takich wartości jak spokój, wypoczynek, kontakt z przyrodą, a więc tych elementów, które determinują

charakter zachowań szczególnie w czasie wolnym. Ludzie pochłonięci troską o wygodne życie, coraz częściej zapominają o swej biologicznej egzystencji. Antidotum na wszystkie dolegliwości określane mianem chorób cywilizacyjnych, niewątpliwie powinna być aktywność fizyczna, stosowana, na co dzień i to w warunkach naturalnych. Ruch bowiem nie tylko poszerza możliwości kulturalnego spędzania czasu wolnego, ale również odciąga od nałogów. Nie od dziś wiadomo, że systematyczne uczestnictwo w kulturze fizycznej kształtuje poczucie obowiązku, samodyscyplinę i uczy lepiej wykorzystywać czas wolny. Jako dorośli powinniśmy krzewić przekonanie i uświadamiać młodzież, że codzienna aktywność fizyczna jest tak samo niezbędna do życia, jak powietrze i witaminy. Młode pokolenie powinno zostać wyposażone w wiedzę, iż jednostka poprawiająca biologiczny stan swojego organizmu, wpływa pozytywnie nie tylko na procesy poznawcze, ale i psychikę - z osobistą korzyścią dla siebie i dla społeczności.

Współcześnie mamy do czynienia z ogromnym postępem w zakresie wiedzy medycznej - leczenia i zwalczania chorób. Jednak, wiedza na temat utrzymania i pomnażania zdrowia poprzez realizowanie zachowań ukierunkowanych na zdrowie jest nadal bardzo nikła. W tym miejscu należy przypomnieć, iż zachowaniem destrukcyjnym dla zdrowia, jest nie tylko brak ruchu czy siedzący tryb życia, picie alkoholu czy palenie papierosów, ale także niedostatek zachowań dla zdrowia korzystnych, czyli tzw. zachowań prozdrowotnych, sprzyjających dobrej kondycji fizycznej i psychicznej człowieka.

W Polsce ludzie, zwłaszcza młodzi, nie okazują zbyt wielkiego zainteresowania swoim zdrowiem, jego ochroną i jego wzmocnieniem. Uznając, że zdrowie jest dobrem, to zdumiewa fakt całkowitej beztroski i niedbałości o nie. Hasło „Twoje zdrowie w Twoich rękach” powinno uświadamiać społeczeństwu, iż zdrowie zależy nie od medycyny, ale od sposobu życia, czyli jego stylu. W kontekście tym, ruch powinien być traktowany jako podstawowy element zachowania prozdrowotnego. Powinniśmy spojrzeć na niego, jak na lek, którego nie można niczym zastąpić.

Z badań wynika [Amstrong N., 2004; Ćwirlej A., 2005; Zawadzka B., 2007; Dencikowska A., 2008; Woynarowska B., 2012], iż wystarczającą aktywność ruchową ma jedynie jedna trzecia młodzieży szkolnej.

Brak nawyku czynnego wypoczynku coraz częściej wiąże się z rosnącą liczbą zachowań o charakterze antyzdrowotnym (palenie papierosów, picie alkoholu, sięganie po środki narkotyczne). Niepokój powinna budzić także częstość podejmowania

zachowań ryzykownych, która od wielu lat wyraźnie wzrasta, przy czym zachowania te charakteryzują coraz młodsze grupy wiekowe.

Podjęta w niniejszej pracy problematyka badawcza dotyczy zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w wieku adolescencji w kontekście aktywności i sprawności fizycznej.

Analizowany jest tutaj okres, w którym młodzież dojrzewa fizycznie, oraz kształtuje swoją świadomość. Zjawisku temu towarzyszą intensywne przemiany biologiczne, emocjonalne i społeczne. Młodzież w tym szczególnym okresie swojego rozwoju, jest w takim samym stopniu podatna i wrażliwa na kształtowanie zachowań sprzyjających jak i zachowań niesprzyjających zdrowiu [Kurzak M., Pawelec K., 2013, s. 12]. Mimo, iż istnieje szereg publikacji z zakresu zdrowia i jego uwarunkowań różnych grup społecznych, w tym także młodzieży szkolnej, to jednak niedostatek tej wiedzy w zakresie adolescentów, spowodował podjęcie tego tematu, aby szerzej i bardziej kompleksowy sposób opisać to zagadnienie.

Jedną z przesłanek do podjęcia niniejszych badań była chęć zasygnalizowania, jakie obszary zachowań młodzieży szkolnej w zakresie zdrowia, wymagają szczególnego zainteresowania zarówno ze strony rodziców, nauczycieli jak i władz.

Znajomość zachowań młodzieży w zakresie zdrowia jest niezbędna do tworzenia programów edukacyjnych skierowanych zarówno do uczniów, jak i ich rodziców. Uzyskane informacje mogą posłużyć do konstruowania materiałów szkoleniowych dla nauczycieli, pedagogów i wychowawców realizujących powyższe programy. Informacje te mogą być pomocne przy tworzeniu programów naprawczych i profilaktycznych, wskazując obszary które wymagają szczególnego zainteresowania. W pracy podjęto próbę ukazania związków między poziomem aktywności i sprawności fizycznej, a podejmowanymi zachowaniami o charakterze pro- i antyzdrowotnym. Założono, że istnieje dwustronny związek między postawą prozdrowotną a aktywnością i sprawnością fizyczną.

Świadomość wartości zachowań prozdrowotnych prowadzi między innymi do podjęcia regularnej aktywności fizycznej, co wiąże się z wyższą sprawnością fizyczną i odwrotnie. Przyjemność i dodatkowa energia, którą wyzwala aktywność ruchowa wzmaga chęć poszerzania tej aktywności na inne obszary zachowań ukierunkowanych na zdrowie, prowadząc do postawy prozdrowotnej. Założono, że wysoki poziom aktywności i sprawności fizycznej będzie warunkował częstsze podejmowanie zachowań ukierunkowanych na zdrowie.

Założenia niniejszej pracy wpisują się w nurt pedagogiki zdrowia, której przedmiotem badań jest „proces wychowania do zdrowia i nauczania zdrowia, których istotą jest rozwijanie dyspozycji osobowościowych człowieka, poprzez udzielanie wiedzy, kształtowanie systemu wartości, oraz zachowań związanych ze zdrowiem” [Wojnarowska B., 2010, s. 99].

Główną strukturę niniejszej pracy wyznaczają dwie części: teoretyczna i empiryczna. Zamierzeniem pierwszej z wymienionych (rozdział pierwszy) było przedstawienie problematyki dotyczącej zdrowia, zachowań zdrowotnych, prozdrowotnego stylu życia, aktywności i sprawności fizycznej, a także kategorii wiekowej jaką jest młodzież w okresie dojrzewania we wczesnej jego fazie.

W rozdziale pierwszym zostały wyjaśnione pojęcia i definicje stanowiące główny trzon pracy. Omówiono zagadnienie zdrowia i jego uwarunkowanie. Przedstawiono zagadnienie zdrowia, jako wartości. Dokonano przeglądu definicji zachowań zdrowotnych i ich rodzajów. Wyjaśniono zagadnienie kształtowania i zmiany zachowań zdrowotnych. Przybliżono pojęcie wartościowania zdrowia i jego wpływu na zachowania, a także prozdrowotnego stylu życia. Przedstawiono zagadnienia teoretyczne związane z aktywnością i sprawnością fizyczną, skupiając się głównie na ich istocie, oraz pojęciach z nimi związanymi. Objasniono rolę jaką pełni aktywność fizyczna w życiu osobniczym człowieka, oraz opisano metody jej oceny.

W rozdziale tym omówiono kategorię wiekową jaką jest młodzież w okresie wczesnej adolescencji. Opisano zmiany jakie zachodzą w młodym organizmie w sferze fizycznej, motorycznej, emocjonalnej i społecznej, oraz problemy jakie pojawiają się w tym okresie rozwoju. W końcowej części rozdziału przedstawiono stan zdrowia młodzieży szkolnej w Polsce.

Część empiryczna składa się z pięciu rozdziałów. W pierwszym z nich (w rozdziale drugim) omówiono metodologiczne aspekty badań własnych, obejmujące: przedmiot i cele badań, problemy i hipotezy robocze, oraz zmienne i wskaźniki. Rozdział ten zawiera opis doboru próbki badawczej, jak również metod, techniki, i zastosowanych narzędzi badawczych. W omawianym rozdziale przedstawiono także organizację i przebieg badań, jak również wykorzystane metody analizy statystycznej.

W rozdziale trzecim, czwartym, piątym i szóstym przedstawiono wyniki badań własnych.

W rozdziale trzecim zaprezentowano obszerną diagnozę zachowań zdrowotnych deklarowanych przez młodzież szkolną w obszarze aktywności fizycznej, odżywiania

i higieny osobistej. Przedstawiono sposoby spędzania czasu wolnego, oraz określono skalę zachowań ryzykownych w codziennej aktywności młodzieży.

W końcowej części rozdziału opisano umiejscowienie zdrowia wśród wartości osobistych badanej młodzieży szkolnej, a także różne sposoby jego definiowania.

W rozdziale czwartym i piątym przedstawiono analizę zachowań zdrowotnych w kontekście aktywności i sprawności fizycznej badanej młodzieży. Przeanalizowano podejmowanie zachowań o charakterze prozdrowotnym w obszarze: aktywności fizycznej, odżywiania, codziennej higieny, oraz sposobu spędzania czasu wolnego. Opisano skalę zachowań destrukcyjnych związanych: sedenteryjnym sposobem spędzania czasu wolnego, z niezdrowym odżywianiem, paleniem tytoniu, piciem alkoholu, a także z nieuzasadnionym odchudzaniem się.

W rozdziałach tych omówiono umiejscowienie zdrowia w hierarchii wartości, jak również sposoby definiowania zdrowia w odniesieniu do poziomu aktywności i sprawności fizycznej badanej młodzieży.

W rozdziale szóstym opisano związek między poziomem aktywności i sprawności fizycznej młodzieży szkolnej a ich zdrowiem, identyfikowanym poprzez asymetrię ruchu, związaną z nieprawidłowymi wzorcami ruchowymi.

Na podstawie przeprowadzonych analiz i interpretacji danych empirycznych dokonano teoretycznego odniesienia do tematu dysertacji, które przedstawiono podsumowaniu.

Praca zawiera : bibliografię, spis tabel, spis diagramów oraz aneks.

Rozdział I

Teoretyczny kontekst problematyki badawczej – podstawowe pojęcia

1. Struktura zachowań zdrowotnych

1.1. Zdrowie

1.1.1. Pojęcie Zdrowia

Pojęcie zdrowia historycznie ewoluowało. Znajdujemy podkreślenia już w literaturze i sztuce starożytnej Grecji dla roli i wysiłku prowadzącego do kultu zdrowia i piękna przykładowo walecznych wojowników, dla siły i piękna sportowców (dyskobol), dla rodnych i pięknych kobiet, w sportowym wychowaniu młodzieży. W wiekach średnich w Polsce M. Kochanowski zapisuje myśl „szlachetne zdrowie.....”. Tutaj wydaje się, że pojęcie zdrowia związane jest z poczuciem szczęścia i możliwością wypełniania potrzebnych funkcji społecznych.

Zdrowie jednostki i zewnętrzne przejawy włączane w jego zakres, stanowią przedmiot zainteresowania badaczy wielu szczegółowych dyscyplin naukowych. W ramach dyscyplin tworzone są modele teoretyczne, przy pomocy których w zróżnicowany sposób, definiuje się pojęcie „zdrowia i choroby” (ocenia się, że istnieje około 120 definicji zdrowia). Definicje te bazują na różnych, często odmiennych płaszczyznach badawczych (biologicznej, psychicznej czy społecznej). Jest to duży problemem, bo nie zawsze jest możliwa integracja lub uniwersalizacja tych pojęć. Problemem jest również i to, że wbrew twierdzeniom o neutralnym charakterze pojęcia „zdrowia i choroby” wpływ na jego rozumienie mają nie tylko osiągnięcia naukowe, ale również czynniki społeczno-kulturowe, w tym ideologie oraz systemy społeczno-polityczno-ekonomiczne [Syrek E., 2019, s. 11].

Można powiedzieć, że definicje i modele zdrowia odzwierciedlają istniejące w społeczeństwie (a także i w nauce) określone style myślenia, jak również wartości, normy i dążenia, jakimi w danym czasie kierują się zbiorowości [Domaradzki J., 2013, s. 5-29].

Wielość sposobów definiowania zdrowia ukazuje złożoność tego zjawiska. Przyjęcie perspektywy jakiegokolwiek dziedziny naukowej powoduje stan uzyskania tylko częściowej wiedzy na temat zdrowia. Wiedzy niezwykle istotnej, ale ze względu na złożoność zagadnienia jednak fragmentarycznej. Współcześnie oczekuje się podejścia, które pozwoli na całościowe spojrzenie na zdrowie, w ramach którego

uwzględniony zostanie punkt widzenia przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych [Kaliszewska M., Kowalski M., 2011, s. 15-17; Walentynowicz-Moryl K., 2017, s. 1-5].

Zdrowie najczęściej definiowane jest zgodnie z modelem biomedycznym, w którym przeważa orientacja patologiczna i gdzie zdrowie pojmuje się jako brak choroby, a więc stan w którym nie ujawnia się żadna ze znanych jednostek chorobowych lub patologii w funkcjonowaniu organizmu [Niebrój L. T., 2006, s. 253-254]. Wydawać by się mogło, że zdefiniowanie jednego z nich (zdrowia albo choroby) w zupełności wystarczy do określenia drugiego (pod warunkiem, że pojęć tych nie stosuje się do opisu różnych sfer rzeczywistości). Przyjmując, że zdrowie jest stanem sprawnego funkcjonowania poszczególnych części organizmu, a choroba to zakłócenie tego procesu, koncepcja ta sprowadza fenomeny zdrowia i choroby do poziomu jednostki i akcentuje, iż zdrowie tkwi w niej samej, a nie poza nią. Założono bowiem, że nawet najbardziej złożone procesy psychiczne i zachowania człowieka można wyjaśnić w kategoriach zakłóceń procesów zachodzących organizmie [Domaradzki J., 2013, s. 409]. Należy zauważyć, iż w modelu tym, zwraca się uwagę tylko na biologiczne przyczyny choroby pomijając czynniki psychologiczne, społeczne, czy behawioralne. Zgodnie z leżącą u podłoża tego modelu „zasadą prymatu części nad całością, determinizmu i fizykalizmu, nie ma tu miejsca na pojęcie zaburzeń ogólnoustrojowych”, a zdrowie rozpatrywane jest tu jedynie w wymiarze biologicznym, w oderwaniu od całokształtu zagadnień ludzkiego życia [Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2010, s. 34]. Pacjent został uprzedmiotowiony, pozbawiony możliwości działania, stał się obiektem medycznego profesjonalizmu [Sokołowska M., 1980, s. 147-150].

Mimo niewątpliwej przydatności, biomedyczne rozumienie zdrowia i choroby, jest przez wielu przedstawicieli nauki mocno krytykowane. Podkreśla się, że rozpatrywanie ciała, jako maszyny, ogranicza podstawy pojęciowe pełnego zrozumienia ludzkich problemów, i blokuje analizowanie zagadnień zdrowia oraz choroby w szerszej perspektywie niż biologiczna [Capra F., 1987, s. 365].

Za przełom w rozważaniach nad zdrowiem (definiowanego wyłącznie, jako braku choroby) uznaje się opublikowane w 1941 roku sformułowanie G. Sigerista, że „zdrowym może być człowiek, który odznacza się harmonijnym rozwojem fizycznym i psychicznym i dobrze adaptuje się do otaczającego go środowiska społecznego. Całkowicie realizuje swoje zdolności fizyczne i umysłowe i może dostosowywać się do zmian w otoczeniu, jeśli nie wykraczają one poza granice normy. Może wносить swój

wkład w pomyślność społeczeństwa, na miarę swoich możliwości i zdolności” [za: Kozłowska E., i in., 2016, s. 579].

Naukowa myśl G. Sigerista stała się podstawą do sformułowania powszechnie znanej i stosowanej do dziś definicji zdrowia, zawartej w programie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO-World Health Organization), według której zdrowie to „kompletny, fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub kalectwa” [za: Kulig T. B., Latański M., 2002, s. 18]. W ujęciu tym, pojęcie zdrowia zostało zastąpione terminem dobrostanu, który rozumie się jako pewną cechę, gwarantującą człowiekowi szczęśliwe, efektywne i kreatywne życie.

Mimo, iż definicja ta była wielokrotnie krytykowana, zwrócono w niej uwagę na konieczność interdyscyplinarnego spojrzenia na zdrowie i jego uwarunkowania.

W ostatnich latach definicja zdrowia uległa znacznemu rozszerzeniu i zdrowie określa się jako:

- zdolność do normalnego funkcjonowania organizmu uwzględniając wszystkie jego organy i funkcje,
- zdolność do adaptacji w zmieniającym się środowisku,
- pewien potencjał fizyczny i psychiczny, dający możliwość rozwijania aktywności,
- wyraz równowagi i harmonii możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych osoby ludzkiej [Wojnarowska B., 2000, s. 15-20].

W podstawowym założeniu rozpatrywania zdrowia jako zjawiska wielowymiarowego wskazuje się, że człowiek stanowi pewną całość, na którą składa się wiele wzajemnie powiązanych ze sobą wymiarów [Hales D., 2013]. Analizowanie osobno poszczególnych wymiarów zdrowia sprawia, że opisuje się tylko konkretny jego aspekt, a nie zdrowie rozumiane jako byt składający się z powiązanych ze sobą wymiarów [Floyd P. A., Mimms S. E., Yelding C., 2008].

Fenomen zdrowia w kontekście wielowymiarowym polega na tym, że człowiek może funkcjonować na różnym poziomie w ramach poszczególnych wymiarów swojego zdrowia. Dodatkowo całościowy opis zdrowia jednostki wymaga uwzględnienia zależności, jakie mogą pojawiać się pomiędzy jego poszczególnymi wymiarami. Dodatkowo zwraca się uwagę na fakt, że do uzyskania pełni zdrowia nie jest istotny tylko wysoki poziom funkcjonowania w ramach poszczególnych jego wymiarów, ale także pewien rodzaj równowagi między poszczególnymi jego

wymiarami [za: Woynarowska B., 2000, 2007, 2008; Syrek E., 2019, s. 12-13]. Dlatego w wielowymiarowym ujęciu zdrowia rację bytu traci kategoryzowanie ludzi przy użyciu tylko dwóch dychotomicznych pojęć tj. zdrowia i choroby. Chorobę fizyczną może równoważyć dobry stan psychiczny chorego i życzliwość społeczna. Natomiast problemy emocjonalne i izolacja społeczna mogą sprawić, że człowiek mimo pełnej sprawności fizycznej czuje się chory.

Już starożytnej medycynie chińskiej uważano, że zdrowie to równowaga między energiami *jin i jang*. Zachowanie zdrowia oznacza zachowanie równowagi obecnych w nas energii *jin i jang* (gorąca-zimna) oraz *czy* (czyli krwi). Zaburzenie tej równowagi lub zakłócenie przepływu życiodajnych energii prowadzi do niekorzystnych objawów, które zwyczajowo nazywamy chorobą [Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2010, s. 26]. Również Hipokrates głosił, iż dobre samopoczucie (zdrowie) i złe samopoczucie (choroba) zależą od równowagi między jednostką, a jej środowiskiem [Kowalski M., Gawel A., 2007, s. 23-24].

Zdrowie można definiować także, jako potencjał i dynamiczną równowagę lub jako „jedność i harmonię między umysłem, ciałem i duchem, która jest unikalna dla każdego człowieka i definiowana jest przez każdego indywidualnie” [Niebrój L. T., 2006, s. 259]. Zdrowie z tej perspektywy, to pewna współzależność między stanem optymalnego dobrostanu i dyskomfortu, definiowanego jako poziomy dysharmonii między czynnikami fizjologicznymi, psychologicznymi, socjokulturowymi, duchowymi i środowiskowymi [Domaradzki J., 2013, s. 412]. Podobnie A. Antonovsky [1995] odrzucając statyczne rozumienie zdrowia jako braku choroby, przyjął, iż normalnym stanem funkcjonowania człowieka jest stan dynamicznej równowagi między zdrowiem a chorobą. Zdrowie to stale zmieniający się proces, a nie stan, który jest, lub który można osiągnąć, i w którym można pozostać. Inaczej choroba, która jest rezultatem niewydolności tego procesu na skutek „braku energii i/lub umiejętności”, aby sprostać wymaganiom codziennych obciążeń i krytycznych wydarzeń życiowych [Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2010, s. 36].

Zdrowie, jako fenomen wielowymiarowy można rozpatrywać również, jako równowagę między podstawowymi sferami funkcjonowania człowieka: fizyczną, psychiczną (w tym emocjonalną i intelektualną), społeczną, duchową i środowiskową [Heszen I., Sęk H., 2007, s. 72-73; Gil R., Dziedziuszko A., 2004, s. 252-254]. Zakładając wzajemną zależność między poszczególnymi sferami zdrowia, przyjmuje się, iż zakłócenie równowagi w którejkolwiek ze wskazanych sfer prowadzi do

załamania stanu samoregulacji. Chorobę rozumie się tu jako nieskuteczność procesu poszukiwania i utrzymywania harmonii wobec codziennych wyzwań stawianych przez życie [Kulig T. B., 2000, s. 17; Ananth M., 2008, s. 8; Kowalski M., Gawęł A., 2007, s. 24].

Zdrowie wymaga od nas bezustannej pielęgnacji i ciągłego rozwoju, a także umiejętności przywracania stale zakłóconej równowagi, jak również przystosowywania się do nieustannie dokonywujących się zmian, zachodzących zarówno wewnątrz organizmu jak i w otaczającym nas środowisku. Rozumienie zdrowia jako procesu wiąże się z koncepcją salutogenezy (A. Antonovsky'ego), która zakłada, iż człowiek ustawicznie przemieszcza się na kontinuum zdrowie - choroba, starając się zawsze utrzymać orientację na zdrowie. Dążąc nieustannie do zachowania równowagi między genetycznymi i psychospołecznymi zasobami odpornościowymi a obciążeniami i warunkami społeczno-kulturowymi. Zdrowie jako proces ma określony przebieg w czasie, i zmienia się w odpowiedzi na zaistniałe wymagania o charakterze zewnętrznym i wewnętrznym. Jest regulacyjne i adaptacyjne wobec tych wymagań [Heszen I., Sęk H., 2007]. W stany zdrowia i choroby oraz w procesy zdrowienia i chorowania włącza się z kolei rozwój człowieka (biologicznie starzenie się organizmu), a zmiany w nim zachodzące są uznawane za wskaźniki lub markery zdrowia. Stan w którym człowiek najczęściej się znajduje, to „stan pośredni” między zdrowiem, a chorobą [Ochman P., 1986, s. 229].

Będąc kategorią medyczną, tj. stanem fizjologicznym (stanem organizmu i psychiczną (stanem ducha i umysłu), zdrowie jest także kategorią aksjologiczną, czyli uznawaną, akceptowaną i ocenianą instytucjonalnie wartością kulturową [Kowalski M., Gawęł A., 2007, s. 50-70]. Dobre zdrowie umożliwia człowiekowi dążenie do powszechnie pożądanego sukcesu oraz opanowania otaczającej go rzeczywistości, korespondując z takimi wartościami, jak: instrumentalizm, indywidualizm, aktywizm i utilitaryzm. Zdaniem W. Piątkowskiego [2002, s. 31], zdrowie jest nośnikiem wolności, swobody i wyboru, stąd utożsamianie zdrowia z dobrem, szczęściem, aktywnością, sprawnością, pomyślnością, dobrobytem, i coraz częściej urodą. Dla wielu ludzi troska o zdrowie staje się sensem życia i szczególnym imperatywem. Dążenie do zdrowia zyskuje w efekcie status nowej wewnątrzświatowej ascezy, samodyscypliny i osobistego dążenia do doskonałości [Conrad P., 1994, s. 385-401]. Ludzie wobec zdrowia „winni przyjmować postawę szacunku, a samo zdrowie powinno być naczelną dyrektywą ludzkiego działania” [Piątkowski W., 2000, s. 157]. Zdrowie jako wartość

uniwersalna towarzyszy większości systemów kulturowych. Widoczne jest to choćby w sferze deklaratywnej, gdzie życzenia zdrowia są najczęstszymi życzeniami nie tylko w trakcie specjalnych uroczystości (urodziny, śluby, święta), ale także codziennych spotkań. Wartość zdrowia określają osobiste przekonania jednostek i są punktem odniesienia dla ich zachowań. Nie ma wątpliwości, iż osoby ceniące zdrowie zaczynają myśleć kategoriami mu sprzyjającymi. Zauważa się także związek między dojrzałością psychologiczną jednostki, a jej sposobem spostrzegania wartości zdrowia i wrażliwości na nią [Wiścicki T., 2004, s. 51, 90-92].

Mimo, iż zdrowie jest wartością powszechnie uznawaną i cenioną, dostrzega się współcześnie pewną tendencję degradacji tej wartości w codziennym życiu. Zdaniem K. Puchalskiego „wartość, jaką rzeczywiście ludzie wiążą ze zdrowiem, zdecydowanie odbiega od tej, którą winni jej przyznawać” [za: Kowalski M., Gawęł A., 2007, s. 69].

Zdrowie oprócz wymiaru jednostkowego ma również status wartości zbiorowej (kolektywnej). Nie dziwi, więc fakt, iż każde społeczeństwo tworzy cały system instytucji, ról, czynności i wzorów zdrowie chroniących. Ukierunkowując w ten sposób zachowania jednostek względem zdrowia [Kowalski M., Gawęł A., 2007, s. 63]. Przykładem może być tzw. „Nowe Zdrowie Publiczne” które definiując zdrowie jako wartość, nakłada na jednostki nowe zobowiązania i powinności związane z nim, co sprawia, iż zdrowie nie jest już wyłącznie prawem jednostki, ale i jego obowiązkiem [Wysocki M. J., Miller M., 2003, s. 505-512].

Zdrowie można traktować zarówno jako wartość autoteliczną - ważną i cenną samą w sobie niezależnie od innych wartości, podobnie jak piękno czy dobro, ale także jako wartość instrumentalną, względną, wykorzystywaną do osiągania innych cenionych wartości np. zdobycie wykształcenia, założenia rodziny, posiadania potomstwa, wykonywania pożądanego zawodu. W tym drugim przypadku zdrowie jest wyłącznie narzędziem, który umożliwia jednostkom zaspokajanie swoich potrzeb, pragnień i dążeń [Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2010, s. 3; Domaradzki J., 2013, s. 415].

Somatyczne podejście do zdrowia, nie daje pełnego oglądu jego fenomenu [Wulff H. R., Gotzsche P. C., 2005, s. 71]. Dlatego zaczęto poszukiwać pełniejszego wytłumaczenia kategorii zdrowia, wykorzystując w tym celu osiągnięcia innych nauk, w tym nauk społecznych. Podjęto próbę jego zdefiniowania poprzez zdolność człowieka do pełnienia ról i zadań społecznych - tzw. podejście funkcjonalne [Korporowicz V., 2011, s. 72].

Traktowanie zdrowia jako roli społecznej zaproponował T. Parsons, który zdrowie spostrzegał poprzez pryzmat funkcjonowania systemu społecznego. Ten amerykański socjolog uznawał chorobę za „dewiację” (odstępstwo od normy), stan ograniczający, lub uniemożliwiający pełnienie przez jednostkę zwykłych, codziennych ról społecznych. Zgodnie z jego koncepcją, chorowanie jest społeczną rolą, którą wyznacza się „dewiantowi” dotkniętemu schorzeniem, aby mógł jak najszybciej wrócić do pełnienia swoich ról, (z których zwalnia go choroba), a porządek społeczny (aktywizm i produktywność) zostanie przywrócony. Każda osoba, która może spełniać swoje role społeczne w myśl tej teorii powinna być traktowana i czuć się jak osoba zdrowa.

Spółeczeństwo w ujęciu funkcjonalnym postrzegane jest, jako system wzajemnie powiązanych ze sobą elementów kulturowych, pełniących funkcje na rzecz równowagi całości. Zdaniem T. Parsonsa równowaga systemu społecznego jest zależna, od właściwego umotywowania jego uczestników do pełnienia ról społecznych, a choroba jest zagrożeniem dla równowagi tego systemu. W myśl jego poglądu, problem zdrowotny nie istnieje, dopóki jednostka wypełnia swoje role społeczne [Parsons T., 1968, s. 327]. Społeczna koncepcja zdrowia okazała się z jednej strony rewolucyjna w rozumieniu poszerzenia granic i tradycyjnych podziałach na ludzi zdrowych i chorych. Z drugiej nie do końca adekwatna, gdyż wszyscy zgodnie z tą koncepcją muszą pełnić jednakowe role społeczne, aby mogli być traktowani, jako osoby zdrowe. Niespełnianie części z tych ról wskazuje na chorobę. Mówiąc o zdrowiu, w takim ujęciu, brak jest marginesu związanego z upodobaniami, z gustami czy szczególnym talentem [Korporowicz V., 2011, s. 72].

Zdrowie może być traktowane także, jako zdolność jednostki do adaptacji do zmieniającego się otoczenia. Zdrowie jest tu zasobem służącym przystosowaniu i realizacji jednostkowego potencjału, zaspokojeniu potrzeb, pragnień i aspiracji oraz umożliwiającym doświadczanie życia, jako sensownego, aktywnego i twórczego [Kulmatycki L., 2003, s. 13]. Model ten rozszerza ujęcie zdrowia poza wymiar społeczny, i uwzględnia szerszy jego wymiar - ekologiczny. W ujęciu tym, zdrowie traktowane jest jako „dobre przystosowanie się do środowiska, oraz zdolność do udziału w skutecznej interakcji ze światem materialnym i społecznym” [Baxter M., 2009, s. 15]. Akcentując związki człowieka ze środowiskiem i materią nieożywioną podkreśla się, że zdrowie nie jest skończonym bytem, lecz różni się w zależności od jednostki i jej warunków bytowania. Stąd pogląd, że człowiek nie może być zdrowy w niezdrwym

środowisku [za: Domaradzki J., 2013, s. 414]. Podobne stanowisko prezentował M. Kacprzak, dla którego zdrowie to „nie tylko brak choroby (...) , ale także dobre samopoczucie, oraz taki stopień przystosowania się biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach” [za: Kowalski M., Gawęł A., 2007, s. 31]. Zdrowie w modelu społeczno-ekologicznym związane jest ze zdolnością organizmu do utrzymania równowagi ze środowiskiem i oznacza zdolność do funkcjonalnego życia i rozwoju fizycznego, psychicznego oraz społecznego.

Rozumienie zdrowia jako funkcji twórczego radzenia sobie ze stresem zaproponowała H. Wrona-Polańska [2003; 2009]. Autorka uznała człowieka za kreatora własnego zdrowia, który w sposób twórczy, dostosowany do oceny sytuacji (a nie automatyczny i stereotypowy) radzi sobie z problemami i zadaniami życiowymi, uruchamiając dostępne mu zasoby [za: Pilecka W., 2011, s. 9-13]. Zasobami określa się tu podmiotowe i środowiskowe cechy i możliwości, które w interakcji stresowej i zdrowotnej pełnią pozytywną funkcję obronną, stanowiąc swoistego rodzaju przeciwwagę dla stresorów wszechobecnych w życiu człowieka. Ważną rolę w osiągnięciu wysokiego poziomu zdrowia odgrywają zasoby podmiotowe o charakterze behawioralnym tzw. behawioralne wyznaczniki zdrowia, w tym: przekonania zdrowotne, zdrowy styl życia, miejsce zdrowia w hierarchii wartości, oraz świadomość, czym jest zdrowie, czyli potoczna wiedza o zdrowiu. W procesach nieustannego utrzymywania równowagi we wciąż zmieniającym się otoczeniu, konieczne jest stałe pomnażanie zasobów, czyli potencjałów zdrowia, aby nie doszło do ich wyczerpania, zaś nadwyżki w zasobach dają doświadczenie sukcesu, co sprzyja wzmocnieniu zdrowia i podniesienia jakości życia [Wrona-Polańska H., 2006, s. 23-25].

Zdrowie we współczesnej gospodarce rynkowej rozumiane jest jako szczególny zasób, rodzaj kapitału, który umożliwia jednostce sensowne, twórcze, a także satysfakcjonujące życie. Jednym z ważniejszych wyznaczników statusu społecznego jednostki, jest możliwość swobodnego przekształcania własnego dziedzictwa biologicznego [Kulig T. B., 2000, s. 18]. Stąd niektórzy określają zdrowie mianem kapitału biologicznego, definiowanego jako „zespół względnie trwałych cech psychofizycznych, istotnych z punktu widzenia skutecznej adaptacji jednostek do obowiązujących reguł systemowych, które mogą ujawnić się jako czynniki ułatwiające lub przyspieszające, a niekiedy wręcz umożliwiające sukces w określonych dziedzinach i sektorach życia społecznego, albo też mogą być dla tego sukcesu przeszkodą” [za:

Drozdowski R., 2005, s. 273]. Za jego główne korelaty uznaje się : zdrowie *sensu stricte*, sprawność fizyczną i umysłową, młodość a także urodę. Łącznie stanowią one zasób, który umożliwia jednostkom realizację potrzeb i aspiracji, pełnienie ról społecznych, a także adaptację do zmieniającego się otoczenia. Zdrowie, jako kapitał warunkuje z jednej strony dostęp do społecznie cenionych dóbr takich jak: bogactwo, szacunek społeczny, władza, wiedza, udział w przestrzeni publicznej (udział w kulturze, w życiu społeczno-politycznym i w architekturze miejskiej), z drugiej stanowi dość ważną determinantę nierówności społecznych. Utrwała bowiem istniejące nierówności społeczne w sferze dostępu do wykształcenia, szans na rynku pracy, wielkości dochodów i struktury ich wydatkowania, warunków mieszkaniowych, oraz dostępu do przestrzeni publicznej [Domaradzki J., 2013, s. 417]. Kapitał zdrowia ujawnia się także w sferze konsumpcji dóbr zdrowotnych, gdzie korzystanie z takich produktów jak: zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej i kosmetycznej, usługi typu fitness, zdrowa żywność, porady dietetyków, stają się źródłem nowego „*healthismu*” i narzędziem społecznego wyróżnienia [Borowiec A., Lignowska I., 2012, s. 95-111].

Kategorię zdrowia interesują się coraz częściej także ekonomiści. Problem wpływu czynnika ludzkiego na rozwój gospodarczy podnoszony jest w relacji do pojęcia kapitału ludzkiego, określanego powszechnie, jako „edukacja, szkolenie, doświadczenie nabywane przez jednostki w trakcie pracy”. Nie można jednak do końca zgodzić się z poglądem, że poziom kapitału ludzkiego związany jest tylko z poziomem wykształcenia społeczeństwa. Także stan zdrowia tego społeczeństwa wyznacza poziom kapitału ludzkiego, który wraz z jego ochroną na gruncie ekonomii traktowany jest jako pewien zasób. Zasób który podlega zużyciu w miarę upływu czasu i może być powiększany i częściowo odnawiany przez odpowiednie nakłady w niego. Nakłady te wpływają na kształt kapitału ludzkiego. Stąd kapitałem ludzkim jest produkt w postaci między innymi poprawy stanu zdrowia, uzyskany w wyniku celowej inwestycji w tym kierunku. Należy podkreślić, że kapitał ludzki stanowi również sam człowiek, dlatego nikt nie może oddzielić jego wiedzy, talentu, umiejętności i zdrowia od niego samego [za: Korporowicz V., 2011, s. 71-83].

Trudności definicyjne „pojęcia zdrowia” skłoniły większość autorów do akceptacji holistycznego, czyli całościowego jego rozumienia. Podstawę teoretyczną tego ujęcia tworzy ogólna teoria systemów ludwika von Bertalanffy’ego według której człowiek jest zarówno samodzielną jednostką o danej konstrukcji psychicznej i autonomii funkcjonalnej, jak i elementem społeczeństwa oraz szeroko rozumianej

przyrody [Bishop G.D., 2000, s. 46]. W ujęciu tym „zdrowie to całościowy potencjał fizyczny, psychiczny, duchowy i intelektualny organizmu umożliwiający jednostce prowadzenie satysfakcjonującego ją życia, w określonych warunkach kulturowo-społecznych, nie przyczyniając się w sposób celowy i/lub chroniczny do szkody fizycznej, psychicznej, duchowej lub intelektualnej innej istoty [za: Kozłowska E., i in., 2016, s. 584].

1.1.2. Wymiary zdrowia i jego uwarunkowanie

Respektując założenia współczesnej nauki, iż człowiek jest jednością czterech warstw swojej egzystencji oraz definicji zdrowia według WHO, należy przyjąć, iż zdrowie człowieka ma cztery podstawowe wymiary, powiązane ze sobą i zależne od siebie - fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy.

Zdrowie fizyczne, określane jako zdrowie somatyczne, pełni rolę fundamentu, który pozwala na rozwój innych jego wymiarów. Odnosi się do organizmu człowieka, jego budowy anatomicznej i fizjologicznego funkcjonowania, a także wydolności i sprawności fizycznej. Oznacza, że struktura anatomiczna poszczególnych narządów i ich układów, zachodzące w nich funkcje, oraz poziom ich wydolności odpowiadają normom statystycznym ustalonym dla danego wieku i uwarunkowań społeczno-kulturowych. W populacji dzieci i młodzieży wskaźnikiem ich zdrowia fizycznego jest tempo i rytm wzrastania (przyrosty masy i wysokości ciała), różnicowania (przebudowy struktury komórek i tkanek danych narządów i tkanek), oraz dojrzewanie tj. doskonalenie się ich budowy i czynności w kolejnych okresach rozwoju [Woynarowska B., 2007; Pilecka W., 2011, s. 20].

Zdrowie psychiczne, w którym wyróżniamy: zdrowie umysłowe, określane jako zdolność do rozwoju w kierunku logicznego i wszechstronnego rozumienia, poznawania, odkrywania, a także twórczego kreowania nowo poznanej rzeczywistości [za: Bejma U., 2013, s. 4], oraz zdrowie emocjonalne definiowane jako zdolność do rozpoznawania własnych uczuć i wyrażania ich w odpowiedni sposób jak również umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami, lękiem i depresją. Zdrowie psychiczne, najczęściej ujmowane jest w kategoriach normy teoretycznej, czyli idealnego wzorca mającego określone cechy pozytywne. Za jego kryteria u dorosłej osoby najczęściej przyjmuje się: poczucie szczęścia, autonomię, samoakceptację, samorealizację, autokreację, autoironię, radzenie sobie w trudnych sytuacjach, pozytywne relacje interpersonalne. Za jego wskaźniki u dzieci i młodzieży uznaje się:

radość ujawniającą się w ożywieniu i śmiechu, optymizm, aktywność w zabawie, nauce i codziennych obowiązkach, poczucie sukcesu, zadowolenie z siebie, pewność siebie, radzenie sobie w trudnych sytuacjach, zadowolenie z relacji rówieśniczych [Pilecka W., 2011, s. 20].

Zdrowie społeczne najczęściej opisywane jest w kategoriach możliwości podejmowania i realizacji ról społecznych, adekwatnie do wieku i uwarunkowań społeczno-kulturowych, zdolności do inicjowania i utrzymywania dobrych kontaktów społecznych oraz formułowania i osiągania celów życiowych we współpracy z innymi.

U dzieci i młodzieży role społeczne są związane z ich funkcjonowaniem w podstawowych mikro-środowiskach tj. w rodzinie, w instytucjach edukacyjnych, placówkach leczniczo-rehabilitacyjnych, a także w formalnych i nieformalnych grupach społecznych [Pilecka W., 2011, s. 21].

Zdrowie duchowe związane jest u niektórych ludzi z ich osobistym „*credo*”, zasadami, zachowaniem i sposobami utrzymania wewnętrznego spokoju, u innych związane jest z wiarą i praktykami religijnymi [Heszen I., Sęk H., 2007; Woynarowska B., 2007]. Za wskaźniki zdrowia duchowego uznaje się: poczucie sensu życia, kierowanie się w swoim zachowaniu określonym systemem wartości, dążenie do transcendencji czyli pokonywanie własnych ograniczeń psychofizycznych, pomnażanie dobra innych osób, zbliżanie się do jedności z Absolutem. Należy zauważyć, iż przeżycia duchowe nie są wyłącznie udziałem osób dorosłych. U dzieci i młodzieży rozwój duchowy wyraża się między innymi w ich zdolności do wzmacniania otuchy, wiary i sił u osób z najbliższego otoczenia, odczytywania sensu zaistniałej sytuacji, odkrywania w sobie potencjału twórczego i różnego rodzaju talentów. W sytuacji, gdy są one wierzące w zdolności do identyfikacji z cierpiącym Chrystusem czy jedności z Bogiem [Pilecka W., 2008, s. 269]

Zdrowie i rozwój (szczególnie dzieci i młodzieży) uwarunkowane są jakością otaczającego ich środowiska przyrodniczego i społecznego. Złożone relacje między zdrowiem, wzrastaniem i rozwojem a środowiskiem najlepiej pozwala zrozumieć teoria systemów ekologicznych Ludwiga von Bertalanffy'ego [1984] która proponuje ujmowanie rzeczywistości w postaci wzajemnie zależnych i wpływających na siebie systemów i podsystemów. Teoria ta neguje proste linearne zależności między podsystemami. Podkreśla znaczenie modelu wielowymiarowego i wielokierunkowego. Taki sposób rozumienia procesów i zjawisk stwarza dynamiczny obraz, dopuszczający wielość możliwych odpowiedzi na pytanie o przyczynę zmiany [Przetacznik-Gierowska

M., Tyszkowa M., 2006, s. 89]. Zakłada także konieczność uwzględniania relacji pomiędzy elementami większej całości, a przy analizowaniu procesu rozwoju bierze pod uwagę również interakcje między indywidualnymi cechami dziecka a jego otoczeniem. Teoria ta wskazuje na poszczególne „warstwy” środowiska, z których każda ma wpływ na rozwój dziecka, a kolejne kręgi wpływają dodatkowo na siebie [Sikorska I., 2005, s. 31-41]. W centrum modelu znajduje się dziecko, wokół którego pojawia się jego *mikrosystem*, czyli rodzina, a w zależności od wieku osoby: rówieśnicy, przyjaciele, szkoła, praca, kościół, kluby sportowe i osiedlowe, plac zabaw, placówki ochrony zdrowia i inne instytucje. Tworzą one elementy mikrosystemu, z którymi dziecko lub osoba ma bezpośredni kontakt i wchodzi w częste relacje. W każdym z tych mikrosystemów dziecko pełni inne funkcje (realizuje określone wymagania, korzysta z praw i przywilejów mu przysługujących), nawiązuje odmienne interakcje oraz podejmuje inne czynności. Zachodzące na poziomie mikrosystemu relacje mają charakter dwukierunkowy - są skierowane ku dziecku i od dziecka. Doświadczenia jakie gromadzi osoba w mikrosystemach w okresie dzieciństwa i młodości wyznaczają jej funkcjonowanie jako człowieka dorosłego w nowych mikrosystemach, tzn. w miejscu pracy, w kręgu towarzyskim, czy w założonej rodzinie. Kolejny element modelu - *mezsystem* - to układ wzajemnych relacji pomiędzy różnymi mikrosystemami, w których rozwijające się dziecko aktywnie uczestniczy, np. wzajemny kontakt rodziców z wychowawcami i nauczycielami.

Egzosystem - to warstwa definiująca większy system społeczny i oznacza jedno lub więcej środowisk, w których rozwijające się dziecko lub osoba, nie jest aktywnym uczestnikiem, ale w których występują zdarzenia, wywierające pośredni wpływ na jego życie, rozwój i obecne funkcjonowanie, np. czas pracy rodziców, urzędów instytucji, akty prawne.

Makrosystem - to zewnętrzna warstwa rozwoju dziecka. Obejmuje fizyczną, materialną, społeczną, kulturową, ekonomiczną i polityczną strukturę całej społeczności. Zasady w nim określone mają bezpośredni wpływ na interakcje w innych subsystemach. Zaliczamy do niego: wartości, wzory zachowań, sposoby myślenia, ekspresje emocji, postawy społeczne, a także sztukę, literaturę i media.

Na rozwój dziecka wpływa także warstwa *chronosystemu*, obejmująca wymiar czasu, który może mieć charakter zewnętrzny, np. czas śmierci najbliższego członka rodziny, lub wewnętrzny np. rozwój fizjologiczny dziecka. [Bętkowska-Korpała

B., 2009, s. 14-16; Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N., 2011, s. 48-49; Boczkowska M, 2015, s. 31-32].

„Nie można zatem analizować zagadnień zdrowia, choroby, terapii, promocji zdrowia bez uwzględnienia środowiska życia człowieka i faz jego życia, bez jego relacji ze zmieniającymi się warunkami życia” [Syrek E., 2019 ,s. 133]

Rodzina to wspólnota życia, która istnieje od najdawniejszych czasów i stanowi naturalne i niepowtarzalne środowisko, w którym dziecko się rodzi, rozwija i dorasta. „Żadna inna grupa społeczna, czy instytucja wychowawczo-opiekuńcza nie jest w stanie dorównać specyficznym wpływom rodziny, które wynikają z więzów krwi, jakie łączą rodziców i dzieci” [Cudak H., 2006, s. 117]. Zdaniem E. Ozorowskiego [2005] rodzina to dobro, które posiada nieprzemijalną wartość. Dziecko w bliskich interakcjach z matką i ojcem rozwija podstawowe funkcje psychiczne i kształtuje strukturę osobowości, wzrasta w świat kultury danego społeczeństwa i przejmuje normy postępowania, oraz szerzej normy zachowania się [Kieszkowska A., 2007, s. 129]. Dziecko w rodzinie znajduje sprzyjające środowisko dla swojego rozwoju, a z chwilą usamodzielnienia się czerpie z niej niepowtarzalne i niezbędne wartości [Kieszkowska A., 2008, s. 188; 2007, s. 129]. W rodzinie zaspokajane są podstawowe potrzeby dziecka takie jak: potrzeba bezpieczeństwa, miłości i przynależności, szacunku, stabilizacji, pomocy i oparcia [Dąbrowski Z., 1994, s. 114-115].

Wychowanie w rodzinie najczęściej odbywa się dwoma równoległymi drogami. Pierwszą, niezamierzoną, spontaniczną, która wynika z samego faktu bycia w rodzinie. Rodzice oddziałują na dzieci całą swoją osobowością, poprzez postawy, wzory zachowań, gesty, sposób wyrażania myśli i uczuć.

Drugą, zamierzoną, intencjonalną, nastawioną na realizację zadań wychowawczych - kształtowanie wartości, norm i wzorów postępowania [Cudak H., 2006, s. 297; Ochmański M., 2001, s. 165]. Proces wychowania w rodzinie opiera się na określonych zasadach. Najważniejsza z nich, to zasada obecności rodziców jako wychowawców, oraz ich aktywne uczestnictwo w tym procesie. Istotna jest również zasada stałości i konsekwencji w postępowaniu, oraz jednolitości i harmonii działań obojga rodziców. Rodzina jest bogatym źródłem życia i szkołą miłości w takim stopniu, że trudno sobie wyobrazić bez niej ludzkie życie [Kawczyńska-Butrym Z., 2001 s. 11-16].

S. Kawula zwraca uwagę, iż wychowanie w rodzinie opiera się na mechanizmach:

- naśladownictwa i identyfikacji wzorów i przykładów postępowania rodziny,
- kontroli społecznej opartej na systemie kar i nagród,
- inspiracji i pobudzania przez odpowiednie ukierunkowanie aktywności dziecka [za: Ciczkowska-Giedziun M., 2002, s. 42].

Do zadań rodziny w zakresie utrzymania i wzmacniania zdrowia jej członków należy: promocja zdrowia, profilaktyka, opieka, pielęgnacja i rehabilitacja. Powyższe zadania realizowane są poprzez: kształtowanie wzorów zachowań zdrowotnych, motywowanie do przestrzegania zachowań służących zdrowiu, stwarzanie zachowań prozdrowotnych, podejmowanie działań przywracających zdrowie jej członków [Kawczyńska-Butrym Z., 2001, s. 123-130].

Szkoła obok rodziny stanowi drugie podstawowe środowisko wychowawcze odgrywające zasadniczą rolę w kształtowaniu osobowości dziecka.

Współcześnie szkołę traktuje się przede wszystkim jako środowisko nauczania, koncentrując się na podnoszeniu poziomu wiedzy i umiejętności. Nauczyciele są rozliczani głównie z realizacji programu nauczania oraz z poziomu przygotowania uczniów do sprawdzianów i egzaminów zewnętrznych [Walc W., 2012, s. 23].

Postulowane w prawie oświatowym wspieranie uczniów we wszechstronnym rozwoju osobowości zostało ograniczone do rozszerzania sfery poznawczej. Rozwijanie indywidualnych zainteresowań, wzbudzanie motywacji wewnętrznej do nauki, doskonalenie predyspozycji psychofizycznych czy nabywanie umiejętności potrzebnych do życia w społeczeństwie zostało przez nauczycieli z marginalizowane, lub realizowane „przy okazji” innych działań edukacyjnych.[Siatkowska M., i in, 2007, s. 100-111]. Należy zauważyć, że szkoła to nie tylko „miejsce przekazywania wiedzy” to także „środowisko osobistego rozwoju”, „środowisko życia i doświadczania” [Blömeke S., Herzig B., 2009, s.15] to również „przestrzeń emocjonalna” w której zachodzą interakcje społeczne [Göppel R., Hirblinger H., 2010, s. 9]. Obowiązkiem szkoły jest więc dbanie o rzetelny rozwój dziecka nie tylko w sferze intelektualnej ale także emocjonalnej, społecznej i moralnej. Szkoła obok rodziny jest jednym z podstawowych środowisk odpowiedzialnych za zapewnienie dzieciom warunków do zdrowego rozwoju oraz promowania zachowań sprzyjających zdrowiu [Cieślikowska J., 2007, s. 207]. W kontekście tym, szkoła ma obowiązek wyposażyć ucznia w wiedzę, która będzie mu pozwalała utrzymywać zdrowie w jak najlepszej kondycji. W okresie nauki szkolnej młody człowiek powinien otrzymać taki zasób wiadomości i umiejętności, by w ciągu dalszego okresu życia umiał spożytkować go dla własnego

zdrowia . Wychowanie „dla zdrowia i ku zdrowiu” powinno obejmować nie tylko przekazywanie wiedzy o tym, co jest korzystne lub szkodliwe dla zdrowia, ale także rozwijanie tych umiejętności, które pomogą dzieciom skutecznie wykorzystywać tę wiedzę. Szczególnie ważne jest wyrobienie w młodym człowieku poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i zdrowie publiczne [Williams T., 1988, s. 195-197]. Promowanie zdrowia w szkole jest procesem ukierunkowanym na umacnianie i potęgowanie potencjałów zdrowia uczniów, oraz działania zmierzające do tworzenia w szkole sprzyjającego zdrowiu środowiska w jego wymiarze fizycznym i psychospołecznym [Gaweł A., 2014, s. 80]. Celem działań podejmowanych w ramach promocji zdrowia jest z jednej strony wyposażenie uczniów w wiedzę i umiejętności, czemu służyć ma edukacja zdrowotna jako element konstytutywny promocji zdrowia, z drugiej zaś stwarzanie warunków, które umożliwią uczniom właściwe reagowanie w sytuacjach zagrożenia zdrowia, oraz przejawianie na co dzień zachowań spełniających kryteria aktywności prozdrowotnej [Gaweł A., 2016, s. 138]. Wśród argumentów przemawiających za potrzebą wprowadzania do szkoły działań służących promowaniu zdrowia wymienić należy:

- pogarszające się wskaźniki aktywności fizycznej i nadmiernej wagi ciała,
- wzrastająca skala zaburzeń psychosomatycznych i psychicznych ,
- niekorzystne trendy w zakresie zażywania przez młodzież substancji psychoaktywnych,
- niepokojące zjawisko wadliwego funkcjonowania młodzieży w sferze psychospołecznej (agresja, wczesna inicjacja seksualna).

Podkreślić należy, że „dobre zdrowie i samopoczucie uczniów jest zasobem dla edukacji, sprzyja uczeniu się i skutecznej realizacji podstawowych zadań szkoły”[za: Woynarowska B., 2014, s. 10]. Badania potwierdzają, że uczniowie odczuwający dolegliwości somatyczne, z obniżonym poczuciem własnej wartości, nastroju, z lękami, czy z chorobami przewlekłymi, mają trudności w funkcjonowaniu w szkole i uczeniu się. Stanowią tzw. grupę ryzyka niepowodzeń szkolnych, które mogą zadecydować o przyszłości i dalszej karierze życiowej człowieka [Woynarowska B., 2014, s. 10].

1.2. Zachowania zdrowotne

1.2.1. Definiowanie zachowań zdrowotnych

Zachowania zdrowotne w literaturze często określane są jako: nawyki zdrowotne, praktyki zdrowotne, działania zdrowotne, zachowania prozdrowotne, pozytywne zachowania zdrowotne, zachowania sprzyjające zdrowiu, zachowania promocyjne i prozdrowotny styl życia.

Zagadnienie zachowań zdrowotnych od wielu lat jest przedmiotem rozważań teoretycznych, oraz badań z różnych dziedzin nauki. Ze względu na odmienne - specyficzne dla danej dyscypliny - podejście do przedmiotu badań, powstały różne koncepcje definiowania zachowań zdrowotnych, oraz ich klasyfikowanie [Suls J., Krantz D. S., Williams G. C., 2013, s. 597-601]. Zachowaniami zdrowotnymi często określane są czynności, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie.

K. Puchalski zachowaniami zdrowotnymi określa wybrane przez obserwatora lub podmiot działania, zachowania (typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (przekonań potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp.) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy [Puchalski K., 1990, s. 23-57]. A. Frączek i E. Stępień zachowania zdrowotne definiują „jako czynności podejmowane i realizowane przez ludzi, które bezpośrednio i doraźnie, albo pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjają lub szkodzą utrzymaniu normatywnych standardów zdrowia fizycznego i/ lub psychicznego” [za: Gruszczyńska M., i in., 2015, s. 559]. Zachowania te kształtują się w rezultacie doświadczeń socjalizacyjnych jednostki, zwłaszcza poprzez interakcję z bezpośrednim otoczeniem społecznym i mają charakter powszechny [Heszen I., Sęk H., 2007, s. 94-95]. Obszerną i użyteczną definicję zachowań zdrowotnych zaproponowała H. Sęk określając tym mianem „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają - na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania - w istotnym wzajemnym związku ze zdrowiem” [Sęk H., 2000, s. 539]. D. Gochman [1988, s. 3-17] prezentuje znacznie szersze rozumienie zachowań zdrowotnych i uwzględnia wpływ na nasze zdrowie przekonań i oczekiwań, oraz schematów myślowych i emocji. Do obszaru zachowań zdrowotnych zalicza takie osobiste atrybuty jak : przekonania, oczekiwania, motywy, spostrzeżenie i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe, włączając stany i cechy uczuciowe i emocjonalne, wzorce jawnego zachowania,

działania i nawyki, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem i polepszaniem zdrowia. Jest to złożona koncepcja, która akcentuje znaczenie mechanizmów psychologicznych dla kształtowania się zachowań zdrowotnych. Odwołuje się nie tylko do płaszczyzny poznawczej funkcjonowania człowieka (jego myśli, opinii), ale podkreśla rolę codziennych aktywności przejawianych w formie świadomych, celowych bądź zautomatyzowanych zachowań. D. Gochman zauważa, że zachowania zdrowotne mogą mieć charakter nawykowy - efekt socjalizacji, reaktywny - odpowiedź na wymagania społeczne i modę, lub czynności intencjonalnych - zachowania celowe, uwarunkowane wiedzą i świadomością zdrowotną.

A. Łuczyńska [2004, s. 14] zachowania zdrowotne określa jako „działania jednostki podejmowane ze względów zdrowotnych lub takie, które mają udokumentowany wpływ na zdrowie”

Z kolei A. Ostrowska [1999, s. 28] zachowaniami zdrowotnymi określa „każde intencjonalne działanie jednostki, którego celem jest utrwalenie, lub podnoszenie potencjału zdrowia niezależnie od jego skuteczności” Autorka zwraca uwagę na stan świadomości jednostki i celowość jej działania.

S. V. Kasl i S. Cobb [1966] zachowaniami zdrowotnymi określają wszystkie działania podejmowane przez osoby uznające się za zdrowe w celu zapobiegania chorobie, lub wykrycia jej w stadium przedklinicznym. Do zachowań zdrowotnych zaliczają wszystkie działania skierowane na poprawę zdrowia i doskonalenie jego formy [za: Tobiasz-Adamczyk B., 2000, s. 43].

B. Woynarowska [2007, s. 51-52]. zachowania zdrowotne spozstrzega jako „działania-lub ich zaniechanie, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka”

Dla I. Heszen-Niejodek zachowania zdrowotne to wszystkie aktywności ukierunkowane na cele zdrowotne w zależności od stanu zdrowia podmiotu [za: Banaszkiwicz M., Andruszkiewicz A., 2008, s. 72].

Zachowania zdrowotne zdaniem niektórych autorów, to nie tylko te działania które prowadzą do umacniania lub przywracania zdrowia, ale każda aktywność jednostki pozostająca w związku ze zdrowiem, w tym również ta niesprzyjająca utrzymaniu zdrowia [Żołnierczuk-Kieliszek D., 1999, s. 89-121].

Zachowania zdrowotne mogą być konsekwencją posiadania naukowo potwierdzonej wiedzy dotyczącej ich zdrowotnych skutków, ale mogą również wynikać z przekonań potocznych nie popartych naukowo. Ich celem może być poprawa,

promowanie zdrowia, lub przeciwdziałanie jego pogorszeniu [Bajcar E., Abramciów R., 2011, s. 171].

1.2.2. Podział zachowań zdrowotnych

I. Heszen i H. Sęk [2007, s. 106-121] w miejsce terminu „zachowania zdrowotne”, proponują wprowadzenie pojęcia „zachowań związanych ze zdrowiem”. Zachowania zdrowotne zdaniem autorek to wszelkie celowe i świadome zabiegi (niekoniecznie skuteczne), które prowadzą do polepszenia bądź umocnienia stanu zdrowia. Zachowania związane ze zdrowiem, to również codzienne czynności, nawyki (nie zawsze świadome), których skutek może być pozytywny bądź negatywny dla zdrowia. Autorki dokonały klasyfikacji zachowań zdrowotnych, uwzględniając:

- funkcje zachowania wobec zdrowia (korzystna bądź niekorzystna);
- poziom organizacji behawioralnej (nawyk lub czynność);
- poziom świadomości i cel zachowania;
- poziom zdrowia, w stosunku do którego się zachowanie podejmuje;
- zachowania związane ze zdrowiem wynikające z roli społecznej;
- treść zachowania, sferę życia i aktywności.

Z punktu widzenia zachowań względem zdrowia, zachowania można rozpatrywać ze względu na korzystne bądź niekorzystne skutki dla zdrowia i należy wyodrębnić tzw. zachowania prozdrowotne, oraz antyzdrowotne zwane również zachowaniami ryzykownymi lub autodestrukcyjnymi. Pierwsze służą zdrowiu, jego promowaniu i pozwalają zapobiegać chorobom, drugie wywierają negatywny wpływ na zdrowie, mogą je uszkadzać, niszczyć i sprzyjać rozwojowi chorób.

Ze względu na poziom organizacji behawioralnej, świadomość i cel zachowania, możemy wyodrębnić nawykowe i świadome (intencjonalne) czynności zdrowotne. Pierwsze obejmują takie zachowania jak: mycie się, sprzątanie, nawyki związane z aktywnym wypoczynkiem i są wynikiem procesów socjalizacyjnych i wpływów kulturowych. Drugie mają najczęściej charakter prozdrowotny i są podejmowane głównie w wyniku rozwoju jednostki, przyjmowania przez nią nowych ról i zadań społecznych, jak również w chwili pojawienia się choroby lub jej ryzyka. Są to działania świadome, ponieważ od poziomu świadomości zależy kształtowanie zdrowotnych wzorców zachowań.

Rozpatrując poziom zdrowia (czyli sytuację zdrowotną jednostki) możemy wyróżnić zachowania w sytuacji zdrowia - promocyjne i profilaktyczne, oraz

zachowania w sytuacji choroby - zachowania podejmowane na rzecz powrotu do zdrowia.

Uwzględniając pełnione role społeczne możemy wyróżnić rodzicielskie zachowania zdrowotne - związane z prozdrowotną lub antyzdrowotną opieką nad dziećmi, oraz zdrowotne zachowania medyczne - podejmowane przez przedstawicieli zatrudnionych w instytucjach opieki zdrowotnej .

J. O. Prochaska, C. C. Di Clemente [1983, s. 390-395] proponują sześć wymiarów klasyfikacji zachowań zdrowotnych:

- przyswojenie - zaprzestanie (treningi fizyczne - rezygnacja z wysokokalorycznej diety),
- uzależniające - nieuzależniające (zażywanie narkotyków - zapinanie pasów bezpieczeństwa),
- częste - rzadkie (dbanie o higienę osobistą - badania lekarskie),
- dozwolone prawnie - prawnie zakazane (konsumpcja alkoholu - prowadzenie pojazdu po spożyciu alkoholu),
- publiczne - prywatne (palenie papierosów - zachowania seksualne),
- społecznie akceptowane – nieakceptowane (nie do przyjęcia ze względu na dane społeczeństwo czy grupę społeczną).

S. V. Kasl i S. Cobb dokonali podziału zachowań zdrowotnych, uwzględniając stan zdrowia jednostki i wyróżnili :

- działania podejmowane przez osobę uważającą się za zdrową w celu niedopuszczania do wystąpienia choroby (*health behaviour*),
- działania osoby uważającej się za chorą w celu ustalenia diagnozy (*illness behaviour*),
- działania podejmowane przez osobę chorą w celu wyleczenia się (*sick-role behaviour*), [za: Majchrowska A., 2003, s. 295-296].

Rozbudowaną typologię zachowań prozdrowotnych z zastosowaniem kryterium celu opracował L. Kobe. Przedmiotem zainteresowania autora stały się zachowania mieszczące się w obszarze profilaktyki, promocji zdrowia oraz terapii. Klasyfikacja jego stanowi ilustrację rozszerzania się zakresu zachowań zdrowotnych i obejmuje:

- każdą aktywność osoby uważającej się za zdrową, podjętą w celu osiągnięcia wyższego poziomu swego zdrowia (*wellness behaviour*),

- każdą aktywność osoby uważającej się za zdrową, podjętą w celu zapobieżenia chorobie lub jej wczesnego wykrycia (*preventive health behaviour*),
- każdą aktywność osoby uważającej się za zdrową, ale podlegającej większemu niż przeciętnie ryzyku zachorowania, podejmowaną w celu uniknięcia choroby lub zapobieganiu jej skutkom, dzięki działaniom ukierunkowanym na wczesne jej wykrycie (*at-risk behaviour*),
- każdą aktywność osoby, która uważa się za chorą, podejmowaną w celu określenia swego stanu zdrowia i uzyskania pomocy (*illness behaviour*),
- każdą aktywność osoby, uważającej się za chorą podejmowaną w celu poprawy swego stanu przy minimalnej pomocy lekarza, terapeuty i niewielkim uzależnieniu od otoczenia (*self-care behaviour*),
- każdą aktywność osoby uważającej się za chorą podejmowaną w celu odzyskania zdrowia i znacznym uzależnieniu od pomocy innych osób, zwłaszcza specjalistów medycznych (*sick-role behaviour*),
- każdą aktywność osoby mającą na celu zajście w ciążę i troskę o normalny jej przebieg (*reproductive behaviour*),
- każde z pierwszych sześciu zachowań podejmowane przez jednostkę w celu utrzymania lub poprawy zdrowia płodu lub dziecka, za które jednostka jest odpowiedzialna (*parenting health behaviour*),
- każdą aktywność podejmowaną przez jednostkę samodzielnie lub wspólnie z innymi, za pomocą różnych instytucji, rozwiązań prawnych, zasobów ekonomicznych, ukierunkowaną na przekształcenie czynników wpływających na zdrowie [za: Rosińska M., 2010, s. 25-26].

B. Tobiasz-Adamczyk [2000, s. 42] dodatkowo wyróżnia zachowania zmierzające do poprawy środowiska. Zachowania zdrowotne zdaniem tej autorki wyznaczane są przez trzy rodzaje czynników:

- czynniki poznawcze - związane z poziomem wiedzy na temat związku określonego zachowania ze zdrowiem i które są warunkiem wstępnym, koniecznym, ale nie wystarczającym do podejmowania działań na rzecz zdrowia, lub powstrzymania się od działań szkodliwych,
- czynniki emocjonalno-motywacyjne - oznaczające stan gotowości do podjęcia zachowania, któremu odpowiada subiektywne odczucie zrobienia czegoś,

- czynniki behawioralne - do których należą zachowania zalecane i zachowania przeciwwskazane z punktu widzenia zdrowia [2000, s. 43].

Z kolei W. Green i M. W. Kreuter wytypowali trzy grupy czynników wpływających na kształtowanie zachowań zdrowotnych, i są to:

- czynniki predysponujące - na które składają się wartości, postawy, wiedza,
- czynniki umożliwiające - rozumiane jako przepisy prawa, polityka zdrowotna (lokalna, krajowa) i opieka zdrowotna,
- czynniki wzmacniające - czyli pewne normy, akceptowane przez grupę rówieśniczą, szkolną, rodzinę czy pracowników ochrony zdrowia [za: Woynarowska B., 2007, s. 54].

J. Wardle i A. Steptoe natomiast [2010, s. 12-32] wyszczególnili pięć samoograniczeń wspierających zachowania zdrowotne, czyli :

- unikanie używek czyli środków psychoaktywnych (papierosów, alkoholu, narkotyków),
- pozytywne praktyki zdrowotne: ćwiczenia fizyczne, odpowiednia ilość snu, higiena osobista, itp.,
- zwyczaje żywieniowe: ilość spożywanych produktów tj. mięso, białka, tłuszcze zwierzęce, węglowodany, owoce, sól, itp. ilość spożywanych posiłków dziennie,
- bezpieczne prowadzenie samochodu: trzeźwość, bezpieczna prędkość, używanie pasów bezpieczeństwa również na tylnym siedzeniu,
- zachowania związane z działalnością prewencyjną: badania kontrolne u lekarzy specjalistów, pomiar ciśnienia tętniczego, samobadanie piersi i jąder, badanie cytologiczne.

Związek zachowania ze zdrowiem nie jest jedynym czynnikiem warunkującym jego stan. Przy zachowaniach zdrowotnych stosuje się pojęcie tzw. „czynnika ryzyka”, czyli czynnika wskazującego jedynie na prawdopodobny związek określonych zachowań ze zdrowiem. Prawdopodobieństwo wystąpienia choroby zależy w dużej mierze od liczby, charakteru, natężenia i interakcji czynników ryzyka. Poszczególne zachowania jako promotory określonego schorzenia mogą się sumować, dając efekt addytywny - czyli prawdopodobieństwo choroby rośnie proporcjonalnie do wagi poszczególnych czynników. Może wystąpić efekt synergistyczny - obecność jednego zachowania dodatkowo zmaga szkodliwe działanie innego zachowania, bądź czynnika

środowiskowego. Może mieć także miejsce efekt neutralizujący - jedno zachowanie redukuje negatywny wpływ innego zachowania [Dolińska-Zygmunt G., 2001, s. 9-16].

1.2.3. Uwarunkowanie zachowań zdrowotnych

Zachowania zdrowotne są wyznaczane w znacznej mierze kontekstem kulturowym i społecznym, który z jednej strony kształtuje, a z drugiej strony ogranicza indywidualne wybory [Mechanic D., za: Ostrowska, 1999, s. 15]. Kultura kształtuje m.in. ogólny poziom życia członków danej zbiorowości, wyobrażenia o zdrowiu i chorobie, sposób spostrzegania, odczuwania, opisywania i interpretowania objawów chorobowych, stan wiedzy na temat przyczynowości chorób, postawy i zachowania wobec choroby własnej i innych, postawy i zachowania chorych wobec zabiegów leczniczych, postawy i zachowania personelu medycznego wobec pacjentów, a przede wszystkim styl życia danej zbiorowości [Janaszczyk A., i in, 2012, s. 12-15]. Znaczny udział w kształtowaniu zachowań zdrowotnych i postaw wobec zdrowia mają mass media i kampanie społecznościowe. Media stały się współcześnie integralną częścią codzienności człowieka i ważnym źródłem informacji o zdrowiu. Jako środek komunikacji masowej stanowią doskonale narzędzie oddziaływania i modelowania pożądanych zachowań społecznych, w tym zdrowotnych. Dzięki atrakcyjności form przekazu media sprawiły, iż procesy zdobywania wiedzy, przyjmowania wzorów zachowań lub rozwijania zainteresowań są przyjemniejsze i odnoszą większy skutek. Rozwój nowych technologii informacyjnych wpływa na sposób podawania i przyswajania informacji, stawiając w centrum nie książkę i papier, a monitor i środowisko cyfrowe [Kosicka E., Lis R., 2016, s. 89-93]. Współcześnie środki masowego przekazu zajmują istotne miejsce w poszukiwaniu informacji o zdrowiu. Z badań przeprowadzonych w 2014 r w Warszawie, w grupie wiekowej 15 - 65 lat wynika, że ponad $\frac{3}{4}$ respondentów wyszukuje informacji o zdrowiu w mediach, z czego (93,2%) osób uznaje tę metodę za skuteczną [Czerw A., i in., 2014, s 41-54].

Także kampanie społeczne stają się obecnie coraz bardziej skutecznym, a zarazem popularnym sposobem oddziaływania na społeczeństwo w celu wywoływania zainteresowania zagadnieniami społecznymi czy kształtowania społecznie pożądanych wzorców zachowań lub ich zmiany. Dla potrzeb promocji zdrowia dotyczą problemów dotyczących aktywności fizycznej, odżywiania, badań profilaktycznych, szczepień ochronnych czy działań antynikotynowych. Społeczne kampanie stają się coraz częściej czynnikiem kreowania zmian społecznych

o charakterze całkowicie świadomym i zaplanowanym. Wykorzystuje się w nich różne kanały komunikacyjne, a ich odpowiedni dobór ma ogromne znaczenie w dotarciu do odbiorcy. Prawie (91%) respondentów ocenia kampanie społeczne jako potrzebne, a (90%) postrzega je jako bardzo skuteczne [Czerw A., i in., 2014, s. 41-54].

Mówiąc o zachowaniach zdrowotnych należy zwrócić uwagę na demograficzno-społeczne jego wyznaczniki, ponieważ mają one istotne znaczenie w kształtowaniu zachowań w stanie zdrowia i choroby. Przez znajomość czynników demograficznych takich jak wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, można przewidzieć zachowania zdrowotne danej jednostki. Młodsze, bogatsze, lepiej wykształcone osoby, które nie są narażone na stres, oraz posiadają wysoki poziom wsparcia społecznego, są bardziej skłonne do praktykowania prozdrowotnych zachowań. Im wyższa podatność na stres i/lub mniejsza zamożność, tym częściej występują zachowania antyzdrowotne np. nadmierne spożywanie alkoholu [Conner M., Norman P., 2005]. Osoby o niższym poziomie wykształcenia, częściej, niż osoby wykształcone, określają siebie jako niezdolne do wykonywania obowiązków zawodowych w momencie stwierdzenia objawów chorobowych.

Ważna jest także, sytuacja materialna współczesnych rodzin, która w dużym stopniu determinuje zachowania związane ze zdrowiem. Bezrobocie, bieda, trudne warunki socjalno-bytowe, mogą prowadzić do wykluczenia społecznego, czyli zjawiska ekсклюzy, która obok materialnej obejmuje również niematerialną deprywację [Dziewięcka-Bokun L., 2003, s. 212]. Płeć i wiek także znacząco wpływają na zachowania zdrowotne. Z badań wynika, że kobiety częściej niż mężczyźni poddają się okresowym badaniom kontrolnym.

W literaturze podkreśla się, że świadomość oraz praktykowanie zachowań prozdrowotnych zwiększa się wraz z wiekiem [Zielińska M., 2008; Królikowska S., 2011; Ślusarska B., i in., 2013].

Istotną rolę odgrywa także poziom wiedzy o zdrowiu (posiadany przez ludzi), który jest jednym z podstawowych wyznaczników postaw i zachowań zdrowotnych związanych z zachowaniem i utrzymaniem zdrowia, oraz działaniami prewencyjnymi. Analizując czynniki osobowościowe, które mają znaczenie w podejmowaniu zachowań zdrowotnych, autorzy z reguły najczęściej skupiają się na determinantach zachowań tzw. niekorzystnych dla zdrowia, określanych także jako szkodliwe lub ryzykowne (palenie tytoniu, sięganie po substancje psychoaktywne .itp.). Wśród cech osobowości sprzyjających tym zachowaniom wymienia się m. in: niedojrzałość emocjonalną, niską

odporność na stres, nadmierną zależność od innych, trudności w wyrażaniu uczuć, wysoki poziom niepokoju, poczucie izolacji i niską samoocenę [za: Ogińska-Bulik, N., 2010, s. 23-42]. W kształtowaniu zachowań zdrowotnych obok typowych cech osobowości, duże znaczenie odgrywają tzw. zasoby osobiste jednostki, w tym przekonania i oczekiwania. Na podejmowanie określonych zachowań istotnie wpływa :

- poczucie koherencji (osoby charakteryzujące się wyższym poczuciem koherencji częściej przejawiają prozdrowotny styl życia),
- optymizm życiowy (wpływa pozytywnie na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka, motywuje do podejmowania zachowań prozdrowotnych),
- poczucie własnej skuteczności (wraz ze wzrostem przekonania o możliwości zrealizowania celu, wzrasta motywacja do podjęcia określonego zachowania),
- wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (osoby z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli są bardziej odpowiedzialne za swoje zdrowie, bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną [Juczyński Z., Ogińska-Bulik N., 2003; Hakanen J. J., i in., 2007]).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) poprzez hasło „Zdrowie zaczyna się w domu” podkreśla rolę rodziny w kształtowaniu zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Zachowania zdrowotne rozwijają się w procesie socjalizacji, a rodzice w każdym okresie życia stanowią dla swoich dzieci wzory osobowe. W rodzinie człowiek uczy się funkcjonowania w społeczeństwie, nabywa umiejętności i wiedzę, która stanowi fundament socjalizacji [Kawula S., 1998, s. 38; Okoń W., 2004, s. 373-374]. W toku społecznego uczenia się na bazie procesów naśladowania, modelowania i identyfikacji rodzice przekazują swoim dzieciom różne wzorce zachowań [Gawel A., 2001, s. 120]. To w rodzinie następuje pierwsze wychowanie zdrowotne, jak również kształtowanie postaw wobec zdrowia, przekazywanie określonych elementów wiedzy na temat zdrowia i choroby, wyrabianie emocjonalnego stosunku do zdrowia i jego wartości [Tobiasz –Adamczyk B., 2000, s. 170-171].

W rodzinie w procesie socjalizacji dziecko przyswaja nawyki zdrowotne związane z aktywnością fizyczną, z prawidłową dietą czy higieną osobistą. Przyswojone nieprawidłowości w tym zakresie mogą powodować negatywne następstwa zdrowotne sięgające wieku dorosłego [Kuras B., 2003, s. 62]. Rodzice dostarczają modeli zachowań zdrowotnych i komunikują oczekiwania dotyczące ich podejmowania, a także wstrzymują, lub zapewniają dostęp do niedozwolonych

substancji, takich jak: papierosy czy alkohol. Rodzice są odpowiedzialni za strukturę życia rodzinnego i zasady je regulujące, np. wyznaczając dzieciom pory posiłków i czas położenia się spać. Zachowania rodziców pełnią funkcje predykcijną wobec tych samych zachowań u ich dzieci. Dla dziewcząt większe znaczenie wydają się mieć zachowania zdrowotne matek, dla chłopców - zarówno matek, jak i ojców [Zadworna-Cieślak M., 2010, s. 148]. Rodzice dzięki swej pozycji, oraz długotrwałości kontaktów z dzieckiem, mają największe możliwości kształtowania zdrowia i zachowań zdrowotnych swoich dzieci od urodzenia aż do pełnoletniości. Istotną rolę w kształtowaniu prozdrowotnych zachowań mają wartości, jakimi kierują się rodzice. Z badań wynika, że wpływ rodziców na zachowania zdrowotne dzieci, może zachodzić nawet w późniejszym wieku, głównie poprzez przekazany im system wartości, w postaci wzorców, reguł i zasad postępowania. Rodzina w tym przekazywanie zdecydowanie wyprzedza wpływy innych środowisk pozarodzinnych – szkoły, mediów, a nawet kościoła [Skrzypniak R., 2002, s. 150]. D. Neumark-Sztainer [2005, s. 133-140] określiła wpływ rodziny na zachowania zdrowotne swoich dzieci poprzez takie czynniki jak :

- siła związków rodzinnych umacnianych poprzez wspólne posiłki, rozmowy i spędzanie wolnego czasu,
- styl wychowania charakteryzujący się ciepłem, akceptacją i asertywnością wobec reguł, norm i wartości oraz otwartymi negocjacjami,
- właściwe wzorce modelowane przez rodziców,
- zaangażowanie w inne systemy - w sytuację szkolną dziecka, grupy rówieśnicze;
- poszukiwanie pomocy profesjonalnej w razie potrzeby,
- przestrzeganie limitów ekspozycji dzieci na negatywne wpływy mediów, dyskusowanie o modelach przedstawianych w mediach.

Zdrowie dziecka zależy w dużym stopniu od rodziny, co świadczy o jej niezwykle dużym potencjale oraz wychowawczych możliwościach, jakie w niej tkwią [Izdebska J., 2003, s. 70]. Należy mieć świadomość, iż zachowania zdrowotne kształtują się głównie w okresie wzrastania i rozwoju dziecka. Nieprawidłowo ukształtowane w dzieciństwie i w młodości, mogą być trudne do zmiany w wieku dorosłym.

1.2.4. Kształtowanie i zmiana zachowań związanych ze zdrowiem

W modyfikowaniu zachowań związanych ze zdrowiem, konieczne jest pogłębienie wiedzy na temat mechanizmów odpowiedzialnych za zmianę tychże zachowań tak, aby stanowiły typowy codzienny element aktywności życiowej człowieka. Zwraca się uwagę na czynniki biorące udział w podejmowaniu i podtrzymywaniu zachowań zdrowotnych, takich jak:

- motywacja (intencja) do podjęcia danego zachowania;
- planowanie działania;
- wcielenie zamiaru w życie poprzez określone zachowanie.

Istotne znaczenie w poszczególnych fazach procesu zmiany zachowania odgrywają: osobiste postawy, oraz normy kształtowane systemem społeczno-kulturowym, spostrzegane zyski i straty z podejmowanego zachowania, a także oczekiwania dotyczące skutków zmiany zachowania [za: Łuszczynska A., 2004, s. 22-46].

Znaczącą rolę między procesami poznawczymi, a zachowaniami zdrowotnymi pełni wartościowanie zdrowia. Spostrzeganie zdrowia jako wartości nadrzędnej kieruje uwagę ku zagadnieniom zdrowia, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo zaangażowania się w zachowania prozdrowotne [Bajcar E., Abramciów R., 2011, s. 177]. Gotowość do podejmowania zachowań zdrowotnych zależy także od podmiotowych koncepcji zdrowia i choroby, na które składają się przekonania dotyczące zdrowia - jego uwarunkowań, oraz choroby - jej przyczyn, przebiegu i sposobów leczenia. Poczucie zagrożenia chorobą i związane z nią negatywne emocje mogą zwiększać prawdopodobieństwo planowania działań, które w przyszłości pozwolą zminimalizować straty, lub im zapobiec [Bajcar E., Abramciów R., 2011, s. 178]. Pośród licznych modeli teoretycznych wyjaśniających podejmowanie i utrzymywanie aktywności związanej ze zdrowiem, na szczególną uwagę zasługuje:

Model przekonań zdrowotnych (*Health Belief Model*).

Podjęcie zachowania zdrowotnego, zgodnie z założeniami tego modelu, zależy od spostrzeganego ryzyka zachorowania i spostrzeganego powagi przyszłej choroby, które kształtując poczucie zagrożenia zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia działań prewencyjnych. Czynnikiem modyfikującym poczucie zagrożenia są tzw. wskazówki do działania tzn. kampanie społecznościowe, kampanie w mediach, choroba bliskiej osoby, czy własne doświadczenia zdrowotne. Należy jednak podkreślić, iż poczucie

zagrożenia nie jest głównym wyznacznikiem zmiany zachowania. Istotne znaczenie ma tutaj analiza kosztów i zysków związanych z podjęciem konkretnego działania. Prawdopodobieństwo zmiany zachowania wzrasta, gdy korzyści wynikające z jego zmiany przewyższają koszty z nim związane [Łuczyńska A., 2004, s. 23-26].

Na poczucie zagrożenia chorobą, oraz analizę korzyści i strat związanych z podjęciem określonego zachowania, modyfikująco wpływają: zmienne demograficzne takie jak: wiek, płeć; zmienne społeczno-psychologiczne takie jak: osobowość, pozycja społeczna; zmienne strukturalne takie jak: wiedza o chorobie. Istotnym wyznacznikiem zachowania zdrowotnego obok wyżej wymienionych, jest motyw zdrowotny - czyli stopień zainteresowania sprawami zdrowia, który wiąże się z umiejscowieniem zdrowia w systemie wartości jednostki [Heszen I., Sęk H., 2007, s. 106-121].

Model motywacji do ochrony (*Protection Motivation Theory*).

Zgodnie z założeniami tego modelu, warunkiem niezbędnym do podjęcia zachowania zdrowotnego jest ukształtowanie intencji behawioralnej, rozumianej jako motywacja do ochrony zdrowia. Wyznacznikami intencji behawioralnej są między innymi: spostrzegana powaga choroby, spostrzegana podatność na zachorowanie, oczekiwanie dotyczące skuteczności działania, które mogłoby być w danej sytuacji podjęte, a także oczekiwanie własnej efektywności. Zaletą modelu motywacji do ochrony jest wprowadzenie kategorii intencji i wyszczególnienie zmiennych wpływających na jej ukształtowanie. Istotne jest także uwzględnienie oczekiwań dotyczących własnej skuteczności, które w znaczący sposób wpływają na zachowania zdrowotne [Schwarzer R., 2008, s. 1-28].

Teoria planowanego zachowania (*Theory of Planned Behaviour*) I. Ajzena [1988]. Zgodnie z założeniami tego modelu, na ukształtowanie intencji zmiany zachowania wpływają trzy czynniki:

- indywidualna postawa wobec zachowania,
- subiektywna norma,
- spostrzegana kontrola behawioralna.

Indywidualna postawa wobec zachowania jest wynikiem spostrzeganych konsekwencji danego zachowania oraz osobistej oceny tych konsekwencji. Norma subiektywna kształtowana jest pod wpływem spostrzeganych przez jednostkę oczekiwań ze strony znaczących dla niej osób, oraz społecznej presji na podporządkowanie się tym oczekiwaniom. Spostrzegana kontrola behawioralna (tożsama z własną skutecznością) jest wypadkową doświadczeń jednostki związanych

z pokonywaniem trudności i dotyczy spostrzeganej zdolności do radzenia sobie z wyzwaniami. Oddziałuje w fazie formowania intencji i wpływa na jej realizację [Łuczyńska A., 2004, s. 22-28].

Koncepcja własnej skuteczności (*Self-Efficacy*) A. Bandury [1977].

Skuteczność własna to optymistyczne przekonanie jednostki, że posiada kompetencje niezbędne do osiągnięcia zamierzonego celu, czyli zmiany zachowania. Źródłem własnej skuteczności mogą być :

- doświadczenia osobiste, w toku których jednostka uczy się spostrzegać związki między własnym działaniem i jego konsekwencjami,
- doświadczenia pośrednie, w których jednostka obserwuje efekty działania innych podobnych do siebie osób i na tej podstawie wnioskuje o własnych możliwościach,
- informacje na temat własnych kompetencji uzyskiwane od osób trzecich,
- ocena własnej zdolności panowania nad sytuacją.

Poczucie własnej skuteczności jest istotnym łącznikiem między wiedzą jednostki o jej zasobach a jej zachowaniem. Wpływa na wybór celu działania, wytrwałość w dążeniu do niego, oraz atrybucję przyczyn sukcesów i porażek odnoszonych w wyniku podjętego aktualnie lub przewidywanego działania. Przekonanie o własnej skuteczności może być źródłem pozytywnych emocji, które sprzyjają trafnej ocenie poznawczej danej sytuacji i ułatwiają kierowanie uwagi na czynniki sprzyjające osiągnięciu celu. Oczekiwania dotyczące własnej skuteczności wynikają z nabytych doświadczeń i zawierają przekonania na temat własnych możliwości prowadząc do podejmowania racjonalnych działań. Nie powinny być jednak utożsamiane z nierealistycznym optymizmem, który najczęściej jest rezultatem błędów wynikających z braku wiedzy i doświadczenia [Łuszczyńska A., 2004, s. 29-34].

Przekonania o własnej skuteczności wpływają na powstawanie intencji bezpośrednio:

- sprzyjając formułowaniu ambitnych celów i podtrzymując zaangażowanie w proces podejmowania decyzji, lub pośrednio - modyfikując ocenę zysków i strat w taki sposób, że spostrzegane korzyści związane ze zmianą zachowania przewyższają spostrzegane straty.

Modele procesualne (*Health Action Process Approach - HAPA*).

Zgodnie założeniami tego modelu, zakłada się istnienie dwóch jakościowo różnych etapów zmiany zachowania. Pierwszy etap - to faza motywacyjna, odnosząca się do procesów preintencjonalnych. Drugi etap - to faza wolicjonalna, odnosząca się do procesów postintencjonalnych. W obydwu fazach poczucie własnej skuteczności uznaje się za nadrzędny czynnik wpływający na zachowanie. W fazie motywacyjnej oprócz oczekiwań dotyczących własnej skuteczności, istotną rolę odgrywają oczekiwania dotyczące wyniku działania, czyli zmiany zachowania. Powstaje intencja która jest realizowana w fazie wolicjonalnej w postaci planów działania, jak i samych działań. Intencja może być modyfikowana poprzez bieżącą ocenę, jak również poprzez analizę zysków i strat .

Rozszerzony model HAPA, zakłada, że w przypadku własnej skuteczności mamy do czynienia nie z jedną, lecz z wieloma jej rodzajami, które są specyficzne dla różnych faz zmiany zachowania. Wyróżnia się trzy rodzaje własnej skuteczności:

- w inicjowaniu działania,
- w utrzymywaniu zachowania,
- w ograniczaniu nawrotów, [Łuszczynska A., 2004, s. 46].

Skuteczność własna w inicjowaniu działania, odnosi się do przekonań jednostki, że może w przyszłości zmienić swoje zachowanie, co umożliwia jej planowanie celów oraz strategii ich osiągnięcia.

Skuteczność własna w utrzymywaniu zachowania, dotyczy przekonania, że możliwe jest pokonanie barier pojawiających się na drodze do osiągnięcia celu.

Skuteczność własna w ograniczaniu nawrotów, wyraża się w nastawieniu jednostki, iż mimo nawrotu do dawnych niekorzystnych przyzwyczajzeń, potrafi ona ponownie podjąć działania ukierunkowane na zmianę zachowania.

Skuteczność w formowaniu intencji zmiany zachowania nie musi współwystępować z silną własną skutecznością w podtrzymywaniu działania i w ograniczaniu nawrotów. Dlatego skuteczne działania podejmowane w celu zmiany zachowania powinny polegać na wzmacnianiu przekonań specyficznych dla danej fazy zachowania [Bajcar E., Abramciów R., 2011, s. 181-182]

Model zachowań zdrowotnych - to polski model opracowany przez Z. Juczyńskiego w 2001 roku. W swoim założeniu nawiązuje do omówionych powyżej modeli. Autor szczegółowo opisuje fazę motywacyjną zachowania i wyróżnia trzy etapy poprzedzające sformułowanie zamiaru jego zmiany:

- przygotowanie,
- podejmowanie decyzji,
- planowanie.

Na etapie przygotowania nie jest rozważana konkretna zmiana zachowania, jednak pojawia się pewna refleksja nad własnym zdrowiem i możliwościami wpływania na niego. Kluczowe znaczenie dla powstania refleksji mają osobiste przekonania zdrowotne, postawy oraz subiektywne normy. W fazie formułowania intencji istotną rolę odgrywają procesy oceny poznawczej, w której oceniana jest własna podatność na zachorowanie, powaga prawdopodobnej choroby oraz przewidywane zyski i straty wynikające z podjęcia określonego działania zdrowotnego. Wynikiem tych ocen jest sformułowanie zamiaru zmiany zachowania. W fazie planowania powstaje szczegółowy scenariusz realizacji zachowania, precyzujący jakie działania zostaną podjęte, gdzie i kiedy będą wykonywane. Na tworzenie planu działania wpływają: oczekiwania dotyczące wyniku działania i jego odległych skutków, a także przekonania dotyczące własnej skuteczności. Samo sformułowanie zamiaru nie gwarantuje jeszcze podjęcia i zrealizowania działania, mimo, iż jest jego najlepszym predyktorem. Realizacja zmiany zachowania przebiega w dwóch kolejnych etapach: w fazie działania i w fazie podtrzymywania działania. W fazie działania istotną rolę pełni bieżąca ocena przebiegu działania, dzięki której możliwa jest jeszcze modyfikacja zmian w planie działania. Istotne znaczenie w tej fazie, odgrywają gratyfikacje związane z działaniem. Podtrzymanie rozpoczętego działania jest wypadkową przeszkód jakie pojawiają się na drodze do jego zmiany i otrzymywanego społecznego wsparcia [Juczyński Z., 2001, s. 18-20].

Wyniki badań pokazują, że zmiana zachowań zdrowotnych ma najczęściej przebieg fazowy i w praktyce występują trzy jego fazy:

- decyzja o zmianie zachowania (intencja)
- wprowadzanie zmian
- utrwalanie zachowań prozdrowotnych lub prewencyjnych

Na podstawie licznych badań opracowano ogólne zasady które powinny być uwzględniane w kształtowaniu i zmianie zachowań zdrowotnych:

- kształtowanie i zmiana powinny być efektem swobodnego wyboru jednostki,
- zachowania zdrowotne powinny być oceniane pozytywnie i mieć ścisły związek z hierarchią wartości jednostki,

- stawiane cele powinny być realne do osiągnięcia i skutkować wzmocnieniem lub powstaniem poczucia własnej skuteczności,
- wiedza i stawiane cele powinny być dostosowane do wieku odbiorców i nie mogą odbiegać od ich sytuacji ekonomicznej i społecznej,
- w procesie kształtowania zachowań zdrowotnych istotną rolę odgrywa wspomagające działanie grup odniesienia (rodziny, grupy rówieśniczej, społeczności lokalnej, jak również wsparcie fachowe ze strony profesjonalistów) [Sęk H., 2000, s. 32].

Poznanie czynników psychologicznych i społecznych powiązanych z podejmowaniem zachowań prozdrowotnych, oraz eliminowaniem zachowań szkodliwych, może być warunkiem skutecznej promocji i edukacji zdrowotnej. Jednym z obszarów w którym z powodzeniem można prowadzić działania edukacyjne jest szkoła. Znajomość omawianych psychologicznych mechanizmów zachowań, może pomóc nauczycielom w kształtowaniu prawidłowych postaw młodzieży wobec zdrowia, a także w motywowaniu uczniów do konkretnych działań zmierzających do jego poprawy i utrzymania.

1.2.5. Wartości i ich związek z zachowaniami zdrowotnymi

„Wartości” to idee, zjawiska, przedmioty materialne i niematerialne, stany, osoby, grupy, rzeczy, które są przez jednostkę, grupę, klasę społeczną dodatnio lub ujemnie oceniane, bądź aprobowane czy odrzucane [Olechnicki K., Załęcki P., 2002, s. 239]. Stanowią podstawę do podejmowania przedsięwzięć życiowych, ale także do budowania na ich podstawie sensu życia. Wartości wyznawane przez jednostkę są czynnikiem decydującym o jej zachowaniu, albowiem to one determinują ustalenie życiowych celów i stanowią podstawowe kryterium dokonywanych wyborów. Wartości mogą mieć różną moc regulacyjną wobec zachowań, w zależności od tego, czy przyjmują postać wartości deklarowanych, akceptowanych, pożądanых czy praktykowanych [Woynarowska B., 2007, s. 40; Piechaczek-Ogerman G., 2009]. Sama znajomość wartości nie jest czynnikiem wystarczającym, aby realizować je w życiu osobistym i społecznym. W tym miejscu należy podkreślić, iż jednostka kształtuje swoje wartości z jednej strony pod wpływem zasięgu kultury danego społeczeństwa, z drugiej pod wpływem subkultury kręgu społecznego, do którego należy. Niektóre wartości przyjmuje świadomie, uznając je za ważne w swoim życiu i dąży do ich realizacji. Wpływowi innych, podlega często nieświadomie ulegając

prądom kulturowym, stosując je w swoim działaniu bezrefleksyjnie, mimo woli [Urych I., 2013, s. 232].

Aby hierarchia wartości miała charakter zinternalizowany, musi zostać przez jednostkę samodzielnie zbudowana i świadomie zaakceptowana [Karwatowska M., 2010, s. 9]. Mimo, iż między deklaracją a realizacją wartości, często znajduje się olbrzymia przepaść, to jednak w procesie edukacyjnym niezwykle ważne jest kształtowanie postawy aksjologicznej, polegającej na umiejętności dokonywania wyboru między wartościami [Karwatowska M., 2010, s. 167]. Wypracowanie i ukształtowanie właściwej i trwałej hierarchii wartości wydaje się być czynnikiem niezbędnym do świadomego życia, w tym do podejmowania nie tylko odpowiedzialnych decyzji, czy dokonywania właściwych życiowych wyborów, ale także do przejawiania zachowań społecznie oczekiwanych.

Człowiek kształtuje swój system wartości powoli, w ciągu całego życia. Jest on wypadkową nie tylko jego doświadczeń, ale także modyfikacji w postrzeganiu siebie i otaczającego go świata. Ten rozciągnięty w czasie proces jest niezbędny nie tylko dla rozwoju samej jednostki, ale również dla społeczeństwa, albowiem każda zmiana w systemie wartości prowadzi do zmiany postaw, a w konsekwencji do zmiany zachowania.

W warunkach szybkich przemian społecznych, politycznych i ekonomicznych pojawiają się wartości nowe, a dotychczas istniejące zyskują nowe znaczenie lub podlegają procesom destabilizacji. Coraz częściej mówi się o relatywizmie wartości i o chaosie w tej sferze. Młodej osobie trudno zorientować się co jest dobre, a co złe, skoro gubią się w tym, i dorośli. W świecie w którym więcej znaczy „mieć” niż „być” i w którym podstawową wartością staje się pieniądz i dobra materialne, trudno jest wychowywać młode pokolenie do wartości [Kozłowska I., Olszewska E., 2007].

Wielu rodziców zadaje sobie pytanie, czy warto uczyć swoje pociechy wartości uniwersalnych, jeśli w ich efekcie dzieci mogą być gorzej przystosowane do coraz bardziej „drapieżnego otoczenia”. W odpowiedzi należy podkreślić, iż postawy dzieci oraz ich świat wartości kształtuje przede wszystkim dom rodzinny, w dalszej kolejności szkoła, środki społecznego przekazu, oraz kościół. Wskazane byłoby, aby te wychowawcze środowiska oddziaływały na młodą osobę w sposób komplementarny i wzbudzały w nim refleksję nad sobą, oraz otaczającą go rzeczywistością. Przekazywanie młodym ludziom wartości wynikających z godności człowieka, oraz ich ugruntowywanie, wydaje się być nieodzowne dla prawidłowego funkcjonowania

w społeczeństwie, do kształtowania szacunku do osoby własnej i swojego zdrowia, do życia zgodnego ze swoimi aspiracjami i możliwościami, do prawidłowego funkcjonowania w życiu dorosłym i dawania sobie rady z problemami dnia codziennego.

Badanie systemu wartości młodzieży gimnazjalnej przeprowadzone przez Jarosława Domalewskiego [2013] wykazało, że młodzież najwyżej ceni sobie udane życie rodzinne, przyjaciół, dobre wykształcenie oraz interesującą pracę, w dalszej kolejności dobrze płatną pracę, bycie użytecznym dla innych, spokojne życie, prestiż i szacunek otoczenia. Badania R. Jedlińskiego [2000] pokazują, że najwyższe miejsce w systemie wartości młodzieży zajmuje rodzina i miłość. Na dalszych miejscach znajduje się prawda, piękno, dobro i patriotyzm.

Okres dojrzewania to czas intensywnych przemian świadomości, które w dużej mierze determinują postrzeganie zdrowia i jego lokowanie w osobistym systemie wartości.

Zdrowie jako wartość indywidualna i społeczna jest tematem zarówno nauk społecznych, jak i nauk o wychowaniu w promocji zdrowia. Jest niezbędne w osiągnięciu indywidualnych celów życiowych, zaspokajaniu aspiracji życiowych, a w kontekście wartości społecznej generuje pomnażanie dóbr zarówno społeczno-ekonomicznych, jak i kulturowych [za: Syrek E., 2008, s. 40].

Sposób zachowania się i postępowania wobec własnego zdrowia zależy od wielu czynników, wśród których na pierwszy plan wysuwa się indywidualna hierarchia wartości, oraz posiadany zasób wiedzy na temat zdrowia. Sposób, w jaki jednostka postrzega zdrowie, wpływać będzie na jej samopoczucie, aktywność życiową, a także realizację zachowań mu sprzyjających [Kowalski M., Gawęł A., 2006, s. 60-61].

Z badań S. Wagnera [2015, s. 279] wynika, że młode osoby, zazwyczaj niemające problemów ze zdrowiem, nie doceniają jego wartości i nie dostrzegają oczywistego związku zdrowia z innymi wysoko cenionymi wartościami takimi jak: udane życie, dobra praca, czy spokojna przyszłość. Wartościowanie zdrowia pełni ważną pośredniczącą funkcję między procesami poznawczymi a zachowaniami zdrowotnymi. W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż wartość, jaką przypisuje się zdrowiu, jest najbardziej mobilizującym czynnikiem do podejmowania aktywności prozdrowotnej [Ogińska-Bulik N., 2010, s. 175]. Wartościowanie zdrowia stanowi bowiem podstawę motywów zdrowotnych, to jest zainteresowania własnym zdrowiem

i gotowości do podejmowania zachowań mu sprzyjających [Heszen-Niejodek I., 2000]. Wyniki badań dowodzą [Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2010, s. 32], że osoby przypisujące zdrowiu wysoką wartość a zarazem przekonane co do osobistego wpływu na jego stan, przejawiają więcej zachowań sprzyjających jego utrzymaniu i potęgowaniu.

Przemiany obejmujące konsolidację systemu wartości zachodzą spontanicznie, jednak dobre programy edukacyjne mogą je korzystnie modyfikować [Maszorek-Szymala A., 2012, s. 362-364]. Właściwie prowadzona edukacja zdrowotna powinna sprzyjać kształtowaniu osobistej hierarchii wartości w taki sposób, by zdrowie znajdowało w niej istotne miejsce. Z badań I. Grad i K. Kiliś-Pstrusińskiej [2015, s. 20] wynika, że aż 18% młodzieży nie lokuje kategorii zdrowia we własnym systemie istotnych wartości osobistych. Zdrowie wśród młodzieży zdaniem M. Zadwornej-Cieślak i N. Ogińskiej -Bulik [2011], nie jest wartością samą w sobie, a jedynie środkiem służącym do osiągnięcia szczęścia w życiu. Traktowanie zdrowia jako produktu może rodzić bierność, bezrefleksyjność i brak motywacji do podejmowania działań na jego rzecz, a także sprzyjać podejmowaniu działań dla niego szkodliwych [Zalewska-Meler A., 2009, s. 97-98].

Zasadność podejmowania działań edukacyjnych w zakresie wartościowania i promowania zdrowia potwierdzają wyniki badań [Brackowska M., i in., 2008; Wojtczak A., 2009; Krawczyńska M., 2009], które wskazują, iż młodzież cechuje ograniczony poziom wiedzy dotyczącej zagadnień zdrowotnych, a znaczna część problemów okresu dorastania często jest konsekwencją niewiedzy w tym zakresie. Młodzież poprzez dobrze prowadzoną edukację zdrowotną, powinna nie tylko uzyskiwać wiedzę i umiejętności niezbędne by o własne zdrowie dbać, ale przede wszystkim, by przez zrozumienie wartości jakie stanowi zdrowie mogła kreować właściwe postawy zdrowotne. Korelacja wartość - zdrowie, zdrowie - wartość odnosi się do egzystencji jednostki, do podmiotowego procesu bycia, stawania się, spełnienia. Aby tak pojmowane zdrowie stało się instrumentem prawidłowego rozwoju, musi być dostrzeżone, zrozumiane, zaakceptowane i urzeczywistnione [Kowalski M., Gawel A., 2006, s. 60-61].

1.2.6. Zachowania zdrowotne jako element prozdrowotnego stylu życia

Fundamentalne znaczenie dla powstania i ewolucji prozdrowotnego stylu życia miała koncepcja obszarów zdrowia M. Lalonde'a, opublikowana w raporcie „New Perspectives on the Health of Canadians” w 1974 roku. M. Lalonde dostrzegając znaczenie stylu życia w profilaktyce chorób, ujmował go jako zbiór decyzji podejmowanych przez jednostki, które wpływają na ich zdrowie a nad którym jednostki mają większą lub mniejszą kontrolę. Osobiste decyzje i nawyki, które są nieprawidłowe z perspektywy zdrowia, tworzą zdaniem autora tak zwany „czynnik ryzyka”, skutkujący chorobą (np. zawał serca), a nawet śmiercią (np. nowotwory tytoniowo zależne) [za: Wysocki M. J., Miller M., 2003, s. 506-507].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) mówiąc o prozdrowotnym stylu życia posługuje się najczęściej definicją N. Milio (1986), według której są to „wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości z jaką są w stanie przełożyć określone zachowania nad inne” [za: Ostrowska A., 1999, s. 27].

W. C. Cockerham (1995) określając prozdrowotny styl życia podkreślał, iż są to wzory świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będące efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw. Z kolei R.L. Abel (1991) zwracał uwagę, że na prozdrowotny styl życia składają się nie tylko wzory zachowań ukierunkowane na zdrowie, ale także wartości i postawy reprezentowane przez ludzi, w odpowiedzi na warunki ich społecznego, kulturowego i ekonomicznego środowiska [za: Ostrowska A., 1999, s. 27]. Podjęcie przez jednostkę prozdrowotnego stylu życia, zakłada, więc realizację celowych zachowań nakierowanych na zdrowie z jednoczesną eliminacją działań zagrażających mu. Listy zachowań i działań składających się na tzw. „prozdrowotny styl życia” różnią się między sobą, jednak są one najczęściej konstruowane z spośród działań uznanych za zachowania zdrowotne, a więc takich, które udowodniły w badaniach epidemiologicznych swoją skuteczność w chronieniu ludzi przed konkretną chorobą czy pojawieniem się czynników jej ryzyka [Ostrowska A., 1999, s. 28]. Zróżnicowanie to wynika najczęściej z poziomu wiedzy i świadomości zdrowotnej.

W momencie, kiedy zagrożenia dla zdrowia pojawiają się w środowisku, w którym żyjemy, a służba zdrowia nie jest w stanie zapewnić skutecznego ich

wyleczenia (np. cukrzyca, miażdżyca), pełna kontrola zachowań wpływających na stan naszego zdrowia, staje się jedyną skuteczną do przyjęcia opcją. Oznacza to, że każdy człowiek wcześniej czy później będzie musiał zmierzyć się z decyzją o przyjęciu, bądź odrzuceniu prozdrowotnego stylu życia.

Promocja prozdrowotnego stylu życia i profilaktyka chorób, to obszary działań, w których upatruje się największe rezerwy utrzymania i pomnażania zdrowia. Szczególnie ważne jest prowadzenie tych działań wobec dzieci i młodzieży. Prozdrowotny styl życia zaszczipiany od najmłodszych lat jest warunkiem prawidłowego rozwoju psychofizycznego i zdrowotnego, a działania i wypracowane nawyki w dzieciństwie często determinują zachowania podejmowane w życiu dorosłym [Nowicki G. J., i in., 2018, s. 372-387]. Na prozdrowotny styl życia składają się działania które możemy ująć w cztery grupy:

- zachowania związane ze zdrowiem fizycznym:
 - dbałość o ciało i najbliższe otoczenie,
 - aktywność fizyczna,
 - racjonalne żywienie,
 - hartowanie się,
 - sen – odpowiedni czas jego trwania i jakość,
- zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym:
 - korzystanie i dawanie wsparcia społecznego,
 - unikanie nadmiaru stresów,
 - radzenie sobie z problemami i stresem,
- zachowania prewencyjne:
 - samokontrola zdrowia i samobadanie,
 - poddawanie się badaniom profilaktycznym,
 - bezpieczne zachowania w życiu codziennym (zwłaszcza w ruchu drogowym, w szkole i w miejscu pracy),
 - bezpieczne zachowania w życiu seksualnym,
- niepodejmowanie zachowań ryzykownych:
 - niepalenie tytoniu,
 - ograniczenie używania alkoholu,
 - nienadużywanie leków niezaleconych przez lekarza,

- nieużywanie innych substancji psychoaktywnych [za: Woynarowska B., 2008, s. 52].

Kształtowanie świadomości zdrowotnej, oraz odpowiednich umiejętności i postaw prozdrowotnych związane jest z procesem socjalizacji. Należy więc przyjąć, iż zdrowie jest wartością socjalizowaną i podlega internalizacji poprzez tworzenie określonych sytuacji sprzyjających akceptacji owej wartości i podejmowanie zachowań mu sprzyjających, tzw. prozdrowotnych [za: Roman E., 1995, s. 76-88].

2. Aktywność fizyczna

Powszechnie wiadomo, że istnieje tzw. codzienne zapotrzebowanie organizmu na witaminy i minerały, proteiny czy płyny, mało kto jednak pamięta o codziennej dawce ruchu. Tymczasem aktywność fizyczna stanowi podstawowy element zdrowego trybu życia, wpływający bezpośrednio lub pośrednio na inne składowe prozdrowotnego stylu życia [Nowak P., 2008, s. 59-69]. Z obserwacji wynika, że osoby, które systematycznie ćwiczą, z reguły lepiej się odżywiają, kontrolują ciężar swojego ciała, lepiej śpią, lepiej radzą sobie ze stresem, zazwyczaj nie palą papierosów i nie nadużywają innych używek tj. kawy czy alkoholu [Nowotny J., 2003, s. 36].

Korzyści z podejmowania aktywności fizycznej są oczywiste. Jej optymalny poziom stymuluje rozwój, zabezpiecza potrzeby ruchowe, wzmacnia wydolność serca, poprawia elastyczność mięśni i stawów, wzmacnia mięśnie i kości. Podkreśla się, że osoby aktywne, w porównaniu do osób mało aktywnych, cieszą się lepszym samopoczuciem, rzadziej odczuwają dolegliwości psychiczne i fizyczne, takie jak: obniżony nastrój czy bóle głowy [Ostręga W., 2017, s. 4]. Aktywność fizyczna w połączeniu ze zdrowym żywieniem, jest zdaniem B. Woynarowskiej [2008, s. 317-318; Bochenek A., Grabowiec A., 2013, s. 202-204] jedną z podstawowych potrzeb człowieka, oraz kluczowym warunkiem zachowania i wzmacniania zdrowia we wszystkich okresach życia. Zorganizowana, regularna aktywność fizyczna jest istotnym składnikiem zdrowego stylu życia, który oddziałuje na zdrowie zarówno bezpośrednio - w sferze psychofizycznej i społecznej jak i pośrednio - wpływając na nasze zachowania zdrowotne [Jurczak A., 2004, s. 367-372]. Zainteresowanie tematem ćwiczeń fizycznych w kontekście zdrowia nabrało szczególnego znaczenia dopiero w drugiej połowie XX wieku (Raport Lalonde'a), kiedy udowodniono że styl życia determinuje nasze zdrowie co najmniej w 50-u procentach. Zaczęto dostrzegać

i doceniać znaczenie aktywności fizycznej jako profilaktyki chorób, w tym chorób cywilizacyjnych - układu krążenia, cukrzycy czy otyłości [Dolinska-Zygmunt G., 2000; Kuński H., 2000, s. 14-22; Jegier A., Stasiołek D., 2001, s. 97-109].

2.1. Pojęcie aktywności fizycznej

Przeglądając literaturę możemy napotkać na wiele definicji odnoszących się do aktywności fizycznej określanej również jako aktywność ruchowa. C. J. Caspersen, K. E. Powell i G. M. Christenson definiują aktywność fizyczną jako ruch ciała, będący wynikiem skurczu mięśni, którego skutkiem jest zwiększenie wydatku energetycznego powyżej poziomu podstawowego [Caspersen C. J., i in., 1985, s. 126-131; Osiński W., 2003, s. 320]. Wielka Encyklopedia Świata aktywność fizyczną charakteryzuje jako ilość ruchu, która jest konieczna do rozwoju i zachowania zdrowia człowieka [2003, s. 75]. Z kolei S. Kozłowski i K. Nazar [1999, s. 4-7] aktywność fizyczną ujmują jako pracę mięśni szkieletowych, której towarzyszą czynnościowe zmiany w organizmie.

Wydany w Stanach Zjednoczonych Dictionary of the Sport and Exercise Sciences charakteryzuje aktywność fizyczną jako ruch ciała człowieka, którego odbiciem jest wydatek energii na poziomie powyżej tempa metabolizmu spoczynkowego [za: Osiński W., 2003, s. 194]. Podobnie R. Przewęda [1999, s. 201] uważa, że mianem aktywności fizycznej powinno określać się wysiłek mięśniowy wywołujący w organizmie zespół zmian, które prowadzą do wydatku energetycznego wyższego niż poziom spoczynkowy.

Dla J. Barankiewicza aktywność fizyczna to podejmowanie (w ramach wypoczynku czynnego) różnego rodzaju zabaw, ćwiczeń i dyscyplin sportu, dla przyjemności, rekreacji i zdrowia, poprawy zdolności wysiłkowej, zdobywania specjalnych sprawności i umiejętności fizycznych, zapobiegania powstawaniu chorób cywilizacyjnych, zwiększenia korzystnych wpływów na zdolność do pracy fizycznej i umysłowej [1998, s. 11]. Aktywność fizyczna dla J. Drabika to kluczowy i integralny składnik zdrowego stylu życia, bez której niemożliwa jest jakakolwiek strategia zdrowia, jego utrzymania i pomnażania, a u dzieci prawidłowego rozwoju [1996, s. 215]. Znaczenie aktywności fizycznej dla prawidłowego funkcjonowania akcentuje I. Kiełbasiewicz-Drozdowska uważając, że jest ona niezbędna człowiekowi na każdym etapie jego życia i w każdej grupie wiekowej. W prawdzie znaczenie ruchu zdaniem autorki zmienia się i ewoluuje wraz z wiekiem człowieka, jednak zawsze pozostaje jednym z głównych czynników warunkujących pole zdrowia [2001, s. 53].

Istnieją różne klasyfikacje aktywności fizycznej, ale najczęściej spotykamy jej podział na codzienną i planowaną. **Codzienna aktywność fizyczna** to każda forma ruchu wykonywana podczas prac domowych, przemieszczania się np. do szkoły czy pracy. **Aktywność planowana** to uprawianie określonej dyscypliny sportu lub podejmowanie regularnych ćwiczeń fizycznych [Andersen R. E., 2000, s. 196-202; Plewa M., Markiewicz A., 2006, s. 36-40].

Termin aktywność fizyczna jest często stosowany zamiennie z terminem **wysiłek fizyczny**, który możemy określić jako zaplanowaną aktywność fizyczną o ustalonej strukturze, powtarzaną, nastawioną na poprawę lub utrzymanie wydolności fizycznej [za: Krzysztofiak H., i in., 2008, s. 4; Szczypaczewska M., i in., 2006, s. 51-62].

Z kolei **wydolność fizyczną** definiujemy jako zdolność do ciężkich i długotrwałych wysiłków, wykonywanych z udziałem dużych grup mięśniowych, bez narastającego zmęczenia. Pojęcie to obejmuje także tolerancję zmian fizjologicznych związanych ze zmęczeniem i zdolność do szybkiej ich likwidacji po zakończeniu wysiłku [za: Krzysztofiak H., i in., 2008, s. 4].

Aktywność fizyczną i wydolność fizyczną możemy opisać posługując się następującymi terminami:

- **Metabolic Equivalent Task** (METs) - ilość tlenu zużywana przez organizm z wydychanego powietrza w warunkach spoczynku (VO_2), inaczej określana jako poziom podstawowej przemiany materii BMR (Basal Metabolic Rate). MET wyraża koszt energetyczny wysiłku i jest wielokrotnością wartości spoczynkowej. Według przyjętych ustaleń 1 METs jest w przybliżeniu równy 3,5ml O_2 /kg/min.
- **Pułap tlenowy** (VO_2 max) – ilość tlenu zużywana przez organizm z wdychanego powietrza w trakcie wysiłku maksymalnego w teście wykonywanym do odmowy, określana również jako maksymalne pobieranie tlenu. Jest to podstawowy parametr oceny poziomu adaptacji układu krążenia i oddechowego. Im wyższy poziom tym lepsza adaptacja.
- **Pułap beztlenowy** (AT- Anaerobic Threshold) – obciążenie wysiłkowe, przy którym następuje wzrost stężenia mleczanu we krwi, co związane jest z załamaniem efektywności procesów tlenowych uzyskiwania energii. Powyżej tego progu energia do wysiłku uzyskiwana jest z procesów beztlenowych. Obciążenie progowe jest parametrem oceny poziomu adaptacji mięśni do wysiłku. Im wyższe obciążenie, tym lepsza adaptacja.

- **Relative Perceived Exertion** (RPE) zwana również skalą Borga. Skala subiektywnej oceny wysiłku od 6 - wyjątkowo lekki, do 20 - niezwykle ciężki.
- **Maksymalna częstość skurczów serca** (HR max.) - wartość częstości skurczów serca osiągnięta na szczycie wysiłku maksymalnego, wykonywanego do odmowy. HR max. oblicza się stosując algorytm 220 minus wiek (w latach).
- **Maksymalna rezerwa częstości skurczów serca** (HRres) - różnica pomiędzy HR max i spoczynkową wartością częstości skurczów serca [Krzysztofiak H., i in., 2008, s. 4-5].

Aktywności fizycznej jako zjawiska wielowymiarowego i złożonego, nie można zmierzyć pojedynczym parametrem. Spośród elementów poddających się ocenie najważniejsze to:

- **objętość wysiłku**, mierzona iloczynem częstości sesji wysiłku i czasu pojedynczej sesji (w minutach lub godzinach) oraz
- **intensywność wysiłku** rozumiana, jako wydatek energetyczny pojedynczej sesji wysiłku, dzienny lub tygodniowy (w kilokaloriach lub w kilodżulach). Może być wyrażana również bezwzględnym obciążeniem wysiłkowym (kilometry na godzinę, metry na sekundę), lub względnym obciążeniem wysiłkowym (np. w jednostkach METs).

Uwzględniając intensywność wysiłku możemy wyróżnić:

- **aktywność fizyczną o niskiej intensywności** - wysiłek fizyczny, w wyniku, którego zużywa się poniżej 4 kcal/min- poniżej 3 METs – w czasie którego człowiek odczuwa lekko ocieplenie całego ciała i pogłębia mu się oddech np.: wolny marsz, wolna jazda na rowerze, powolne rekreacyjne pływanie, siedzenie, wędkowanie, schodzenie po schodach, sprzątanie w domu, lekka praca w ogrodzie,
- **aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności** - aktywność fizyczna, w czasie której człowiek odczuwa ciepło i wyraźnie przyspiesza mu się oddech. Jest to aktywność przyspieszająca metabolizm 3-6 razy –na poziomie 3-6 METs – zużywająca 4-7 kcal/min, np.: szybki marsz, jazda rowerem do szkoły lub pracy, tenis stołowy, taniec, malowanie, praca w ogrodzie,
- **aktywność fizyczną o dużej intensywności** - aktywność fizyczna związana z zajęciami sportowymi w których przyspiesza się częstość oddechów do poziomu odczuwanego, jako „brak tchu.” Taka intensywność wysiłku

fizycznego odpowiada zwwyżce metabolizmu o 6 razy w stosunku do wartości w czasie spoczynku – 6 METs - np.: szybki marsz, bieg, aerobic, szybki taniec, szybka jazda na rowerze, szybkie pływanie, tenis ziemny, wchodzenie po schodach [za: Krzysztofiak H., i in., 2008, s. 4-5].

2.2. Metody oceny aktywności fizycznej

Podstawowym i najtańszym sposobem oceny aktywności fizycznej jest metoda ankietowa, wykorzystywana do badania dużych grup młodzieży, gdzie istotnym elementem są również czynniki psychologiczno-społeczne a nie tylko dokładnie mierzona zdolność do wysiłku. W systemie tym można wyróżnić:

- **metody monitorowania bieżącego** (dzienniczki opisujące wszystkie czynności wykonywane w ciągu doby, oraz notatniki treningowe rejestrujące czynności wykonywane podczas pojedynczych sesji treningowych),
- **metody retrospektywne** (bazujące na zbieraniu specyficznych i szczegółowych informacji z konkretnego okresu np. jednego tygodnia, miesiąca lub roku).

Obok systemu ankietowego istnieją również obiektywne metody oceny aktywności fizycznej w których wykorzystywane są elektroniczne urządzenia do bieżącego jej monitorowania. Przykładowo mogą to być spiroergometry mierzące pobieranie tlenu (VO₂), zegarkowe monitory pracy serca tzw. sporttestery itp. [za: Sirard J. P., Pate R. R., 2001, s. 439-464].

Do oceny poziomu aktywności fizycznej najczęściej stosuje się:

- test przesiewowy J. J Prochaska i J. F Salisa - Moderate to Vigorous Physical Activity (MVPA). określający liczbę dni w tygodniu, podczas których ankietowani poświęcają na różne formy aktywności fizycznej, co najmniej 60 minut dziennie [Prochaska J. J., Salis J. F., 2001, s. 554- 559], oraz kwestionariusz G. Godina i R. J Shepharda - The Leisure-Time Exercise Questionnaire (LTEQ) określający częstotliwość uczestnictwa w ćwiczeniach i zajęciach związanych z aktywnością fizyczną [Godin G., Shephard R. J., 1985, s. 141-146].

2.3. Rola aktywności fizycznej w życiu osobniczym

Możliwości ruchowe człowieka są przejawem jego zdrowia, ale aktywność fizyczna jest jednocześnie ważnym czynnikiem wpływającym na jego stan.

Nawet jednokrotnie wykonane ćwiczenia wywierają określony wpływ na organizm, zależny od ich rodzaju. Jednak, aby wpływ ćwiczeń na stan zdrowia był

znaczący, muszą być one wielokrotnie powtarzane i kontynuowane. Chodzi tu nie tylko o poprawę sprawności i jej podtrzymywanie, ale przede wszystkim o to, aby ruch stanowił dostatecznie silny bodziec i uruchamiał reakcje adaptacyjne organizmu. Organizm ludzki, reagując na bodźce ruchowe, rozwija się i doskonali. Korzyści płynące z wysiłku fizycznego są szczególnie widoczne w układzie krążenia i w obrębie aparatu ruchu. Mówi się nawet, że ćwiczenia działają nań kształtująco, co jest szczególnie ważne w okresie intensywnego rozwoju młodzieży [Nowotny J., 2003, s. 46; Biernat E., Piątkowska M., 2017, s. 3]. Profilaktycznie stosowana aktywność fizyczna (szczególnie trening wytrzymałościowy) ma istotne znaczenie w zapobieganiu niewydolności krążenia, w chorobie wieńcowej, zmianach zatorowo-zakrzepowych naczyń mózgowych [Rothenbacher D., i in., 2003, s.1200; Drygas W., i in., 2005, s. 283].

Regularnie podejmowany wysiłek fizyczny powoduje wzrost pojemności wyrzutowej i minutowej serca (podczas spoczynku i wysiłku), obniżenie częstości jego skurczów, jak również ciśnienia tętniczego krwi, zwiększa masę mięśnia sercowego oraz ilość naczyń wieńcowych [Nowotny J., 2003, s. 47-48]. W układzie kostnym wysiłek fizyczny skutkuje lepszą mineralizacją kośćca, zapobiega i koryguje wady postawy, wzmacnia i stabilizuje stawy, zwiększa zakres ich ruchomości, wzmacnia przyczepy, ścięgna i więzadła co w rezultacie opóźnia proces zmian zwyrodnieniowych.

W układzie mięśniowym fizyczny wysiłek zwiększa przekrój i objętość włókien mięśniowych, zwiększa napięcie, siłę i sprężystość mięśni (przez co stabilizuje układ kostny i wzmacnia tzw. gorset mięśniowy). Zmiany biochemiczne zachodzące w organizmie, prowadzą do zwiększenia odporności na zmęczenie oraz do szybszej odnowy sił [Henriksen E. J., 2002, s. 788-796; Nowotny J., 2003, s. 47-48]. Regularne ćwiczenia skutkują pozytywnymi zmianami w układzie oddechowym, m.in.: zwiększają pojemność życiową płuc, głębokość oddechu i zużycie tlenu, a zmniejszają liczbę oddechów na minutę i wielkość długu tlenowego. Wydolne i silne mięśnie oddechowe kształtują klatkę piersiową, powodując jej rozrost i poprawę postawy ciała, przez co znacznie usprawniają zaopatrzenie organizmu w tlen [Schnohr P., i in., 2006, s. 173-179]. Systematycznie podejmowana aktywność fizyczna wpływa również na układ nerwowy. Zmniejsza poziom leku, stanów depresyjnych, poprawia, jakość snu [Nowotny J., 2003, s. 49; Biernat E., Piątkowska M., 2017, s. 4]. Wzrost szybkości przewodzenia bodźców nerwowych rozwija pamięć, szybkość i łatwość oddziaływania na bodźce zewnętrzne, polepsza koordynację ruchową. Odpowiednio dobrane ćwiczenia

mogą usuwać lub zmniejszać zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów. Aktywność fizyczna ma wreszcie pozytywny wpływ na układ hormonalny. Wspomaga budowę i czynność przysadki mózgowej (prowadzi do intensyfikacji rozwoju fizycznego). Umiarkowany, systematyczny wysiłek wpływa korzystnie na układ immunologiczny (zwiększa odporność organizmu na zachorowania) [Rothenbacher D., i in., 2003, s. 1200]. Wśród korzystnych efektów aktywności ruchowej należy wymienić także zmniejszenie zagrożenia chorobami metabolicznymi i przemiany materii takimi jak: otyłość i cukrzyca [Bloomgarden Z. T., 2004, s. 998-1010; Dandona P., i in., 2004, s. 4-7, Drygas W., i in., 2005, s. 283].

Aktywność fizyczna w okresie rozwojowym dzieci i młodzieży pełni cztery podstawowe funkcje :

- stymuluje i wspomaga rozwój fizyczny (wzrastanie, rozwój mięśni i funkcji zaopatrzenia tlenowego), psychiczny (dziecko uczy się pokonywać trudności, radzić sobie ze zmęczeniem, przeżywać sukcesy i porażki, kontrolować emocje), społeczny (dziecko kształtuje relacje z innymi, uczy się współpracy, samokontroli),
- adaptuje do bodźców i zmian środowiska fizycznego (hartowanie) i społecznego,
- kompensuje nadmierne unieruchomienie związane z nauką w szkole, odrabianiem lekcji, oglądaniem telewizji czy pracą przy komputerze,
- działa korekcyjnie i leczniczo w wielu zaburzeniach np. w wadach postawy, otyłości, cukrzycy, w chorobach serca, w mózgowym porażeniu dziecięcym [Wojnarowska B., Jodkowska M., 2008, s. 162-171].

W tym miejscu należy przypomnieć zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczące aktywności fizycznej dzieci i dorosłych. Są one następujące:

- ***dla dzieci i młodzieży***

W odniesieniu do dzieci i młodzieży w wieku 5-17 lat zaleca się podejmowanie aktywności fizycznej o charakterze tlenowym i umiarkowanej intensywności trwającej co najmniej 60 minut codziennie, celem której jest zaspokojenie podstawowych potrzeb rozwojowych i zdrowotnych. W rekomendacjach WHO pojawia się pojęcie akumulacji aktywności fizycznej. Odnosi się ona do realizacji celu, jakim jest 60 minut aktywności dziennie, ale w podziale na kilka krótszych jednostek czasu (np. 2 razy po 30 minut),

a następnie ich zsumowanie. WHO zaleca także podejmowanie intensywnej aktywności wzmacniającej kości i mięśnie, a która powinna być realizowana trzy razy w tygodniu, w postaci gier, zabaw ruchowych, różnych dyscyplin sportowych, np. jazda na rowerze, gra w koszykówkę itp.

- **dla osób dorosłych**

Według rekomendacji WHO, minimalna aktywność fizyczna osób dorosłych powinna obejmować wykonywanie prac domowych (sprzątanie, prace w ogrodzie) i innych form ruchu o niskiej intensywności. Ponadto, w celu poprawy krążenia, stanu kości, zwiększenia siły mięśni i poprawy zdrowia psychicznego dorośli powinni wykonywać ćwiczenia aerobowe, tzw. tlenowe o różnej intensywności przez 150 minut w tygodniu, jednorazowo przez co najmniej 10 minut. Aby osiągnąć jeszcze większe korzyści zdrowotne zaleca się zwiększenie umiarkowanej, tlenowej aktywności fizycznej do 300 minut tygodniowo lub 150 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w tygodniu.

Zalecenia WHO obejmują również ćwiczenia siłowe angażujące różne grupy mięśni, które powinny być wykonywane, co najmniej 2 razy w tygodniu [za: Ostrega W., 2017, s. 5].

Planując interwencyjne oddziaływanie w zakresie aktywności fizycznej na środowisko młodzieży należy pamiętać, iż poziom aktywności fizycznej dziewcząt i chłopców ulega zmniejszeniu wraz z wiekiem. Coraz wyraźniej rysuje się dysproporcja dotycząca aktywności fizycznej między chłopcami a dziewczętami na niekorzyść dziewcząt (szczególnie w okresie pokwitania), jak również dysproporcja między aktywnością fizyczną a zajęciami sedenteryjnymi na niekorzyść tych pierwszych [Mazur M., Małkowska-Szcutnik A., 2011, s. 109; Ostrega W., 2017, s. 6]

2.4. Aktywność a sprawność fizyczna

Pojęciem ściśle związanym z aktywnością fizyczną jest niewątpliwie **sprawność fizyczna**. Światowa Organizacja Zdrowia (1968) charakteryzuje **sprawność fizyczną** jako zdolność do efektywnego wykonania pracy mięśniowej. W literaturze zagadnienia spotykamy się z wieloma jej definicjami. Jest to jedno z bardziej kontrowersyjnych pojęć w zakresie nauk o wychowaniu fizycznym i sporcie.

Sprawność fizyczna według J. Barankiewicza to wyraz wysokiego stanu narządów i funkcji ustroju, wyrażający się efektywnym rozwiązywaniem

wszechstronnych zadań ruchowych, uwarunkowanym stopniem ukształtowania cech motorycznych [1998, s. 11].

Według J. Drabika [1992;1997] sprawność fizyczna to właściwość, na którą składa się określony poziom zdolności motorycznych i umiejętności ruchowych, warunkujący wykonanie konkretnego wysiłku fizycznego mniej lub bardziej efektywnie. Na sprawność fizyczną składają się dwie zasadnicze zdolności - kondycyjne, oparte głównie na procesach energetycznych i koordynacyjne, zdeterminowane procesami informacyjnymi.

Osoba sprawna fizycznie jest zdolna do wykonywania pracy, która mierzona jest poziomem zdolności cech motorycznych - siłą, szybkością, wytrzymałością oraz koordynacją wzrokowo-ruchową. Dla R. Trzeźniowskiego sprawność fizyczna to gotowość człowieka do podejmowania i rozwiązywania trudnych zadań ruchowych w różnych sytuacjach życiowych wymagających siły, szybkości, zręczności, gibkości, zwinności i wytrzymałości, jak również pewnych nabytych i ukształtowanych umiejętności i nawyków ruchowych opartych o odpowiednie uzdolnienia ruchowe i stan zdrowia [za: Dobosz J., 2014, s. 15-16].

L. Denisiuk sprawność fizyczną spostrzega jako poziom rozwoju cech motorycznych będących efektem zamierzonego i niezamierzonego wyćwiczenia. Sprawność fizyczna to właściwość złożona. Zależy od płci, wieku, budowy ciała, stanu zdrowia, uzdolnień i umiejętności ruchowych, poziomu rozwoju zdolności motorycznych, motywacji, stanu psychicznego, wydolności narządów, pracy, treningu, stylu życia i wielu innych czynników. Każdy człowiek ma inną sprawność fizyczną która jest wynikiem codziennej aktywności i zakodowanych indywidualnych możliwości. O jej poziomie i rodzaju decyduje nie tylko suma zdolności motorycznych, ale także wzajemny stosunek i współzależność między cechami motorycznymi oraz między cechami motorycznymi a budową fizyczną. Aktywność fizyczna jest więc ważnym determinantem sprawności fizycznej, która jest do pewnego stopnia obiektywnym wyznacznikiem aktywności fizycznej [Denisiuk L., 1969; Trzeźniowski R., 1990; Drabik J., 1995].

Za wysoce sprawnego fizycznie człowieka zdaniem W. Osińskiego, należy uznać taką jednostkę, który charakteryzuje się względnie dużym zasobem opanowanych ćwiczeń ruchowych, wysoką wydolnością układu krążenia, oddychania, wydzielania i termoregulacji, pewnymi prawidłowościami w budowie ciała oraz afirmującym fizyczną aktywność stylem życia [2003, s. 194].

Stosunkowo nową koncepcją sprawności fizycznej jest *Health-Related Fitness (H-RF)*, czyli sprawność ukierunkowana na zdrowie [Bouchard C., Shephard R. J., 1994, s. 77-78]. Przyjmuje się, że health-related fitness odnosi się do tych komponentów sprawności, które są efektem korzystnego i niekorzystnego wpływu zwykłej aktywności fizycznej i które mają związek z poziomem stanu zdrowia. Komponenty te są określone:

- zdolnością do podejmowania codziennej aktywności z wigorem i żwawo,
- takim stanem cech i zdolności, który wskazuje na niskie ryzyko przedwczesnego rozwoju chorób i osłabienia sił w wyniku małej aktywności fizycznej [Skinner J. S., Oja P., 1994, s. 160-179; Osiński W., 2004, s. 103-106].

Ideę sprawności fizycznej w relacji do zdrowia (H-RF) wkomponować należy do kompleksowego, holistycznego modelu zdrowia, a także teorii treningu zdrowotnego, ponieważ jej stan staje się swoistym miernikiem pozytywnego zdrowia [Bouchard C., i in., 2012, s. 18; Robinson L., i in., 2015, s. 1273-1284].

Aktywność fizyczna w obecnej cywilizacji to nie tylko obowiązek na rzecz zdrowia, ale także integralny element całodziennego rytmu życia człowieka. Popularyzowanie aktywności fizycznej powinno przebiegać dwuetapowo:

etap I – wplatanie spontanicznej aktywności fizycznej w naturalny rytm dnia pracy i wypoczynku,

etap II – stopniowe wprowadzanie regularnie podejmowanego wysiłku fizycznego o zwiększonej intensywności, ujętego w ramy tzw. zdrowotnego treningu fizycznego - profilaktycznego) [Ostręga W., 2017, s. 10].

Treningu zdrowotny - to całozyciowy proces utrzymania odpowiedniej do wieku, płci i potrzeb zdrowotnych, ogólnej wydolności fizycznej organizmu w celu przeciwdziałania zdrowotnym i społecznym skutkom hipokinezji [Krawański A., 2001, s. 129-146]. Uwzględniając holistyczne rozumowanie zdrowia, trening zdrowotny należy rozpatrywać jako proces, polegający na realizacji programowanej aktywności fizycznej, oraz stosowaniu określonych bodźców wywołujących pożądane zmiany adaptacyjne w celach prozdrowotnych, uwzględniając wymiar biologiczny i psychospołeczny człowieka, których efekty odnoszą się do wysokiej jakości życia [Nowak P., 2008, s. 59-70]. Praktyczna realizacja treningu zdrowotnego opiera się na dziesięciu zasadach świadomości:

- wszechstronności,

- indywidualizacji,
- systematyczności,
- stopniowania intensywności wysiłku,
- zmiennego charakteru obciążenia,
- przyjemności (komfortu psychicznego),
- cykliczności,
- samokontroli,
- bezpieczeństwa [Nowak P., 2013, s. 415].

W treningu zdrowotnym zaleca się stosowanie form wytrzymałościowych tj.: marsz, bieg, jazda na rowerze, pływanie, aerobik, które powinny być uzupełniane o ćwiczenia siłowe. Trening powinien trwać od 20 do 60 min., od 2 do 6 razy w tygodniu, w zakresie średniej intensywności. W treningu istotne znaczenie mają ćwiczenia koordynacyjne i rozciągające, jako uzupełnienie wybranej formy ruchu [Ostręga W., 2017, s. 11-14].

Jeżeli przyjmiemy, że trening zdrowotny jest celowym stosowaniem ściśle określonych (co do formy) bodźców o optymalnej ilości, jakości i częstotliwości tak, by stanowiły one obciążenie stymulujące rozwój organizmu w celach prozdrowotnych, to oczekiwanym efektem w przypadku dzieci i młodzieży powinna być poprawa potencjału zdrowia, a w przypadku osób dorosłych jego utrzymanie.

Trening zdrowotny w przeciwieństwie do sportowego, jest procesem nieuwzględniającym żadnej selekcji. Jedynym ograniczeniem mogą być bezwzględne przeciwwskazania ze względu na stan zdrowia, wynikające z wrodzonych lub nabytych schorzeń. Domeną treningu zdrowotnego jest harmonijny i wszechstronny rozwój, a nie wąska specjalizacja [Karwański A., 2001, s. 129-140].

Rozpatrując trening zdrowotny jako proces pedagogiczny, istotnym wydaje się być poza poznawczym, również komponent emocjonalny i behawioralny postawy wobec aktywności fizycznej i własnego zdrowia. Wydaje się, że stosowanie strategii, bazującej tylko na zachęcaniu do podejmowania aktywności fizycznej nie jest wystarczające, jeżeli nie ukształtujemy odpowiednich kompetencji w tym zakresie. Dlatego głównym zadaniem treningu zdrowotnego powinno być wyrobienie nawyku codziennej aktywności fizycznej, popartej znajomością zasad i umiejętnościami dotyczącymi planowania i kontrolowania prozdrowotnego wysiłku fizycznego.

W tym kontekście celem treningu zdrowotnego realizowanego w szkole winno być:

- stymulowanie rozwoju wydolności fizycznej oraz wszechstronnej sprawności fizycznej,
- kształtowanie afirmatywnej postawy wobec aktywności fizycznej ukierunkowanej na zdrowie (prozdrowotnych form ruchu) i pracy nad własnym rozwojem,
- poznanie zasad treningu zdrowotnego, metod i środków oddziaływania na organizm,
- nabywanie umiejętności planowania, organizowania i kontrolowania rozmaitych działań służących rozwijaniu potencjału zdrowotnego [Karwański A., 2001, s. 129-146].

Kształtowanie pozytywnych nawyków spędzania czasu wolnego, sposobów regeneracji sił i aktywnego wypoczynku wymaga nie tylko wiedzy o skutkach ich braku, ale i znajomości aktualnego poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa. Ich ocena stanowi punkt wyjścia działań środowisk aktywizujących społeczeństwo i kształtujących politykę prozdrowotną. Mimo, szeroko zakrojonych kampanii społecznych i prozdrowotnych akcji edukacyjnych, w których podkreślano znaczenie regularnej aktywności fizycznej dla prawidłowego funkcjonowania i utrzymania dobrego stanu zdrowia, większość raportów wskazuje na niski jej poziom w naszym społeczeństwie [Biernat E., Piątkowska M., 2017, s. 6].

Abstynencja ruchowa określona często jako „syndrom fizycznej pasywności” [Pańczyk W., 2012, s. 410-413] niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne [Sahaj T., 2001, s. 76]. Udowodniono, że hipokinezja stanowi ważny czynnik ryzyka rozwoju wielu chronicznych schorzeń, w tym chorób sercowo-naczyniowych (30%), nowotworowych (25%), cukrzycy (ok. 30%) i jest przyczyną (6%) zgonów na całym świecie [Biernat E., Piątkowska M., 2017, s. 3]. Konieczność promowania zdrowia poprzez zachęcanie do codziennej aktywności fizycznej dostrzegła Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), przyjmując w maju 2004 roku „Globalną Strategię dotyczącą diety, aktywności fizycznej i zdrowia”. Wiele miejsca tej problematyce poświęca się także w dokumentach i inicjatywach podejmowanych przez Unię Europejską - Biała Księga na temat sportu (2007), czy nasze Ministerstwo Zdrowia - Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 i Ministerstwo Sportu i Turystyki -

Strategia Rozwoju Sportu w Polsce do 2020 roku. Mimo nieocenionej roli aktywności fizycznej dla zdrowia, szczególnie w dobie starzenia się społeczeństw Polacy prowadzą styl życia daleki od prozdrowotnego. Wyniki niemal wszystkich badań przeprowadzonych w ostatnich latach wskazują na niski poziom aktywności fizycznej naszego społeczeństwa, która wraz z postępem techniki przestała być życiową koniecznością. Badacze alarmują, że normą stała się pasywność i brak ruchu, a siedzące formy wypoczynku i pracy stałym elementem stylu życia nie tylko osób dorosłych, ale także dzieci i młodzieży [Pańczyk W., 2012, s. 406].

Wyniki badań Eurobarometru z grudnia 2017 roku pokazały, że aż (52%) Polaków zadeklarowało, że nigdy nie ćwiczy, ani nie uprawia sportu (wzrost o 3 pozycje procentowe w porównaniu z 2010 rokiem). Dane GUS potwierdzają wyniki badania europejskiego. Regularne uczestnictwo w zajęciach sportowo - rekreacyjnych zadeklarowało jedynie (20,3%) Polaków, a (25,6%) zasygnalizowało sporadyczne w nich uczestnictwo. Oznacza to, że ponad połowa Polaków nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej o charakterze rekreacyjnym lub sportowym w czasie wolnym.

Promowaniu aktywności fizycznej mają sprzyjać wdrażane w ostatnich latach takie programy jak: „Trzymaj formę!”, „Aktywne miasto”, „Siła odruchu”, „Aktywnie po zdrowie”. „Biegi okolicznościowe”. Stopniowo zauważa się wzrost popularności masowych imprez sportowo-rekreacyjnych, w tym biegów maratońskich, biegów przełajowych, biegów na orientację, a także zajęć prowadzonych przez profesjonalistów w ramach takich akcji, jak: „Biegam bo lubię” lub „Cała Polska biega” wykorzystujących wizerunki znanych (obecnych i byłych) sportowców. Organizacja masowych imprez rekreacyjnych, skierowana do amatorów, stanowi znakomitą szansę na upowszechnianie prostych form ruchu wpływających na zdrowie. Egalitarne zawody umożliwiają wszystkim aktywny udział w kulturze fizycznej, i nie oferują, jak w przypadku sportu wyczynowego, jedynie biernego uczestniczenia poprzez kibicowanie [za: Nowak P., 2010, s. 405].

Istotnym, wydaje się być promowanie prozdrowotnej aktywności fizycznej, oraz wdrażanie działań skłaniających do jej podejmowania, skierowane do wszystkich osób, niezależnie od wieku, płci, kondycji fizycznej, miejsca zamieszkania czy statusu społecznego, a nie tylko do młodych, sprawnych i wysportowanych osób. Istnieje konieczność kształtowania nawyków i zachowań prozdrowotnych, w tym systematycznej aktywności fizycznej zarówno wśród dzieci i młodzieży jak i osób dorosłych, w tym również ludzi starszych. Ustawiczne podkreślanie korzystnego

wpływu regularnych ćwiczeń fizycznych na stan zdrowia jednostki, powinno być podejmowane na lekcjach wychowania fizycznego i lekcjach edukacji zdrowotnej, które stanowią najszerszej dostępne źródło promocji aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży [Leszczyńska A., 2013, s. 187].

3. Wybrane aspekty okresu wczesnej adolescencji

Adolescencja (z łac. *Adolescere*), oznacza wzrastanie ku dojrzałości [Obuchowska I., 2014, s. 163]. Jest to ten okres w życiu człowieka, w którym dokonuje się przeobrażenie dziecka w osobę dorosłą. Wiek dorastania rozpoczyna się między 10 a 11 rokiem życia i trwa do 20 roku życia [Obuchowska I., 2014, s. 166] Na przestrzeni tego krótkiego czasu zachodzą radykalne zmiany fizyczne, psychiczne i społeczne, które umożliwiają jednostce podjęcie nowych zadań i ról społecznych właściwych dla człowieka dorosłego. To czas wyraźnej ewolucji obejmujący całą sferę życia młodego człowieka, dlatego psycholodzy ten etap rozwoju określają jako najtrudniejszy i najbardziej złożony, a mający wpływ na dalsze losy jednostki, jej postawy życiowe, styl życia oraz poglądy.

P. Blos [1979] okres adolescencji podzielił na kilka następujących po sobie stadiów rozwojowych i wyróżnił następujące jego fazy:

- preadolescencja (między 9 a 11 rokiem życia) - to okres w którym następuje wyraźnie zaznaczony rozwój fizyczny i narastające napięcie popędowe, równolegle pojawia się wrogość chłopców do dziewcząt,
- wczesna adolescencja (między 11 a 12 rokiem życia) - to okres oddzielania się nastolatków od rodziców i przekładania relacji z rówieśnikami nad relacje w rodzinie,
- pełna adolescencja (między 12 a 17 rokiem życia) - okres w którym nasila się potrzeba uniezależnienia się od rodziców. Pojawiają się zmiany w sferze życia emocjonalnego tj.: buntowniczność, przeciwstawianie się autorytetom i obowiązującym powszechnie normom,
- późna adolescencja (między 17 a 20 rokiem życia) - to okres który kończy proces identyfikacji psychoseksualnej, zmianie ulegają relacje z rodzicami i rówieśnikami,

- okres poadolescencyjny (po 20 roku życia) - to okres w którym stabilizuje się poczucie własnej godności i szacunku do samego siebie; [za : Gaś Z. B., 1994, s. 12-13].

W okresie dorastania człowiek nabywa dwie zdolności: zdolność do dawania nowego życia, oraz zdolność do samodzielnego tworzenia własnej osobowości. Rozwój tych zdolności przypada w różnym wieku i rozdziela okres dorastania na dwie fazy: wczesne i późne dorastanie, a umowna granica między tymi okresami to 16-17 rok życia [Gołembowska M., 2017, s. 11]. Kolejność tych faz jest często powodem licznych problemów które dotyczą młodzież, ich rodziców oraz otoczenie. Problemy i trudności są odmienne w każdej z tych faz, a na ich przełomie występuje tzw. kryzys tożsamości. Kryzys ten możemy zdefiniować jako okres kształtowania tożsamości w trakcie którego młodzież musi dokonywać licznych wyborów pomiędzy istotnymi dla niego alternatywami [Obuchowska I., 2014, s. 166].

Poniżej przedstawiono zmiany charakterystyczne dla fazy wczesnego dorastania:

Zmiany w sferze fizycznej

Obserwowalne fizjologiczne przemiany organizmu rozpoczynają się od tzw. skoku pokwitaniowego, czyli szybkiego wzrostu ciała, który u chłopców występuje między 12-15 rokiem życia. U dziewcząt skok pokwitaniowy pojawia się średnio o dwa lata wcześniej, między 10-13 rokiem życia. Skok pokwitaniowy dotyczy nie tylko układu kostnego i mięśniowego (co jest najbardziej widoczne), ale także pozostałych części ciała. W tym czasie przyrost wysokości może wynosić nawet 20 cm, a przyrost wagi ciała około 20 kg. [Obuchowska I., 2014, s. 167]. Przybór masy ciała wiąże się głównie z przyrostem masy mięśniowej (u chłopców) i tłuszczowej (u dziewcząt). Budowa ciała chłopców i dziewcząt różnicuje się: u chłopców rozrastają się ramiona a sylwetka staje się bardziej „kanciasta”, u dziewcząt rozrasta się miednica oraz podskórna tkanka tłuszczowa powodująca zaokrąglenie sylwetki [Obuchowska I., 2014, s. 168]. Zaawansowanie rozwoju cech płciowych widoczne jest u dziewcząt w rozwoju piersi, u chłopców w rozwoju narządów płciowych. W przypadku obojga płci w rozwoju owłosienia łonowego.

Wkrótce po zakończeniu skoku pokwitaniowego organizm uzyskuje dojrzałość płciową. U dziewcząt pojawia się pierwsza miesiączka, u chłopców - polucja (czyli samoistny wytrysk nasienia). Charakterystyczne zmiany związane z dojrzewaniem organizmu występują indywidualnie zróżnicowanym tempie, ale zawsze w takiej samej kolejności.

Dojrzewanie u chłopców przebiega zdecydowanie bardziej intensywnie i trwa dłużej niż u dziewcząt. Cechuje się większym skokiem pokwitaniowym wysokości ciała oraz siły mięśniowej. Większym przyrostem tkanki kostnej i mięśniowej, mniejszym tkanki tłuszczowej, oraz późniejszym szczytem szybkości wzrastania.

Zmiany fizyczne mimo, iż w efekcie przygotowują do podjęcia zadań rozwojowych związanych z dorosłością, niosą także wiele „niechcianych” problemów które są powodem zmartwień i niepokojów. Na skutek zmian w soczewce oka, może się pojawić krótkowzroczność i związana z tym konieczność noszenia okularów. W związku z wydłużeniem się strun głosowych, chłopcy przechodzą przez przykry dla nich okres mutacji, póki obniżenie głosu ostatecznie się ustali. Dziewczęta martwią się dużym rozmiarem dłoni i stóp, nim nastąpi rozrost kości długich w obrębie kończyn.

W obrębie twarzy najpierw rozrasta się nos i podbródek, przez co twarz przejściowo wygląda nieproporcjonalnie [Obuchowska I., 2014, s. 170]. Na wskutek zwiększonego wydzielania hormonów mogą pojawić się zmiany skórne - trądzik młodzieńczy i marmurkowość skóry.

Zwiększona aktywność gruczołów łojotokowych powoduje przetłuszczanie się włosów, a gruczołów potowych - występowanie ostrego zapachu potu. W tym okresie pojawia się również krótkotrwały okres niezręczności ruchowej związanej zaburzeniem statyki ciała (wyniku przyrostu kończyn dolnych), oraz ze zwiększoną ogólną nadpobudliwością wyrażającą się brakiem pewności ruchów.

W związku z intensywnym rozwojem biologicznym, młodzi ludzie muszą uporać się z zaakceptowaniem własnego wyglądu i „nauczyć się” na nowo swego ciała. Dostrzegane przez nastolatków zmiany w wyglądzie i czynnościach ciała budzą w nich niepokój, lęk, napięcie emocjonalne, oraz nadmierną na nich koncentrację. Porównywanie siebie z lansowanymi przez media wzorcami, wypada zazwyczaj negatywnie, szczególnie jeżeli chodzi o sylwetkę. Brak wiedzy o jakości i tempie przemian pojawiających się u progu i w toku adolescencji, często jest przyczyną problemów natury psychospołecznej tj.: obniżenie nastroju, izolacja od grupy, ucieczka od kontaktów interpersonalnych, agresja, autoagresja czy zaburzenia łaknienia (bulimia czy anoreksja), [Brzezińska A., i in., 2016, s. 256].

Zmiany w sferze motoryki

W okresie dojrzewania rozwój motoryczny ulega znacznemu regresowi. Rozpada się doskonała motoryka dziecięca, by na jej gruzach (po trzech, czterech latach) ukształtowała się motoryczność osoby dorosłej [Przewęda R., 2005, s. 133].

Przyczyn osłabienia motoryki jest wiele. Najbardziej oczywista tkwi w przejściowej asymetrii morfotycznej na początku pokwitaniowego skoku wzrastania. Po intensywnym wzroście następuje przyrost masy mięśniowej, a ponad rok później siły mięśniowej, co zmienia dotychczasowe proporcje ciała i stwarza nowe warunki biomechaniczne. Osłabieniu ulega równowaga, koordynacja i precyzja ruchów, prowadząc do zaniku ukształtowanej dotychczas płynności w poruszaniu się. Na to nakładają się inne zmiany. Wzmoczone stany emocjonalne powodują przejściową nadruchliwość, skłonność do niepokoju ruchowego i ruchów mimowolnych, co nie zachęca do podejmowania zajęć wymagających aktywności fizycznej [Boczkowska M., 2015, s. 29]. Obniżeniu ulega wydolność fizyczna, co z kolei zniechęca do podejmowania zwiększonych wysiłków. U dziewcząt przyrost tkanki tłuszczowej – w środkowych częściach ciała i na udach - powoduje pojawienie się ociężałości ruchowej, co osłabia motywację do podejmowania ćwiczeń fizycznych. Rozrost szerokości bioder przy słabej stosunkowo obręczy barkowej nie ułatwia realizacji zadań ruchowych, a z punktu widzenia mechaniki większości ruchów jest mało korzystną strukturą. Do tego dochodzi, pewien stan zażenowania związany cielesnością i niezgrabnością ruchową „która straciła już urok dziecięcy a nie nabrała jeszcze uroku kobiecego” [Przewęda R., 2005, s. 133].

U chłopców rozrastają się ramiona i zwiększa się siła mięśni obręczy barkowej. W miejsce zwinnościowo-szybkościowego typu motoryczności pojawia się typ siłowo-wytrzymałościowy, co oznacza, że w rozwiązywaniu zadań ruchowych chłopcy coraz częściej wykorzystują swoją siłę i wydolność organizmu. Uzyskanie dojrzałości biologicznej kończy naturalny rozwój sprawności fizycznej, trwającej od urodzenia do około 16-ego roku życia [Przewęda R., 2005, s. 134]. Równoległe zauważa się spadek zainteresowania aktywnością ruchową, co ma prawdopodobnie związek z rozszerzeniem się zainteresowań na nowe dziedziny i z przesunięciem aktywności fizycznej na dalsze miejsce w hierarchii potrzeb.

W tym miejscu należy podkreślić, że sprawność oraz związana z nią aktywność fizyczna odgrywają bardzo istotną rolę w okresie dorastania. W okresie tym młody człowiek wypracowuje w sobie nawyki oraz przyzwyczajenia związane z aktywnością fizyczną, które będą rzutowały na jego przyszłe życie. Systematycznie podejmowana aktywność fizyczna np. w postaci treningu zdrowotnego, zwiększa możliwości ruchowe człowieka i rozwija jego sprawność, jeszcze przez wiele lat po okresie dojrzenia. [Leszczyńska A., 2013, s. 179-189].

Zmiany w sferze psychiczno-emocjonalnej

W okresie adolescencji oprócz widocznych zmian w obrębie ciała dokonują się gwałtowne przekształcenia w obrębie procesów psychicznych nastolatka. Zmiany te ujawniają się zarówno w sferze poznawczej - w sposobie myślenia, jak i w sferze afektywnej - w sposobie przeżywania.

W okresie dorastania zwiększa się pojemność uwagi, skupienia, efektywniejsze staje się uczenie się. Doskonali się pamięć: bezpośrednia, trwała, dowolna i logiczna. Myślenie przybiera formę myślenia hipotetyczno-dedukcyjnego, co oznacza, że nastolatek jest w stanie dokonać swobodnej i oderwanej od rzeczywistości refleksji. Potrafi w sposób systematyczny rozwiązywać problemy i przewidywać konsekwencje. Nowa jakość w procesie myślenia polega na umiejętności wyobrażania sobie sytuacji i stanów rzeczy których młody człowiek nie doświadczył. Skłania go to do podejmowania prób projektowania swojej przyszłości, wyobrażania sobie siebie w różnych rolach, np. rodzica, partnera, pracownika i itp. [Gołembowska M., 2017, s. 13].

Równoległe z umiejętnością rozumowania hipotetyczno-dedukcyjnego, z samodzielnym i logicznym myśleniem pojawia się krytycyzm. Dorastająca młodzież zaczyna pełniej dostrzegać i rozumieć rzeczywistość, pozbywa się iluzji „doskonałych” dorosłych. Kwestionuje i podaje w wątpliwość ich sądy i zachowania. Chętnie też prowokuje sytuacje, w których owa „doskonałość” zostaje poddana próbie. Sprawdza wiedzę rodziców i nauczycieli. Testuje ich wytrzymałość emocjonalną na prowokacje. Tworząc własną tożsamość, ma silną potrzebę przeciwstawiania się dorosłym, a nagromadzone napięcia często znajdują ujście w infantylnych zachowaniach [Brzezińska A., i in., 2016, s. 259].

Wczesna adolescencja, to także czas wyraźnego i demonstracyjnego skupienia na sobie, zaspokajania własnych potrzeb. Rozwojowy egocentryzm wieku dojrzewania konfrontowany jest z pierwszymi rozczarowaniami związanymi z dostrzeganiem własnej niedoskonałości. Odzwierciedlenie tych procesów widoczne jest w demonstrowaniu nieufności wobec dorosłych, podważaniu ich autorytetu, okazywaniu niezadowolenia, niechęci, manifestowaniu obojętności. Młody człowiek bywa nierzadko złośliwy, prześmiewczy i przesadnie krytyczny. Neguje otaczającą go rzeczywistość. Boi się kompromitacji. Zaczyna interesować się sprawami erotycznymi [Bardziejewska M., 2005, s. 257-358]. Adolescenta cechuje niestałość motywacji, tzw. „słomiany zapal”. Młodzi dorastający często zapalają się do

podejmowania wyzwań, ale ich wysiłek wkładany w realizację zadań czy celów nie trwa długo. Widoczne jest to w łamaniu postanowień, obietnic dotyczących np. nauki, nowych form aktywności, czy stylu życia [Brzezińska A., i in., 2016, s. 259].

Zjawiskiem powszechnie obserwowanym u młodzieży w okresie dorastania jest przekora, manifestująca się jako krnąbrność i nieposłuszeństwo wobec dorosłych, które niekiedy nabiera cech arogancji i przesadnej pewności siebie, co może prowadzić do konfliktów z otoczeniem.

Nierzadkie są też zahamowania lękowe, manifestujące się objawami wegetatywnymi np. lek przed ekspozycją społeczną, czy lęki szkolne uwarunkowane specyfiką środowiska nauczania. Część młodzieży prezentuje swe niezadowolenie gniewem czy buntem, który może wyzwalać u nich agresję. Często u podstaw tego rodzaju zachowań leży frustracja, spowodowana trudnościami osiągnięcia zamierzonego celu.

Młodzież w okresie wczesnej adolescencji cechuje ponadto:

- duża intensywność i żywość przeżyć emocjonalnych i uczuciowych,
- chwiejność emocjonalna - czyli łatwości przechodzenia od smutku do radości,
- bezprzedmiotowość uczuć - co oznacza, że młodzież często nie potrafi podać przyczyny swego nastroju, czy przeżywanej emocji,
- ambiwalencja uczuć - co oznacza, że młodzież raz pragnie przebywać w towarzystwie innym razem stroni od niego, raz jest dobra innym razem okrutna [Obuchowska I., 2014, s. 172].

Po okresie tzw. „burzy hormonów” następuje stopniowa stabilizacja emocjonalna, cechująca się uzyskiwaniem coraz większej kontroli nad ekspresją stanów uczuciowych, mniejszą buntowniczością i uniezależnianiem się od uczuciowej aprobaty otoczenia, w tym także uczuć rodziców [Bee H., 2004, s. 349-352].

Zmiany sferze społecznej

Wraz z dorastaniem zmienia się stosunek dzieci do rodziców, na bardziej realistyczny niekiedy nawet krytyczny. W dzieciństwie rodzice są zazwyczaj akceptowani bezrefleksyjnie. Wiele problemów jakie pojawiają się na linii rodzic – nastolatek, wynika z nieokreślonego statusu dorastających, którzy nie są już dziećmi, ale jeszcze nie są dorosłymi. Młodzi dorastający dążą do swojej autonomii. Starają się uzyskać jak największą swobodę, podejmować indywidualne decyzje. Nierzadko też, negują wartości wpajane przez rodziców i innych dorosłych, np. nauczycieli. W swojej walce o samodzielność stają się w stosunku do rodziców coraz bardziej buntownicze

i zamknięte w sobie. „Rebelia” ta zwana kryzysem normatywnym stanowi dość duże wyzwanie wychowawcze nie tylko dla rodziców, ale także nauczycieli [Boczkowska M., 2015, s. 31]. Paradoksalnie „pomimo zwiększania dystansu i tymczasowego wzrostu napięć rodzinnych, wewnętrzne, emocjonalne przywiązanie młodego dorastającego do rodziców pozostaje nadal silne” „zwłaszcza w rodzinach w których wcześniejsze relacje były satysfakcjonujące dla obu stron. [Bardziejewska M., 2005, s. 363].

Uzyskanie autonomii, to jeden z najtrudniejszych celów rozwojowych tego okresu. Dorastający osiąga go poprzez stopniowe uwalnianie się od opinii rodziców, ich autorytetu, systemu wartości czy poglądów na życie. Ta separacja od rodziców przebiega równoległe do wzrostu znaczenia grup rówieśniczych [Gołembowska M., 2017, s. 16].

Młodzież w okresie wczesnej adolescencji nawiązuje coraz szersze kontakty z rówieśnikami, zapisuje się na różne zajęcia pozaszkolne rozszerzając tym samym krąg swoich bliższych i dalszych kolegów i znajomych. Dorastająca młodzież coraz bardziej zaczyna liczyć się z opinią kolegów i koleżanek, aż do swoistego „niewolnictwa” w zakresie podporządkowywania się ich normom i ocenom. Rówieśnicy zarówno indywidualnie jak i w grupie, stają się dla młodego adolescenta swoistym modelem wzorów myślenia, spostrzegania, oceniania i reagowania. Opinie rówieśników wpływają na jego postawy, preferencje i wybory (np. dotyczące strojów, gadżetów), jak również na kształtowanie upodobań i zainteresowań [Stefańska-Klar R., 2012, s. 148]. Wpływ grup rówieśniczych bywa różny. Mogą oddziaływać one zarówno konstruktywnie, jak i destruktywnie. Konstruktywna grupa rówieśnicza umożliwia dorastającemu rozwinięcie poczucia społecznej tożsamości poza rodziną. Podejmowana w niej aktywność, najczęściej związana jest ze szkołą i szerszą społecznością, zgodnie z regułami i normami akceptowanymi społecznie. Destruktywna grupa rówieśnicza sprzyja podejmowaniu zachowań ryzykownych i nie wspomaga młodego człowieka w dążeniu do osiągnięcia dojrzałości, lecz mu to wręcz uniemożliwia [Gołembowska M., 2017, s. 14]. W grupach tych, zauważalna jest eskalacja niepożądanych zjawisk, takich jak: agresja, przemoc, w tym przemoc w sieci, sięganie po środki uzależniające, wczesna inicjacja seksualna, brak zainteresowania nauką, lekceważąca postawa wobec innych i swojej przyszłości, oraz inne niepożądane wychowawczo zjawiska i postawy.

Syntezyując, należy zauważyć, że na okres adolescencji przypada ten trudny moment przejściowy, w którym sprawdzone sposoby zaspokajania potrzeb i radzenia

sobie w kontaktach z innymi już nie działają, a nowe jeszcze nie zostały wypracowane lub jest ich niewiele. Stąd m.in. niespójności w zachowaniu, myśleniu, reakcjach. Ich gwałtowność i nieadekwatność. Młodzi ludzie zmieniają się zewnętrznie i wewnętrznie, ale zmieniają się też oczekiwania otoczenia wobec nich. Wydaje się, że znajomość mechanizmów rozwojowych, specyfiki konfliktów i problemów towarzyszących okresowi dojrzewania, powinna sprzyjać nawiązywaniu kontaktów i wypracowaniu postawy rozumiejącego i wspierającego towarzyszenia „młodym” w przechodzeniu tego trudnego, a tak ważnego dla nich okresu życia.

4. Stan zdrowia młodzieży szkolnej

Cennym źródłem informacji na temat kondycji fizycznej i psychicznej młodzieży szkolnej są międzynarodowe badania Health Behaviour of School - aged Children. Badania prowadzone są od 1982 roku, we współpracy z Regionalnym Biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Europie. Swoim zasięgiem obejmują 49 krajów.

Prowadzone są cyklicznie co cztery lata i dotyczą zdrowia oraz rozwoju młodzieży szkolnej w wieku od 11-u do 15-u lat, z uwzględnieniem zachowań prozdrowotnych, ryzykownych, oraz społecznego kontekstu zdrowia. Wyniki badań są upowszechniane i wykorzystywane w celu monitorowania stanu zdrowia młodzieży, kształtowania polityki zdrowotnej i edukacyjnej, poznania i zrozumienia społecznych determinantów zdrowia, oraz określania skutecznych działań na rzecz jego poprawy. Od 1989 roku w tychże badaniach uczestniczy Polska [www.hbsc.org, dostęp: 10.01.2019].

- ***stan zdrowia polskiej młodzieży***

Większość młodych Polaków (83,3%) ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. Samoocena zdrowia pogarsza się jednak z wiekiem badanych i jest wyraźnie gorsza w grupie dziewcząt [Mazur J., 2015].

- ***Zadowolenie z życia***

Co piąty polski nastolatek jest niezadowolony ze swojego życia. Dziewczęta częściej niż chłopcy. W grupie osób niezadowolonych z życia, Polska zajmuje przedostatnie miejsce. Przekłada się to, na wartości innych wskaźników zdrowia, np. częstsze niż w innych krajach odczuwanie powtarzających się dolegliwości psychosomatycznych. Ogólnemu niezadowoleniu z życia, towarzyszy niezadowolenie z własnego wyglądu. Pod tym względem Polska zajmuje wysoką pozycję, aż (42%)

nastolatków uważa się za zbyt grubych, co ujawnia się w nieuzasadnionych próbach odchudzania się i nie ma pokrycia w rzeczywistym poziomie nadwagi i otyłości (85,2% uczniów posiada prawidłową wagę ciała). Niemal co druga dziewczyna bez nadwagi uważa, że jest za gruba i powinna stosować dietę redukującą wagę ciała. Niekontrolowane stosowanie różnych diet często prowadzi do rozwoju zaburzeń odżywiania. Z ich powodu w 2015 roku było leczonych w Polsce 2319 dzieci i nastolatków do 18-tego roku życia. Dziewczyny prawie dwukrotnie częściej niż chłopcy deklarują stosowanie różnego rodzaju diet [Zawadzka D., 2015; Szeredzińska R., 2017, s. 119].

- ***Negatywne stany emocjonalne***

Pozytywne podejście do życia nie wyklucza występowania negatywnych stanów emocjonalnych. W ostatnich latach wyraźnie wzrosła liczba nastolatków u których stwierdzono podwyższony poziom stresu i częste występowanie dolegliwości takich jak: bóle głowy, brzucha, pleców, rozdrażnienie, trudności w zasypianiu, przygnębienie itp. Aż (38,2%) polskich nastolatków zgłaszało powtarzające się dwie lub więcej dolegliwości o podłożu psychicznym lub somatycznym. Odsetek młodzieży obciążonej mnogimi dolegliwościami psychosomatycznymi zwiększa się z wiekiem badanej młodzieży i częściej dotyczy dziewcząt niż chłopców [Mazur J., 2015].

- ***Zdrowie psychiczne młodzieży***

W ostatnich latach rośnie liczba dzieci i młodzieży objętych opieką specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne. W 2015 roku z takiej pomocy skorzystało ponad 143 tysiące osób do 18-ego roku życia, z których (61%) stanowili chłopcy. Depresje i nerwice dotyczą prawie co czwartego badanego nastolatka, a (8%) cierpi na zaburzenia psychiczne będące konsekwencją uzależnień (głównie narkotykowych) [Szeredzińska R., 2017, s. 112].

- ***Zagrożenie zdrowia i życia***

Prawie co siódmy badany nastolatek cierpi na przewlekłe choroby, a co trzeci ulega urazom wymagającym pomocy medycznej. W grupie młodzieży która doznała urazu, aż (17,7%) wymagało poważnego leczenia, w tym hospitalizacji. Urazy częściej dotyczą chłopców (41,7%) niż dziewcząt (36%) i są częstsze w starszych grupach młodzieży. Wśród urazów przeważają te spowodowane wypadkami komunikacyjnymi [Szeredzińska R., 2017, s. 109].

- ***Samobójstwa***

Od kilku lat obserwuje się wzrost liczby samobójstw wśród młodych osób, co świadczy o słabej kondycji psychicznej dzieci i młodzieży. W 2015 roku w Polsce podjęto 481 prób samobójczych, w tym 12 przez dzieci do 12-ego roku życia .

Samobójstwa były drugą pod względem liczebności przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w grupie wiekowej od 10-u do 19-u lat. Co piąty przypadek śmierci w tej grupie nastąpił w wyniku samobójstwa. Próby samobójcze zakończone zgonem podejmowali 4-krotnie częściej chłopcy. Pod względem liczby prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież poniżej 19-ego roku życia zakończonych zgonem, Polska w 2015 roku zajmowała drugie miejsce w Europie, za Niemcami .

W Polsce liczba prób samobójczych utrzymuje się na wysokim poziomie, a 2016 roku wskaźnik ten był niewiele niższy - 475 prób samobójczych z których 103 zakończyły się śmiercią [Szeredzińska R., 2017, s. 116-117].

Psychiatrzy uważają, iż główną przyczyną skłaniającą do podjęcia decyzji o samobójstwie w przypadku młodych osób, jest pasmo niepowodzeń, na jakie napotykają w drodze do samodzielności. Odporność psychiczna osób, które dorastają w przekonaniu, że sukces i szczęście są na wyciągnięcie ręki, wyczerpuje się w trakcie pokonywania niezliczonych trudności i ciągłymi pytaniami o sens życia.

Ważnym wskaźnikiem zdrowia dzieci i młodzieży, są zachowania zdrowotne podejmowane przez młodych ludzi. Ich znajomość znacząco może przyczynić się do ograniczania czynników ryzyka i wzmacniania zasobów dla zdrowia.

- ***Aktywność fizyczna***

Zaledwie ¼ polskiej młodzieży spełnia zalecenia WHO w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Obniżeniu uległa także intensywna aktywność fizyczna. Jedynie (40,5%) badanych nastolatków podejmuje aktywność fizyczną poza zajęciami WF, co najmniej 4 razy w tygodniu. Równocześnie z niedostateczną aktywnością fizyczną młodzieży, wzrasta odsetek osób z nadwagą i otyłością. Co siódmy polski nastolatek boryka się z tym problemem. Chłopcy częściej (19,2%) niż dziewczęta (10,4%). Nadwadze i otyłości młodej generacji sprzyja bierny sposób spędzania czasu wolnego. Prawie co piąty nastolatek spędza przed ekranem telewizora cztery i więcej godzin dziennie, a co czwarty tyle samo czasu spędza przed ekranem komputera lub innego urządzenia mobilnego. [Oblacińska A., 2015; Nałęcz H., 2015].

- ***Sposób żywienia***

Aż 2/3 polskich nastolatków spożywa słodczye częściej niż raz w tygodniu, a niemal połowa z tą samą częstotliwością pije dosładzane napoje. Warzywa i owoce codziennie spożywa zaledwie 1/3 młodzieży szkolnej. Najważniejszy posiłek dnia - śniadanie - spożywa codziennie zaledwie (69%) uczniów. Prawie co piąty nastolatek przychodzi do szkoły bez śniadania, a co szósty nie spożywa w szkole żadnego posiłku [Jodkowska M., 2015; Dzielska A., 2015].

- ***Higiena jamy ustnej***

Zaledwie 2/3 badanych nastolatków czyści zęby dwa razy dziennie. Dbalosc o higienę jamy ustnej jest lepsza u dziewcząt i u starszej młodzieży [Zawadzka D., 2015].

- ***Spożywanie substancji psychoaktywnych***

Papierosy w Polsce pali ponad (12%) młodzieży szkolnej, w tym (8%) regularnie w każdym tygodniu. Aż (7,9%) chłopców i (8,2%) dziewcząt pali papierosy regularnie. Co piąty badany nastolatek upił się co najmniej 1 raz w życiu, a (3,2%) zrobiło to więcej niż dziesięć razy. Badanie wskazują, że jakikolwiek napój alkoholowy pije około (42%) nastolatków, w tym (6,4%) spożywa go co najmniej raz w tygodniu. Picie alkoholu w każdym tygodniu częściej dotyczy chłopców niż dziewcząt, a wskaźniki picia i upijania się pogarszają się z wiekiem badanych uczniów.

Szacuje się, że około (25%) młodzieży 15-16-letniej i (43%) młodzieży w wieku od 17-u do 18-u lat próbowała przynajmniej raz w życiu marihuany lub haszyszu, a około (10-15%) używa tych narkotyków stosunkowo często - przynajmniej raz w miesiącu [Sierosławski J., 2015]. Rosnącym problemem jest także używanie przez młodzież leków psychoaktywnych (uspokajających i nasennych). W perspektywie całego życia dotyczy to około (17%) 15-16-latków i około (18%) 17-18-latków, przy czym, wskaźniki używania tych leków są mniej więcej dwukrotnie wyższe w grupie dziewcząt [Bobrowski K., 2017, s. 21-22].

- ***Zachowania seksualne***

Inicjację seksualną odbył już co szósty 15-latek (42,6%), częściej dziewczęta niż chłopcy (18,5% vs. 16%). Średni wiek inicjacji wynosił 14 lat. W stosunku do 2010 roku nastąpiło nie tylko zwiększenie częstości inicjacji, ale również obniżenie jej średniego wieku oraz odwrócenie dotychczasowych proporcji zależnych od płci. Dziewczęta obecnie częściej podejmują aktywność seksualną. Ryzykowne zachowanie

seksualne - niestosowanie prezerwatyw - dotyczyło ponad (40%) nastolatków [Woynarowska B., 2015].

Analizy wyników badania HBSC z 2014 roku, ukazały negatywne tendencje w zakresie zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży polskiej, a także stosunkowo niską pozycję Polski w porównaniach międzynarodowych - trzecia dziesiątka w kolejności od najbardziej do najmniej korzystnych wartości w 42 krajach biorących udział w badaniu. Do negatywnych tendencji należy zaliczyć gorszą kondycję psychiczną dzieci i młodzieży oraz przenoszenie negatywnych zachowań do coraz młodszych roczników. Narzuca to konieczność poszukiwania wśród uwarunkowań zdrowia i zachowań zdrowotnych tych elementów, które stanowią czynniki ryzyka i czynniki chroniące. Poznanie tych czynników może znacząco zwiększyć skuteczność działań z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia ukierunkowanych na młodzież wieku szkolnym [Wojtyła A., i in., 2011, s. 328].

Rozdział II

Założenia metodologiczne badań własnych

W pierwszej części pracy omówiono teoretyczne podstawy zdrowia, wartości zdrowia, zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem ich powiązań. Podjęto próbę syntezy pojęć i zagadnień związanych z aktywnością i sprawnością fizyczną. Omówiono kategorię wiekową jaką jest młodzież we wczesnej fazie adolescencji. Opisano zmiany jakie zachodzą w organizmie młodego człowieka w sferze fizycznej, emocjonalnej i społecznej. Zasygnalizowano problemy i zagrożenia jakie mogą pojawiać się w tym okresie dojrzewania.

Zaprezentowane rozważania skłaniają do refleksji, iż brak jest badań ukazujących szerokie związki między aktywnością i sprawnością fizyczną a zachowaniami zdrowotnymi, szczególnie w odniesieniu do młodzieży szkolnej. Podjęto zatem próbę ukazania zjawiska aktywności i sprawności fizycznej w strukturze zachowań związanych ze zdrowiem.

W pracy przyjęto założenie, że im wyższy jest poziom aktywności i sprawności fizycznej tym częściej będą podejmowane zachowania ukierunkowane na zdrowie. Podjęto zatem próbę ukazania, czy częstotliwość podejmowania poszczególnych zachowań związanych ze zdrowiem ma związek z poziomem aktywności i sprawności fizycznej.

Założenia metodologiczne niniejszej pracy ujęte zostały w paradygmacie badań ilościowych (które wykorzystywane są w badaniach porównawczych i służą poznawaniu współzależności między zmiennymi zależnymi i niezależnymi, oraz odpowiedniemu porozumiewaniu się w badanych sprawach) i jakościowych (które nie narzucają badanym języka odpowiedzi, ale umożliwiają poznanie szerszego kontekstu interesujących badacza zjawisk i rozpoznawanie ich w warunkach naturalnych) [Łobocki M., 2006]. Przyjęto, że paradygmaty to „powszechnie uznawane osiągnięcia naukowe, które w pewnym czasie dostarczają społeczności uczonych modelowych problemów i rozwiązań” [Kuhn T. S., 1968, s. 12]. Innymi słowy, projekt badawczy polega na „ilościowym opisie i analizie faktów, zjawisk oraz procesów” [Łobocki M., 2001, s. 55] wchodzących w skład struktury zachowań zdrowotnych. Mówiąc o strukturze należy zwrócić uwagę na złożoność i różnorodność treści, które kryją się pod tym pojęciem. Zachowania zdrowotne są kategorią zachowań ludzkich, które

wchodzą w skład stylu życia. Ten zaś jest pochodną, zarówno podmiotowych dyspozycji, jak i uwarunkowań społeczno-kulturowych. Podejmowanie zachowań pro- lub antyzdrowotnych jest sprawą wyboru z dostępnych w danej kulturze wzorów zachowań mających związek ze zdrowiem. Podstawą tych wyborów są uznawane wartości, ich hierarchizacja, a także miejsce, jakie w tej hierarchii zajmuje zdrowie oraz sposób jego definiowania.

W niniejszym rozdziale opisane zostaną metodologiczne aspekty przeprowadzonych badań oraz problematyka i hipotezy badawcze.

1. Przedmiot i cele badań

Przedmiot badań to interesująca badacza dziedzina zjawisk społecznych, czyli obiekty lub zjawiska, o których - w odpowiedzi, na postawione w procesie badawczym pytania chcemy formułować twierdzenia [Nowak S., 1985, s. 30-31].

Przedmiotem badań niniejszej pracy jest zjawisko aktywności i sprawności fizycznej w strukturze zachowań zdrowotnych. Inspiracją do podjęcia badań są słowa M. Kacprzaka, iż „dziecko powinno wyjść ze szkoły zdrowsze niż do niej przyszło, a w szkole musi być wychowane w zasadach higieny i uświadomione o indywidualnej i społecznej wartości zdrowia” [za: Kowalska W., 2011, s. 221]. Badania zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej, umożliwiają ocenę i identyfikację specyficznych grup ryzyka. Pozwalają również na poznanie czynników, które predysponują do rozwoju problemów zdrowotnych i zachowań ryzykownych dla zdrowia. Stanowią z jednej strony bazę do budowania strategii zapobiegania negatywnym zachowaniom, a z drugiej strony stanowią podstawę programów edukacji zdrowotnej i profilaktyki w szkole, domu i mediach.

Położenie akcentu na aktywność i sprawność fizyczną jako podstawowego elementu struktury zachowań zdrowotnych, umożliwia ukazanie wzajemnych relacji, poszczególnych jej składowych, stanowiących jedną całość.

Podkreślając, iż pedagogika to „z jednej strony (...) nauka empiryczna o faktach, dotyczących rozwoju człowieka, z drugiej zaś strony nauka normatywna, zawsze oceniająca te fakty” [Kunowski S., 2004, s. 40], sformułowano cel nadrzędny oraz cele szczegółowe.

Nadrzędnym celem pracy jest ukazanie związków między poziomem aktywności i sprawności fizycznej a zachowaniami o charakterze pro-

i antyzdrowotnym młodzieży szkolnej w okresie intensywnych przemian, jakim jest wczesna adolescencja.

Cele szczegółowe:

1. Cel teoretyczny:

- uzyskanie informacji na temat częstotliwości podejmowania zachowań o charakterze pro- i antyzdrowotnym przez młodzież szkolną w okresie adolescencji.

2. Cel poznawczy:

- analiza wpływu poziomu aktywności i sprawności fizycznej na podejmowanie zachowań o charakterze pro- i antyzdrowotnym przez młodzież szkolną.

3. Cel praktyczny:

- sformułowanie wniosków dotyczących podejmowanych przez młodzież szkolną zachowań zdrowotnych w celu wskazania obszarów wymagających działań z zakresu edukacji, promocji i profilaktyki zdrowia.

Dobrze sformułowane cele w wymiarze poznawczym, teoretycznym i praktycznym umożliwiają poprawne sformułowanie problemów badawczych.

2. Problemy badawcze

Rozpoczęcie badań naukowych poprzedza sformułowanie problemu badawczego [Brzezinski J., 1996]. Problemy badawcze to pytania, na które szukamy odpowiedzi na drodze badań naukowych [Łobocki M., 1984, s. 56]. Stanowią one ukierunkowanie poszukiwań badawczych. T. Pilch i T. Bauman [2001, s. 43] problemy badawcze definiują jako „pytanie o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska (...), to także według autorów, deklaracja naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania”. Podobny sposób działania sugerował K. Rubacha [2008, s. 104] proponując „zdania rozpoczynające się od części pytającej, które zawierają zmienne obserwowalne oraz algorytm poszukiwania odpowiedzi”. M. Łobocki [2001, s. 117] podkreśla, iż „istnieje szereg problemów, które wymagają rozstrzygnięć wyłącznie w płaszczyźnie rozpoznania określonych faktów, zjawisk i procesów”.

W niniejszej pracy sformułowano trzy główne problemy badawcze, a wokół nich problemy szczegółowe w formie następujących pytań.:

Problemy badawcze :

1. Czy, a jeśli tak, to jaki istnieje związek między poziomem aktywności i sprawności fizycznej a zachowaniami korzystnymi i niekorzystnymi dla zdrowia w badanej grupie młodzieży?

2. Czy, a jeśli tak, to jaki istnieje związek między poziomem aktywności i sprawności fizycznej a definiowaniem zdrowia przez badaną młodzież?

3. Czy, a jeśli tak, to jaki istnieje związek między poziomem aktywności i sprawności fizycznej a umieszczaniem zdrowia w osobistej hierarchii wartości badanych uczniów?

Przedstawione problemy badawcze zostały wyrażone w postaci problemów szczegółowych:

1. Jakie zachowania o charakterze pro i antyzdrowotnym prezentuje badana młodzież szkolna?

2. Jakie zachowania w obszarze aktywności i sprawności fizycznej deklarują badani uczniowie?

3. Jakie zachowania dotyczące sposobu odżywiania wybiera badana młodzież?

4. Jakie zachowania w obszarze codziennej higieny dominują wśród badanych uczniów?

5. Jakie zachowania ryzykowne występują wśród badanych adolescentów?

6. Jakie formy spędzenia wolnego czasu preferują badani uczniowie?

7. Jakie nastawienie do siebie i świata dominuje wśród badanych nastolatków?

8. Jakie wyznaczniki zdrowia przeważają wśród badanych piętnastolatków?

8. Jakie miejsce zajmuje zdrowie wśród wyznawanych przez badanych uczniów wartości?

3. Hipotezy robocze

W badaniach pedagogicznych hipotezy przybierają najczęściej kształt zależności prawdopodobnej dwóch zjawisk, która w toku postępowania badawczego powinna zostać udowodniona poprzez przedstawienie danych popierających zakładaną zależność lub obalona przez ich brak, lub poprzez uzyskanie danych świadczących o fałszywości danego założenia. Hipoteza powinna określać zależności między zmiennymi, a jej sformułowanie należy osadzić w dotychczasowej, uznanej wiedzy naukowej. „Pożądane jest jednak wychodzenie poza utarte, poznane szlaki. Wprawdzie nie na teren irracjonalnych dywagacji, lecz w dziedzinie niepoznane, z pozoru niesposobne do poznania” [Pilch T., 1998, s. 27]. Zgodnie założeniami metodologii badań, w przypadku

pytań o charakterze diagnostycznym nie formułuje się hipotez. Sformułowano je tylko do pytań o zależnościowy związek między zmienną „poziom aktywności fizycznej”, „poziom sprawności fizycznej” a zmienną „zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej” [za: Hajduk E., 1993].

Hipoteza pierwsza

Poziom aktywności i sprawności fizycznej ma związek z realizowanymi zachowaniami zdrowotnymi w obszarze: aktywności, odżywiania, higieny, stosowania używek, przemocy szkolnej oraz sposobów spędzania wolnego czasu.

Im wyższy poziom aktywności i sprawności fizycznej, tym częściej podejmowane będą zachowania o charakterze prozdrowotnym.

Im niższy poziom aktywności i sprawności fizycznej tym częściej będą podejmowane zachowania o charakterze ryzykownym dla zdrowia.

Hipoteza druga

Poziom aktywności i sprawności fizycznej jest skorelowany ze sposobem definiowania zdrowia.

Uczniowie, których cechuje wysoki poziom aktywności i sprawności fizycznej częściej będą określać (definiować) zdrowie jako proces (zależny od podejmowanych przez jednostkę zachowań – warunkowanie behawioralne).

Uczniowie o niskim poziomie aktywności i sprawności fizycznej, zdrowie, częściej będą traktować jako stan (niezależny od nich - warunkowanie genetyczne).

Hipoteza trzecia

Poziom aktywności i sprawności fizycznej ma związek z umieszczaniem zdrowia w osobistej hierarchii wartości.

Uczniowie, o wysokim poziomie aktywności i sprawności fizycznej, wyżej będą cenić zdrowie w kategorii wartości i symboli szczęścia osobistego.

Dokonano weryfikacji założonych hipotez stosując odpowiednie metody statystyczne, a szczegółowe wyniki zawarto w podsumowaniu.

4. Zmienne i wskaźniki

Nieodłącznym atrybutem badań ilościowych w pedagogice są zmienne i wskaźniki, które są konieczne, aby dokonać pomiaru badanych faktów i zjawisk. Dzięki nim pomiar staje się możliwy i realny. Zmienne stanowią uszczegółowienie badanych zjawisk ze względu na ich cechy podstawowe. Wskaźniki natomiast określają każdą z wyodrębnionych zmiennych. Dzięki nim możliwa jest operacjonalizacja

zmiennych, czyli znalezienie empirycznego sensu dla wyodrębnionych zmiennych [Łobocki M., 2007, s. 32]. Właściwe określenie zmiennych i wskaźników umożliwia dokonanie właściwej i pogłębionej interpretacji wyników przeprowadzonych badań. Zwraca się uwagę na możliwość przyporządkowania do zmiennej nie jednego ale kilku wskaźników.

W niniejszej pracy weryfikacji poddano następujące zmienne, definiowane jako zbiór wartości, jakie przyjmuje obiekt w próbie [Rubacha K., 2008, s. 42] :

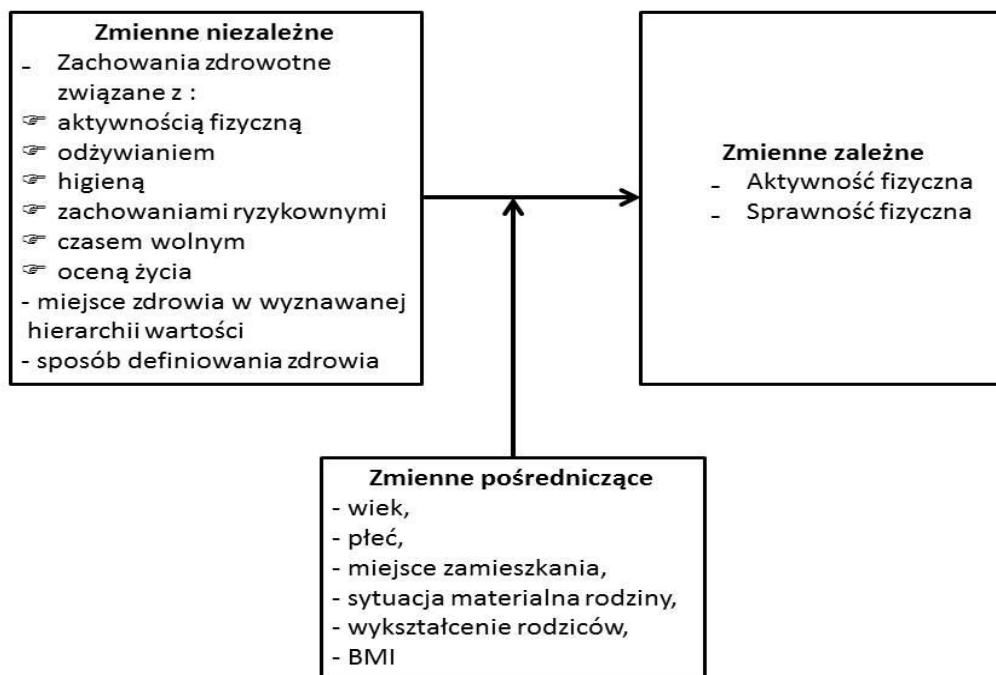
- zmienna zależna – będącą przedmiotem badania, której związki z innymi zmiennymi określamy w toku procesu badawczego [Brzeziński J., 1996],
- zmienna niezależna – wpływająca na zmienna zależną ,
- zmienne pośredniczące - inne zmienne ważne dla zmiennej zależnej [Brzeziński J., 1996].

Powyższe zmienne, powinny odzwierciedlić zależności silne, słabe, korelacje, trendy pomiędzy zmiennymi, a dalej między przyczyną a skutkiem.

Zdefiniowano następujące zmienne :

- zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej (zmienna niezależna),
- aktywność fizyczna (zmienna zależna),
- sprawność fizyczna (zmienna zależna),
- zmienne pośredniczące: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status materialny rodziny, wykształcenie rodziców, BMI.

System zmiennych i zależności między nimi przedstawiono na poniższym schemacie.



Schemat II-1. Związki pomiędzy badanymi w pracy zmiennymi

Taki sposób sformułowania zmiennych pozwala wysnuć wniosek, iż badacz zakłada, że zmienna zależna, jaką są zachowania zdrowotne jest rzeczywistym lub domniemanym skutkiem zmiennej niezależnej, czyli poziomu aktywności i sprawności fizycznej.

W niniejszej pracy zrezygnowano z badania sfery życia intymnego i wczesnych kontaktów seksualnych, ze względu na niechętny stosunek dyrektorów szkół, pedagogów szkolnych, a przede wszystkim rodziców badanych uczniów do pytań z tego obszaru zachowań.

Poniżej wyodrębniono wskaźniki dla zmiennej jaką są zachowania zdrowotne, w obszarze:

- aktywności fizycznej (ilość dni oraz godzin w tygodniu poświęcana na umiarkowaną aktywność fizyczną (MVPA), ilość dni oraz godzin w tygodniu poświęcana na intensywna aktywność fizyczną (VPA), podejmowanie aktywnej drogi do szkoły, uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego, uczestnictwo w pozaszkolnych zajęciach sportowych, uprawiane formy aktywności fizycznej, bariery utrudniające podejmowanie aktywności fizycznej, motywacje podejmowania aktywności fizycznej),

- odżywiania (częstotliwość zjadania śniadań, częstotliwość zjadania drugiego śniadania w szkole, częstotliwość spożywania produktów żywieniowych korzystnych dla zdrowia - warzywa, owoce, mleko i przetwory mleczne, częstotliwość spożywania produktów żywieniowych niekorzystnych dla zdrowia - słodycze, fast-food, napoje słodzone, stosowane niezdrowej diety),
- zachowania higieniczne (częstotliwość mycia zębów, częstotliwość mycia rąk po powrocie do domu, częstotliwość mycia rąk przed posiłkami, częstotliwość mycia rąk po skorzystaniu z toalety, ilość godzin poświęcanych na sen),
- zachowania ryzykowne (częstotliwość palenia papierosów, wiek inicjacji nikotynowej, przyczyny palenia papierosów przez młodzież, częstotliwość picia alkoholu w życiu badanej młodzieży, wiek inicjacji alkoholowej, przyczyny picia alkoholu przez młodzież, częstotliwość spożywania narkotyków wśród młodzieży, wiek inicjacji narkotykowej, przyczyny sięgania przez młodzież po narkotyki),
- przykre doświadczenia (bycie bitym/dręczonym w ciągu dwóch ostatnich miesięcy od daty badania, dręczenie innych uczniów w ciągu ostatnich dwóch miesięcy od daty badania, uczestnictwo w bójce w ciągu ostatnich 12 miesięcy, osoby z którymi badani uczestniczyli w bójce),
- zajęcia w czasie wolnym (częstotliwość oglądania telewizji, częstotliwość grania na komputerze lub konsoli, częstotliwość korzystania z Internetu, sposoby spędzania czasu wspólnie z rodzicami, liczba bliskich przyjaciół, częstotliwość spotkań towarzyskich z rówieśnikami poza szkołą, formy spędzania czasu wolnego i komunikowania się z rówieśnikami),
- nastawienie do siebie i świata (ocena swojego życia na Skali Cantrila, samoocena zdrowia, występowanie przewlekłej choroby),
- sposób definiowania zdrowia,
- wartości osobiste preferowane przez badanych uczniów.

Wymienione powyżej wskaźniki umieszczono w narzędziach badawczych (ankieta) lub wykorzystano standaryzowane narzędzia, w skład których one wchodzi (Lista Kryteriów Zdrowia, Lista Wartości Osobistych Z. Juczyńskiego).

5. Metoda, techniki i narzędzia badawcze

Metody i techniki badań stanowią określone sposoby postępowania naukowego które prowadzą do rozwiązania sformułowanych wcześniej problemów badawczych [Łobocki M., 2006].

Metoda badań, to ogólny system reguł dotyczących organizowania określonej działalności badawczej tj. szeregu operacji poznawczych i praktycznych, kolejności ich zastosowania, jak również specjalnych środków i działań skierowanych z góry na założony cel badawczy [Łobocki M., 1984, s. 115].

W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, która „jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawisk instytucjonalnie niezlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje” [Pilch T., Bauman T., 2001, s. 80].

Techniki badawcze są bliżej skonkretyzowanymi sposobami realizowania zamierzonych badań. Jako technikę badawczą zastosowano kwestionariusz ankiety, który jest „techniką gromadzenia informacji, polegającą na wypełnieniu najczęściej samodzielnie przez badanego, specjalnych kwestionariuszy, charakteryzujących się wysokim stopniem standaryzacji w obecności, lub częściej bez obecności ankietera [Pilch T., Bauman T., 2001, s. 96].

Badane zmienne zostały zmierzone za pomocą następujących kwestionariuszy:

- Kwestionariusz Badań Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC);
- Kwestionariusz Listy Kryteriów Zdrowia (LKZ) Z. Juczyńskiego;
- Kwestionariusz Listy Wartości Osobistych (LWO) Z. Juczyńskiego.

Do oceny poziomu aktywności fizycznej zastosowano test przesiewowy Moderate to Vigorous Physical Activity (MVPA), opracowany przez J. J. Prochaskę i J. F. Sallisa.

Do oceny poziomu sprawności fizycznej zastosowano metodę Functional Movement Screen (FMS), autorstwa G. Cooka.

5.1. Kwestionariusz Badań Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej (HBSC)

Narzędziem pomiaru był standardowy Międzynarodowy Kwestionariusz do Badań Zachowań Zdrowotnych Młodzieży HBSC z 2010 roku, który otrzymałam w 2015 roku od dr n. med. Joanny Mazur - polskiego koordynatora badań HBSC uzupełniony o pytania własne w obszarze aktywności fizycznej. Kwestionariusz jest adaptowany i tłumaczony dwustronnie (dla zachowania porównywalności wyników). Dane dotyczące wskaźników rzetelności i trafności narzędzi znajdują się w opracowaniu [Woynarowska B., Mazur J., 2012, s. 11-25]. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły :

- zachowań korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia, w tym :
 - zachowań związanych z aktywnością fizyczną,
 - zachowań związanych z odżywianiem,
 - zachowań związanych z higieną,
 - zachowań związanych z paleniem tytoniu,
 - zachowań związanych z piciem alkoholu,
 - zachowań związanych z zażywaniem substancji narkotycznych,
 - zachowań związanych z niezdrową dietą,
- samooceny zdrowia i zadowolenia z życia,
- kontaktów z przemocą,
- statusu społeczno-ekonomicznego rodziny,
- funkcjonowania w środowisku rówieśniczym (liczba bliskich przyjaciół, czas spędzany z przyjaciółmi poza domem),
- sposobów spędzania czasu wolnego.

Badania nad zachowaniem zdrowotnym młodzieży szkolnej mają charakter międzynarodowy i są sponsorowane przez Światową Organizację Zdrowia oraz Regionalne biuro dla Europy. Rozpoczęto je w 1983 roku i są powtarzane, co cztery lata. W Polsce badania HBSC przeprowadzono po raz pierwszy 1990 roku. Są to badania ankietowe, przeprowadzane wśród młodzieży w okresie dojrzewania wieku 11-u, 13-u i 15-u lat.

Głównym celem powyższych badań jest :

- dostarczanie teoretycznej i metodologicznej wiedzy w sferze badań nad zachowaniami zdrowotnymi i społecznym kontekstem zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym,

- gromadzenie danych mających znaczenie dla populacji w wieku szkolnym, oraz monitorowanie zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży w krajach uczestniczących w badaniu,
- monitorowanie postępów w realizacji programu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Zdrowie 21 - Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”, a dotyczącej zachowań zdrowotnych młodych ludzi, oraz Europejskiej Strategii dla Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży,
- upowszechnianie wyników badań wśród kluczowych odbiorców m.in.: naukowców, decydentów w resorcie edukacji, promotorów zdrowia, nauczycieli, rodziców i młodzieży,
- wspieranie rozwoju promocji zdrowia w środowisku szkolnym,
- wspieranie tworzenia krajowych ekspertyz w dziedzinie zachowań zdrowotnych i społecznych oddziaływań na zdrowie, młodzieży w wieku szkolnym.

5.2. Kwestionariusz Listy Kryteriów Zdrowia Z. Juczyńskiego

Zawiera 24 twierdzenia, opisujące pozytywne elementy trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Zawiera stwierdzenia odzwierciedlające różne aspekty zdrowia. Stwierdzenia te definiują zdrowie jako: cel, proces, stan, właściwość oraz wynik. Wymienione kryteria zdrowia zostały przyporządkowane w następujący sposób:

- **zdrowie jako cel** (dożyć późnej starości; być odpowiedzialnym; akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki);
- **zdrowie jako proces** (potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi; umieć rozwiązywać swoje problemy; potrafić pracować bez napięcia i stresu; umieć przystosować się do zmian w życiu; potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami);
- **zdrowie jako stan** (czuć się szczęśliwym przez większość czasu; umieć się cieszyć z życia; czuć się dobrze);
- **zdrowie jako właściwość** (jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa; mieć dobry nastrój; nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych; nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność; mieć zdrowe oczy, włosy, cerę ; mieć sprawne wszystkie części ciała; prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza) ;

- **zdrowie jako wynik** (należy się odżywiać; dbać o wypoczynek, sen; pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale; nie palić tytoniu; mieć odpowiednią wagę ciała; mieć pracę, różnorodne zainteresowania).

Badana osoba zaznacza swoje preferencje wskazując, które z podanych stwierdzeń są ważne w ocenie zdrowia, a spośród nich te które są najważniejsze.

Kwestionariusz LKZ pozwala na poznanie tego, co badani rozumieją przez pojęcie „zdrowie” oraz w jakim stopniu zdrowie utożsamiane jest ze stanem, właściwością lub procesem. Lista Kryteriów Zdrowia pozwala na ustalenie celów, którymi kieruje się dana osoba podejmując decyzje dotyczące zdrowia. Podstawę do interpretacji wyników stanowią przypisane wybranym kryteriom zdrowia punkty, które można odnieść do średnich wartości uzyskanych w procesie normalizacji podczas badania 82 osób dorosłych. Miarą trafności jest dostosowanie treści do współczesnego ujęcia zdrowia, rozumianego holistycznie. Wskaźnikiem trafności jest zróżnicowanie kryteriów zdrowia, związane z poziomem edukacji zdrowotnej oraz powiązanie kryteriów zdrowia z aktualnym stanem zdrowia. Współczynnik stałości wyników wynosi 0,68 - co można uznać za zadawalający. Przeciętny czas badania nie przekracza dziesięciu minut [Juczyński Z., 2001, s. 126-130].

5.3. Kwestionariusz Listy Wartości Osobistych Z. Juczyńskiego

Składa się z dwóch części, pierwsza zawiera opis 9 symboli szczęścia, które wyrażają różnorodne formy aktualizacji wartości ludzkich. Druga część przedstawia 10 kategorii wartości osobistych, wśród których znajduje się dobre zdrowie, utożsamiane ze sprawnością fizyczną, psychiczną i społeczną.

Narzędzie umożliwia oszacowanie wartości, jaką przypisuje się zdrowiu w kontekście innych ważnych dla człowieka dóbr osobistych i wartości.

Badanie pozwala na śledzenie zmian w wartościowaniu zdrowia w wyniku edukacji zdrowotnej, działań promujących zdrowie oraz modyfikacji zachowań zdrowotnych. Podobnie jak w przypadku LKZ, w LWO punkty przypisane poszczególnym symbolom szczęścia i wartościom osobistym traktuje się jako „wagi”, które umożliwiają interpretację w odniesieniu do wyników reprezentacyjnej próby dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat. Trafność teoretyczną LWO potwierdzają zgodnie z oczekiwaniami zmiany rozwojowe, stwierdzone w badaniach dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat: w miarę dorastania wzrasta znaczenie wartości altruistycznych i ranga zdrowia. Rzetelność sprawdzana metodą test-retest w odstępie dwóch tygodni

wyniosła 0,78 i 0,76 dla części LWO, zaś po sześciu tygodniach 0,72 i 0,62 - co wskazuje na zadowalającą stałość metody [Juczyński Z., 2001, s. 126-130].

5.4. Test przesiewowy Moderate to Vigorous Physical Activity J. J. Prochaski

I J. F. Sallisa

Miernikiem aktywności fizycznej jest **wskaźnik MVPA**. Wartość wskaźnika odpowiada liczbie dni w tygodniu, podczas których badani poświęcają na różne formy aktywności fizycznej, co najmniej 60 minut dziennie. Założono, że aktywność fizyczna, to wszystkie czynności i zajęcia związane z wysiłkiem fizycznym i ruchem, w czasie których czynność serca przyspiesza się i oddychamy szybciej. Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami wychowania fizycznego, uprawianiem sportu i rekreacji, grami i zabawami a także z marszem do szkoły . Przykładami aktywności fizycznej są: bieg, szybki marsz, pływanie, jazda na rolkach, rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w siatkówkę, w koszykówkę czy w piłkę nożną.

Odpowiadając na dwa kolejne pytania, badany oblicza, ile czasu łącznie przeznaczą każdego dnia na aktywność fizyczną, czyli sumuje czas wszystkich zajęć.

W celu wyliczenia wskaźnika MVPA w ankiecie zamieszcza się dwa pytania :

- W ostatnich siedmiu dniach, w ilu dniach przeznaczyłeś (-aś) na aktywność fizyczną (w tym lekcje WF) łącznie co najmniej 60 minut dziennie?
- W typowym lub zwykłym tygodniu, w ilu dniach przeznaczyłeś (-aś) na aktywność fizyczną (w tym lekcje WF) łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

Na podstawie odpowiedzi na oba pytanie wylicza się wskaźnik MVPA, czyli średnią liczbę dni w tygodniu w którym badana osoba przeznaczyła na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut dziennie. Dane dotyczące właściwości psychometrycznych testu znajdują się w opracowaniu [Prochaska J. J., Salis J. F., Long B., 2001, s. 554-559].

5.5. Metoda Functional Movement Screen G. Cooka

Jest metodą screeningową, opracowaną przez amerykańskiego fizjoterapeutę Graya Cooka i Lee Burtona w 1995 roku. Pozwala ocenić podstawową motorykę oraz umożliwia zweryfikowanie poprawności i efektywności wzorca ruchowego, stanowiącego klucz do zdrowego aparatu stawowo-mięśniowego. Metoda FMS pozwala ocenić, czy nabyte nawyki ruchowe są zgodne ze wzorcami ruchowymi, czy też odbiegają od nich, co może być spowodowane kompensacjami wypracowanymi przez

organizm przez niewłaściwe wykonywanie ćwiczeń w przypadku osób aktywnych, lub braku bodźców stymulujących do prawidłowego funkcjonowania u osób prowadzących bierny tryb życia. Metoda FMS pozwala patrzeć na organizm badanego holistycznie, jako funkcjonalną całość pozbawioną słabych ogniw, a nie tylko przez pryzmat pojedynczych mięśni.

Metoda ta składa się z siedmiu podstawowych, oraz z trzech testów przesiewowych.

Podczas każdego z testów badana osoba ma trzy próby. Ocenie podlega najlepszy wynik. Dokonuje się obserwacji wykonywanego ruchu w dwóch płaszczyznach: strzałkowej i czołowej, a każdy z testów oceniany jest w skali od 0 do 3 punktów. W całym badaniu można uzyskać łącznie 21 punktów:

- jeden punkt przyznaje się badanemu, który nie jest w stanie prawidłowo wykonać danego wzorca ruchowego lub przyjąć pozycji wyjściowej do jego wykonania;
- dwa punkty, otrzymuje badany za prawidłowe wykonanie wzorca ruchowego, jednak z występującymi kompensacjami,
- trzy punkty, otrzymuje badany za poprawne wykonanie wzorca ruchowego.

Większość testów FMS ocenia oddzielnie obydwie strony ciała (prawą i lewą), jednak do zbiorczej oceny całego badania dodajemy niższy wynik, tzn., jeśli badany w teście mobilności obręczy barkowej po lewej stronie uzyska 2 punkty a po prawej 3 punkty, wówczas do protokołu badania jako wynik końcowy tego testu wpisujemy 2 punkty.

Dodatkowo, wyróżniono 3 testy przesiewowe, których wynik może być pozytywny lub negatywny. Jeśli okaże się on pozytywny i badany podczas jego wykonania odczuwa dolegliwości bólowe, wówczas cały test którego one dotyczą oceniany jest na zero punktów.

W skład badania wchodzi następujące testy :

- Głęboki przysiad - deep squat - badany wykonuje głęboki przysiad z drążkiem trzymanym nad głową ; cel: ocena stabilności i ruchomości w stawach biodrowych, kolanowych, skokowych; dodatkowo ocenia się ruchomość obręczy barkowej oraz górnego odcinka kręgosłupa.
- Przeniesienie nogi nad płotkiem – hurdle step - badany wykonuje przeniesienie kończyny dolnej nad poprzeczką z drążkiem trzymanym oburącz na barkach;

cel: ocena mobilności stawów biodrowych, kolanowych oraz skokowych.; test wykonujemy obustronnie (dla lewej i prawej strony).

- Przysiad w wykroku - in-line lunge - badany wykonuje przysiad w pozycji wykroczonej z drążkiem trzymanym wzdłuż kręgosłupa; cel: ocena mobilności i stabilności łańcucha kinematycznego całej kończyny dolnej wraz z jej poszczególnymi komponentami – stawami biodrowymi, kolanowymi, skokowymi – podczas asymetrycznego zadania ruchowego; test wykonujemy obustronnie.

- Mobilność obręczy barkowej - shoulder mobility - badany składa dłonie w pięść, wykonuje ruch sięgania od góry jedną kończyną górną , drugą od dołu, starając się zbliżyć dłonie ułożone na plecach; cel: ocena funkcjonalnej ruchomości obręczy barkowej.

Test przesiewowy: badany kładzie dłonie na przeciwległym barku unosi staw łokciowy do góry. Test wykonujemy obustronnie.

- Aktywne uniesienie nogi - active straight leg raise - badany w pozycji leżenia tyłem unosi najpierw lewą potem prawą wyprostowaną w stawie kolanowym kończyną dolną.; cel: ocena elastyczności mięśni grupy kulszowo- goleniowej przy ustabilizowanej miednicy.

- Stabilność tułowia, „pompka” - trunk stability push up - badany wykonuje tzw. „pompkę”; cel: ocena stabilności tułowia podczas symetrycznej pracy ramion.

Test przesiewowy: z pozycji leżenia przodem z kciukami na wysokości barków, badany wykonuje przeprost tułowia bez odrywania dłoni i bioder od podłogi.

- Stabilność rotacyjna tułowia - rotational stability- badany w pozycji klęku podpartego wykonuje równoczesne uniesienie kończyny górnej i dolnej po tej samej stronie lub przeciwległych kończyn (lewa kończyna dolna, prawa kończyna górna); cel: ocena wielopłaszczyznowej stabilności tułowia przy ruchach kończyn.

Test przesiewowy: z pozycji klęku podpartego badany wykonuje siad na piętach z dotknięciem klatki piersiowej do ud oraz z wyciągnięciem rąk najdalej jak to jest tylko możliwe.

Metoda FMS identyfikuje ograniczenia funkcjonalne i asymetrię ruchu u badanej osoby, wskazując najsłabsze ogniwa jej narządu ruchu. Pozwala na równoległe wprowadzenie ćwiczeń odbudowujących zaburzone funkcje.

Jest metodą porównywalną, a wyniki są policzalne. Interpretacja wyników odbywa się według ustalonego klucza.

- 18-21 punktów (sprawność wysoka). Badany jest zdrowy, jego ciało porusza się w prawidłowym wzorcu ruchowym, ryzyko wstąpienia przeciążeń jest znikome.
- 14-18 punktów (sprawność przeciętna). U badanego występują asymetrie i kompensacje, wzorce ruchowe są zaburzone, ryzyko wystąpienia przeciążeń skutkujących mikro urazami, a w konsekwencji urazem wzrasta o (25-35%).
- ≤ 14 punktów (sprawność niska). Prawdopodobieństwo wystąpienia urazu przeciążeniowego wzrasta o 50 procent [Cook G., 2010]. Adaptacja polskiej wersji eksperymentalnej metody FMS w toku.

6. Organizacja i przebieg badań

Próbka badawcza to zdaniem K. Rubachy [2008 s. 166] „obiekty poddane badaniu, które można przyporządkować do określonej populacji”. Dookreślono zatem populację docelową, jakim jest młodzież uczęszczająca do ósmej klasy szkoły podstawowej, znajdującej się na terenie województwa małopolskiego. Na podstawie wykazu wszystkich placówek oświatowych na terenie województwa małopolskiego [<https://cie.men.gov.pl/index.php/sio-wykaz-szkol-i-placowek.html>...dostęp 10.9.2016 roku] sporządzono listę szkół. Tylko losowy dobór próby daje podstawę do nazwania jej reprezentatywną. Zastosowano zatem schemat losowania grupowego, którego „cechą charakterystyczną jest to, że jednostkami losowania nie są poszczególne elementy populacji, ale ich skupiska, czyli tzw. grupy” [Brzeziński J., 1999, s. 242]. Operat losowania zawierał ponumerowany wykaz grup według podziału:

- szkoły znajdujące się w dużym mieście (powiatowe),
- szkoły znajdujące się w małym mieście (miasto na prawach powiatu).

Wylosowano po cztery szkoły z dużego (Kraków) i małego (Nowe Brzesko, Krzeszowice, Mogilany, Słomniki) miasta. Następnie wśród wylosowanych szkół wyłoniono klasy ósme i ponumerowano je. Droga dalszego losowania wskazano po dwie klasy z każdej wylosowanej szkoły, biorące udział w badaniu (tzw. losowanie wielostopniowe). Badanie było dobrowolne i każdy uczeń, mógł odmówić jego kontynuowania na każdym etapie badania. Zdarzały się przypadki, że pojedyncze osoby odmawiały przystąpienia do badania na etapie testów sprawnościowych, lub rezygnowali z dalszego badania na etapie wypełniania kwestionariusza. Łącznie

przebadano 300 osób. Do analizy zakwalifikowano 265 wyników osób, które uczestniczyły w teście sprawnościowym i zwróciły poprawnie wypełniony kwestionariusz dotyczący zachowań zdrowotnych.

Zebrany materiał empiryczny poddano analizie statystycznej. Szczegółowe wyniki i ich interpretację przedstawiono w kolejnych rozdziałach niniejszej pracy.

Wszelkie badania charakteryzują się ściśle określonym przebiegiem, poczynając od uświadomienia sobie potrzeby ich przeprowadzenia, poprzez ściśle określenie procedury i metody (w tym przypadku właściwe określenie próby losowej), a kończąc na opracowaniu materiału badawczego .

Badania miały miejsce od października 2016 do czerwca 2017 roku i przebiegały w kilku etapach.

- etap pierwszy:

Złożenie podania z prośbą o umożliwienie przeprowadzenia badania (sprawnościowego i ankietowego) w szkołach gimnazjalnych województwa małopolskiego. Kolejno skontaktowano się telefonicznie z dyrektorami szkół, aby ustalić, jakie formalne wymogi należy spełnić, by uzyskać zgodę na w/w badanie. Przeprowadzono rozmowy z dyrektorami wytypowanych ośmiu szkół drogą losowania. Dane dotyczące tych szkół i grup uczniowskich ze względu na RODO są w dyspozycji autora i nie są publikowane w pracy.

Po uzyskaniu zgody dyrektorów, przesłano do w/w szkół komplet dokumentów zawierający: opis badania FMS, kwestionariusz ankiety, list do Rodziców z formularzem barku zgody, pismo Dyrektora Instytutu Pedagogiki, prof. dr hab. J. Kirenki z prośbą o umożliwienie przeprowadzenia badania doktorantce Wydziału Pedagogiki i Psychologii.

- etap drugi:

Od lutego do połowy maja 2017 roku przeprowadzono test sprawnościowy, metodą FMS. Badanie było przeprowadzane indywidualnie, osobiście przez autora. Czas badania jednego ucznia wraz z instrukcją zajmował około 30 minut.

- etap trzeci :

Od 20 maja do 15 czerwca 2017 wypełniono kwestionariusz ankiety. Czas wypełnienia ankiety zajmował około 45-50 minut. Ze względu na komfort badanych uczniów i poczucie anonimowości, badanie było przeprowadzone osobiście przez autora, w godzinach wyznaczonych przez Dyrektora szkoły.

Rodzice każdorazowo byli informowani o badaniu przez wychowawcę klasy, który był zobowiązany przedstawić list wyjaśniający cel badań i formularz tzw. „biernej zgody”. W przypadku braku zgody rodzica na udział dziecka w badaniu, wypełniał on ten formularz i dziecko nie brało udziału w badaniu, lecz było obecne na lekcji podczas jego przeprowadzania.

7. Metody analizy statystycznej

Materiał empiryczny w niniejszej pracy został poddany analizie ilościowej i jakościowej. Sposób analizy danych oraz zastosowanie testów statystycznych uwarunkowane były przyjętymi założeniami i problemami badawczymi.

W odniesieniu do danych jakościowych określono liczebności oraz procenty, a w przypadku danych ilościowych- średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, wartości minimalne i maksymalne.

Przeprowadzona wśród młodzieży ankieta została opracowana statystycznymi metodami analizy ankiet polegającymi na zliczaniu różnych wariantów odpowiedzi na zadane w kwestionariuszu pytania. Zgodnie z przyjętym modelem badawczym, określono zróżnicowania w zakresie analizowanych grup i podgrup badanych.

Wybór testu statystycznego zależał od rodzaju danych i występowania lub nie występowania normalności rozkładu. Testem niezależności chi kwadrat badano zależności zwyczajów, nawyków żywieniowych, sposobu spędzania wolnego czasu i innych postaw objętych badaniem od płci badanych dzieci oraz od ich aktywności i sprawności fizycznej. Również testem niezależności chi kwadrat badano związek zmiennych środowiskowych na aktywność i sprawność fizyczną badanej młodzieży.

Dla zbadania związku z poziomem aktywności i sprawności fizycznej badanych a ich zadowoleniem z życia oraz ich wartościami osobistymi i symbolami szczęścia, wiekiem inicjacji nikotynowej i innych ilościowych zmiennych jak np. czas spędzany z kolegami zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji.

Średnie wagi kryteriów zdrowia w badanym materiale chłopców i dziewcząt porównywano nieparametrycznym testem Manna-Whitneya. Uzyskane wyniki przedstawiono w formie tabel i wykresów. Zarówno wykresy kołowe jak i wykresy słupkowe budowano w oparciu o wartości procentowe zamieszczając dodatkowo informację o liczebnościach lub średnie w przypadku danych ilościowych. Każda z zamieszczonych tabel zawiera nazwę zastosowanego testu.

Za statystycznie znamienne przyjmowano te wyniki testów, dla których poziom istotności był mniejszy lub równy 0,05 ($p \leq 0,05$). Brak istotności statystycznej oznaczano skrótem NS (Nieistotne Statystycznie). Wszystkie obliczenia wykonano pakietem statystycznym STATISTICA 12 PL.

ROZDZIAŁ III

Analizy statystyczne zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w kontekście płci

Niniejszy rozdział opiera się w głównej mierze na analizach i badaniach własnych w większości różnicujących płeć, w różnych przejawach zachowań wpływających na zdrowie.

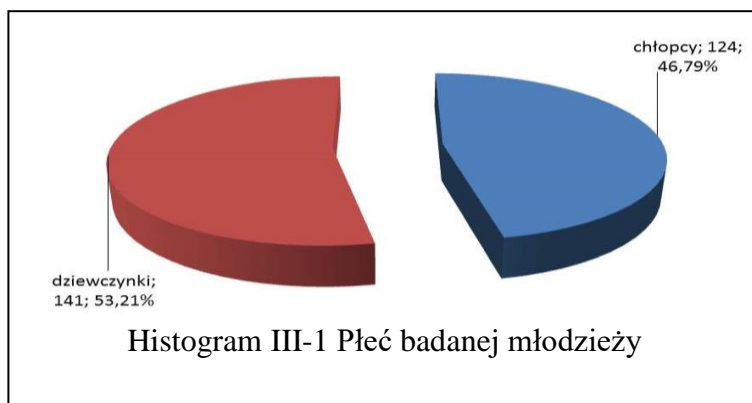
Problem od strony technicznej a więc przebadanie na poziomie co najmniej kilkudziesięciu tysięcy przypadków aby spełnić wymogi dla statystyki populacji oraz niezależności i rozkładu normalnego wewnątrz grup i pomiędzy grupami analizowanych zmiennych jest niemożliwy do przeprowadzenia. Nie spotkano również takich danych literaturowych innych autorów, aby można było je połączyć z przedstawianymi danymi pomiarowymi w niniejszej pracy. W szczególnych przypadkach autor porównuje swoje wyniki z danymi badań HBSC z 2010 i 2014 roku, oraz z podobnymi badaniami innych autorów. W związku z tym badania statystyczne przedstawione niniejszej pracy, podlegają założonemu wyborowi i są ograniczone do próby 265 przypadków ze zróżnicowaniem strukturalnym. Z drugiej strony obejmują aż 265 przypadków. Kryterium istotności (p) przyjmowano na poziomie 0,05.

1. Wybrane wskaźniki społeczno-demograficzne badanej grupy

Badaniami objęto uczniów ósmej klasy, różnej płci, pochodzących z województwa małopolskiego w wieku 15-u lat. Badana zbiorowość została scharakteryzowana ze względu na następujące zmienne społeczno-demograficzne tj.: płeć, miejsce zamieszkania, status materialny rodziny, wykształcenie oraz aktywność zawodową rodziców w perspektywie próby połączenia ich ogólnie ze zdrowiem.

Łącznie przebadano 265 uczniów, w tym 141 dziewcząt i 124 chłopców.

Dziewczęta stanowiły (53,21%) ogółu badanej młodzieży. Chłopcy (46,79%) wszystkich badanych uczniów [Histogram 1].



Badana młodzież mieszka najczęściej w dużym mieście. Prawie połowa badanych uczniów (49,06%) pochodzi z dużego miasta. Drugą co do wielkości grupę stanowią uczniowie mieszkający na terenach wiejskich (32,45%). Z małego miasta pochodzi 1/5 badanej młodzieży (18,49%) [Tabela 1].

Płeć nie różnicuje statystycznie istotnie miejsca zamieszkania, ($p > 0,536$), chociaż z tabeli 1 wynika, iż dziewczęta (35,46%) częściej niż chłopcy (29,03%) mieszkają na terenach wiejskich. Chłopcy (70,96%) natomiast częściej niż dziewczęta (64,54%) mieszkają w mieście.

Określając wielkość miejscowości brano pod uwagę miejsce zamieszkania podane przez ucznia w kwestionariuszu ankiety, a nie lokalizację szkoły.

Tabela III-1. Miejsce zamieszkania badanej młodzieży

Miejsce zamieszkania	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
duże miasto	130	49,06%	64	51,61%	66	46,81%
małe miasto	49	18,49%	24	19,35%	25	17,73%
wieś	86	32,45%	36	29,03%	50	35,46%

* $\chi^2=1,245$ df=2 $p > 0,536$

Jako jeden z wybranych mierników nierówności społecznych w kontekście ich związków ze zdrowiem, wykorzystano status materialny rodziny. Założono, iż nierówności społeczne mogą w różny sposób, bezpośrednio lub pośrednio, oddziaływać na zdrowie poprzez: biedę i wykluczenie z życia, nieustanny stres, większe narażenie ze względu na otoczenie na zachowania ryzykowne, mniejsze szanse na lepszą edukację i możliwości dostępu do lepszej i droższej opieki zdrowotnej. Podobne spostrzeżenia można znaleźć u J. Mazur i A. Małkowskiej-Szkutnik [2011, s. 19]. Badania naukowe dowiodły, że dzieci dorastające w ubóstwie, w porównaniu z rówieśnikami z rodzin o wysokim statusie finansowym „rzadziej cieszą się dobrym zdrowiem, słabiej radzą

sobie w szkole, a w późniejszym wieku nieczęsto w pełni realizują swój potencjał. W ich przypadku zagrożenie bezrobociem i biedą jest większe [Koralewska-Samko J., Sadowska K., 2014, s. 407]. Nie można tu jednak stosować prostego podziału na biednych i bogatych.

Badana młodzież najczęściej spostrzegła sytuację materialną swojej rodziny jako *raczej dobrą* (43,77%), kolejno: *przeciętną* (27,55%), *bardzo dobrą* (26,04%), *złą* (2,64%), co obrazuje [Tabela 2].

Można zauważyć, że dziewczęta (75,89%) częściej niż chłopcy (66,13%) oceniały sytuację materialną swojej rodziny jako *raczej dobrą* i *przeciętną*. Chłopcy (70,16%) nieznacznie częściej niż dziewczęta (69,51%) określali ją jako *raczej dobrą* i *bardzo dobrą*. Odsetek uczniów oceniających sytuację materialną swojej rodziny jako *złą* był marginalny i w grupie chłopców wynosił (2,42%), a w grupie dziewcząt był nieznacznie wyższy i wynosił (2,83%).

Tabela III-2. Status materialny rodziny w subiektywnej ocenie uczniów

Sytuacja materialna	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
bardzo dobra	69	26,04%	39	31,45%	30	21,28%
raczej dobra	116	43,77%	48	38,71%	68	48,23%
przeciętna	73	27,55%	34	27,42%	39	27,66%
zła	7	2,64%	3	2,42%	4	2,83%

* $\chi^2=2,008$ df=3 p>0,257

Płeć badanych osób nie wpływa statystycznie istotnie na sposób oceny sytuacji materialnej rodziny (p>0,257), mimo zauważonej tendencji do bardziej pozytywnej oceny u chłopców.

Aby szerzej opisać społeczne funkcjonowanie badanej młodzieży, wzięto pod uwagę także wykształcenie rodziców oraz ich zawodową aktywność.

Mierniki statusu społeczno-ekonomicznego związane z wykształceniem rodziców, pośrednio obrazują pozycję rodziny w społeczeństwie, chociaż nie zawsze określają jej finansowy poziom.

Badana młodzież określając poziom wykształcenia swoich ojców najczęściej wskazuje na wykształcenie *średnie* (40,75%), kolejno: *zawodowe* (35,47%), *wyższe* (19,62%) i *podstawowe* (1,89%). Sześć osób (2,26%) badanych uczniów wskazało brak ojca [Tabela 3].

Nie zaobserwowano istotnych różnic statystycznych, między płcią badanych uczniów, a wykształceniem ojca, (p>0,883).

W obu badanych grupach przeważają ojcowie z wykształceniem *średnim* i *zawodowym* (75,0% vs.77,3%). Wykształcenie ojców na poziomie *wyższym* deklaruje (20,16%) uczniów i (19,15%) uczennic, a na poziomie *podstawowym* zaledwie dwóch chłopców (1,61%) i trzy dziewczyny (2,13%). Brak ojca zasygnalizowało czterech nastolatków (3,23%) i dwie nastolatki (1,42%).

Tabela III-3. Wykształcenie ojca

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
brak ojca	6	2,26%	4	3,23%	2	1,42%
podstawowe	5	1,89%	2	1,61%	3	2,13%
zawodowe	94	35,47%	44	35,48%	50	35,46%
średnie	108	40,75%	49	39,52%	59	41,84%
wyższe	52	19,62%	25	20,16%	27	19,15%

* $\chi^2=1,167$ df=4 p>0,883

Badani uczniowie określając poziom wykształcenia swoich matek najczęściej wskazują na wykształcenie *średnie* i *wyższe* (69,43%). Wykształcenie matek na poziomie *zawodowym* wskazuje 1/4 badanej młodzieży (28,30%), a na poziomie *podstawowym* zaledwie pięciu nastolatków (1,89%). Jedna osoba (0,71%) wskazała brak matki, [Tabela 4].

Nie zaobserwowano istotnych różnic statystycznych, między płcią badanych uczniów a wykształceniem matki, (p>0,852).

W obu badanych grupach przeważają matki z wykształceniem *średnim* i *wyższym* (70,16% vs.68,79%). Wykształcenie matek na poziomie *zawodowym* deklaruje (27,42%) uczniów i (29,08%) uczennic, a na poziomie *podstawowym* tylko trzech badanych nastolatków (2,42%) i dwie badane nastolatki (1,42%). Jedna dziewczynka zasygnalizowała brak matki.

Tabela III-4. Wykształcenie matki

Wykształcenie matki	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
brak matki	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%
podstawowe	5	1,89%	3	2,42%	2	1,42%
zawodowe	75	28,30%	34	27,42%	41	29,08%
średnie	98	36,98%	47	37,90%	51	36,17%
wyższe	86	32,45%	40	32,26%	46	32,62%

* $\chi^2=1,350$ df=4 p>0,852

Porównanie danych z tabeli 3 i z tabeli 4 wskazuje, że matki w rodzinach są przeciętnie lepiej wykształcone niż ojcowie.

Ojcowie badanych uczniów w przeważającej większości są aktywni zawodowo i w większym stopniu niż matki posiadają stałe zatrudnienie.

Ponad (90%) ojców badanych uczniów posiada stałą pracę. Jedynie sześć osób (2,26% badanych) zasygnalizowało brak aktywności zawodowej taty. Trzy osoby (1,13%) nie podały informacji na temat pracy zawodowej swojego ojca. Siedemnaście osób (6,42% badanych) nie ma lub nie widuje swojego taty.

Płeć różnicuje statystycznie istotnie ($p < 0,021$) dziewczęta i chłopców pod względem aktywności zawodowej ojca.

Ojcowie dziewcząt (92,91%) częściej niż ojcowie chłopców (87,10%) posiadają stałe zatrudnienie. Chłopcy istotnie (9,68%) częściej niż dziewczęta (3,55%) nie mają lub nie widują swojego taty [Tabela 5]

Trzech chłopców (2,42%) nie dysponowało informacją na temat pracy zawodowej swojego taty. Jedną z przyczyn braku odpowiedzi młodzieży na pytanie dotyczące pracy zawodowej ojca, może stanowić ich niewiedza w tym zakresie, bądź też nie chcieli podać tychże danych z powodów osobistych.

Tabela III-5. Posiadanie pracy przez ojca w opinii uczniów

Praca ojca	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
ma pracę	239	90,19%	108	87,10%	131	92,91%
nie ma pracy	6	2,26%	1	0,81%	5	3,55%
nie wie	3	1,13%	3	2,42%	0	0,00%
nie ma lub nie widuje ojca	17	6,42%	12	9,68%	5	3,55%

* $\chi^2=9,712$ df=3 $p < 0,021$

Matki badanych uczniów w większości (86,66%) pracują zawodowo. Jednak trzydzieści sześć osób (13,58%) deklaruje brak aktywności zawodowej mamy. Grupę tę stanowią w większości kobiety prowadzące własne gospodarstwo domowe, jak również matki opiekujące się młodszymi dziećmi, lub inną osobą w rodzinie, a także osoby będące na rencie z powodu złego stanu zdrowia. Jedna osoba (0,38%) nie posiadała informacji na temat pracy zawodowej swojej mamy, lub nie chciała jej udzielić z powodów osobistych.

Nie zaobserwowano istotnych różnic statystycznych w obrębie płci ($p > 0,533$), chociaż zauważono, że matki dziewcząt (86,52%) częściej niż matki chłopców

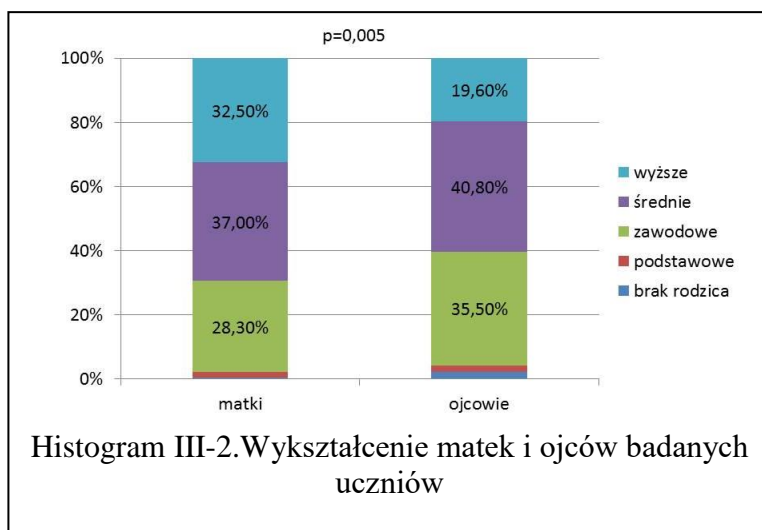
(84,68%) są aktywne zawodowo. Jedna uczennica (0,71%) nie miała lub nie widywała swojej mamy [Tabela 6].

Tabela III-6. Posiadanie pracy przez matkę w opinii uczniów

Praca matki	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
ma pracę	227	85,66%	105	84,68%	122	86,52%
nie ma pracy	36	13,58%	18	14,52%	18	12,77%
nie wie	1	0,38%	1	0,81%	0	0,00%
nie ma lub nie widuje matki	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%

* $\chi^2=2,192$ df=3 p>0,533

Podsumowując ten wycinek analiz, należy stwierdzić, że ojcowie badanej młodzieży posiadają najczęściej wykształcenie średnie i zawodowe, matki wykształcenie średnie i wyższe. Zebrany materiał empiryczny pozwolił ukazać pewną statystyczną zależność ($p<0,006$) między poziomem wykształcenia rodziców a płcią. Matki badanych nastolatków częściej posiadały wyższe wykształcenie niż ich ojcowie [Histogram 2].



Podsumowując ten wycinek analiz, należy zauważyć, że rodzice badanych uczniów przeważającej większości są aktywni zawodowo. Ponad (90%) ojców i (86%) matek posiada stałe zatrudnienie. Mimo, iż płeć badanej młodzieży nie różnicuje statystycznie znamienne posiadania przez rodziców stałej pracy, to zaobserwowano, iż ojcowie i matki badanych dziewcząt częściej posiadają stałą pracę. Niektórzy uczniowie nie mają lub nie widują swoich rodziców. Z uzyskanych danych wynika, iż brak jednego z rodziców częściej dotyczył ojców, niż matek ($p<0,006$).

Spośród ogółu badanych uczniów, aż 17 osób deklaruje, że nie ma lub nie widuje ojca, a tylko jedna osoba, że nie ma lub nie widuje matki. Taka sytuacja prawdopodobnie wynika z narastającej emigracji w celach zarobkowych, gdzie częściej z domu wyjeżdża ojciec niż mama, jak również ze stale rosnącą liczbą rozwodów w Polsce i przyznawania prawa do opieki nad dzieckiem matce (według Głównego Urzędu Statystycznego w 2016 roku, w Polsce udzielono 63 tysiące 497 rozwodów. W porównaniu do 2010 roku liczba rozwodów wzrosła o ponad 2 tysiące) [Rocznik Demograficzny, 2017, s. 238]. Oczywiście sytuacja zatrudnieniowa w poszczególnych grupach w pewnym stopniu zależy od stopy bezrobocia tj. od okresowej koniunktury gospodarczej. Tego czynnika nie badano.

2. Sytuacja zdrowotna badanej młodzieży

Sytuację zdrowotną nastolatków oceniano biorąc pod uwagę wskaźniki rozwoju fizycznego młodzieży (wzrost i wagę ciała), wskaźnik wzrostowo-wagowy (BMI), subiektywną ocenę zdrowia, subiektywną ocenę zadowolenia z życia, odczuwane subiektywne dolegliwości, jak również posiadanie zdiagnozowanej przewlekłej choroby.

Wskaźniki rozwoju fizycznego są zaliczane do pozytywnych mierników zdrowia. Systematyczne dokonywanie ich oceny jest jednym z podstawowych elementów profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Oparto się tutaj na następującym sformułowaniu. Rozwój fizyczny jest złożonym procesem i każda osoba przechodzi przez wszystkie kolejne jego etapy. Charakterystyczną cechą jest jednak indywidualna zmienność czasu ich trwania oraz poziomu i tempa rozwoju. Powoduje to znaczne zróżnicowanie grupy dzieci i młodzieży w tym samym wieku kalendarzowym. Dokonywanie oceny rozwoju ma więc na celu, śledzenie przebiegu rozwoju fizycznego, w tym: poziomu rozwoju danego wskaźnika (np. wysokości i masy ciała) w stosunku do normy dla populacji w tym samym wieku i płci, dynamiki rozwoju, tzn. tempa przyrostu danego wskaźnika w jednostce czasu (np. w okresie roku) w stosunku do normy tych przyrostów w danym okresie rozwoju [za: Jodkowska M., i in., 2007, s. 5].

W niniejszej pracy, analizując podstawowe parametry rozwoju fizycznego badanej młodzieży wzięto pod uwagę wzrost i wagę ciała na podstawie których obliczono wskaźnik wagowo-wzrostowy BMI (Body Mass Index) według wzoru:

$$\text{BMI} = \text{masa ciała (kg)} : \text{wzrost}^2 (\text{m}^2)$$

Z danych empirycznych zawartych w Tabelach od 7 do 10 wynika, iż średnia masa ciała chłopców wynosi 61,5 kg, a dziewcząt 54,2 kg i mieści się w zakresie tzw. wąskiej normy (nieco powyżej 50 centyla) zawartej w siatkach centylowych dla wieku 15-u lat potwierdzając, że większość chłopców (51,61%) i dziewcząt (51,06%) charakteryzuje się prawidłową masą ciała. U (48,39%) chłopców i (48,94%) dziewcząt stwierdzono nieprawidłową masę ciała tzn. nie mieszczącą się w przedziale centylowym 25-75 jaką uznaje się za normę. Wartości procentowe w obu badanych grupach są do siebie zbliżone. Nie stwierdzono statystycznie znamienych różnic między chłopcami i dziewczętami, ($p > 0,805$)

Tabela III-7. Waga badanej młodzieży

Płeć		centyle (25 -75 c. norma)		
		poniżej 25 c.	25-75c.	powyżej 75c.
chłopcy	waga (kg)	< 51 kg	51- 67 kg	> 67 kg
	n=124	26	64	34
		20,97%	51,61%	27,42%
dziewczęta	waga (kg)	< 47 kg	47-60 kg	> 60 kg
	n=141	26	72	43
		18,44%	51,06%	30,50%
ogółem	n=265	52	136	77
		19,62%	51,32%	29,05%

$$*\chi^2=0,434 \quad \text{df}=2 \quad p>0,805$$

Tabela III-8. Wzrost badanej młodzieży

Płeć		Centyle				
		< 10 c.	10 - < 25 c.	25 -75 c.	>75 – 97 c.	>97 c.
chłopcy	wzrost (cm)	< 163	163 -165	166 - 177	178-186	>186
	n=124	7	17	66	32	2
		5,64%	13,71% %	53, 23%	25,81%	1,31%
dziewczęta	wzrost (cm)	<156	156-159	160-168	169-174	>174
	n=141	13	14	89	15	10
		9,21%	9,93% %	63, 12%	10,64%	7,09%
ogółem	n=265	20	31	155	47	12
		7,55%	11,70%	58,49%	17,74%	4,53%

$$*\chi^2=15,961 \quad \text{df}=4 \quad p<0,003$$

*poniżej 10 c.- niskorosłość, *10-97c.- norma szeroka,*25-75 c.- norma wąska,

* powyżej 97 c - wysokorosłość

Współczesne dzieci i młodzież wykazują znacznie wyższy wzrost niż ich rówieśnicy sprzed lat, co ściśle wiąże się ze zjawiskiem polegającym na przyspieszeniu fizycznego rozwoju dzieci i młodzieży, który zachodzi z pokolenia na pokolenie.

Średnie wartości wysokości ciała badanych chłopców mieszczą się w granicach normy tj. między 25-75 centylem i wynoszą 172,5 cm. Również wartości średnich wysokości ciała dziewcząt zawierają się w zakresie wąskiej normy (164,8 cm), świadcząc, że większość badanej młodzieży ma prawidłową wysokość ciała (58,49%). Zaburzenia wzrostu znamienne częściej ($p < 0,003$) występują u dziewcząt niż u chłopców (17,30% vs. 6,95%). Wzrost najniższej badanej dziewczyny wynosi 135 cm, co na siatce centylowej odpowiada pozycji poniżej 3 centyla i świadczy o niskorosłości. Najwyższa z badanych dziewcząt ma 184 cm wzrostu. Wartość ta znajduje się powyżej 97 centyla i wskazuje na wysokorosłość. Dla części dziewcząt wysokorosłość może być problemem (szczególnie w wieku rozwojowym) będąc przyczyną niskiej samooceny i garbienia się.

Najniższy z badanych chłopców ma 152 cm wzrostu, a najwyższy 193 cm. Podobnie jak w grupie dziewcząt wartości te odpowiadają pozycji poniżej 3 i powyżej 97 centyla. Młodzież niskorosła stanowi (14,85%) wszystkich badanych uczniów i częściej występuje u dziewcząt niż u chłopców (9,21% vs. 5,64%).

Wykrycie i ustalenie przyczyn zbyt niskiego wzrostu oraz kontrola tempa wzrastania dzieci i młodzieży daje szansę na wdrożenie leczenia, szczególnie w przypadku zaburzeń hormonalnych lub niedoborów na tle żywieniowym. Wśród nastolatków szczególnie chłopcy o niższym wzroście, często przeżywają frustrację, mają obniżoną samoocenę i nie akceptują własnego wyglądu. Jest to spowodowane tym, że u płci męskiej wysoki wzrost zalicza się do cech pożądanых [za: Jodkowska M., i in., 2007, s. 7]. Młodzież wysokorosła stanowi około 5-ciu procent wszystkich badanych uczniów i podobnie jak przy niskorosłości częściej dotyczy dziewcząt niż chłopców (7,40% vs. 1,31%).

Zachodzące w ostatnich dekadach zmiany w środowisku zewnętrznym człowieka, ograniczenie aktywności ruchowej związanej z czynnościami dnia codziennego, oraz łatwy dostęp do wysoko przetworzonej bogatej w energię żywności, w tym wysokoenergetycznych napojów, sprzyjają nadmiarowym przyrostom masy ciała zarówno w populacji osób dorosłych jak i dzieci.

Nadwaga i otyłość występująca u młodzieży jest zaburzeniem stanu ich zdrowia, które powoduje szereg konsekwencji, zarówno tych bezpośrednich - głównie

psychospołecznych i emocjonalnych, jak i tych odległych - głównie somatycznych. Do typowych zaburzeń zdrowotnych otyłości występującej u dzieci i młodzieży należy: cukrzyca, wysoki stopień cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, miażdżyca, stłuszczenie wątroby, kamica żółciowa, astma oskrzelowa oraz wady postawy. U otyłych, mało aktywnych w ciągu dnia dzieci, spotyka się zaburzenia snu, co z kolei przyczynia się do zaburzeń koncentracji uwagi i wydzielania hormonu wzrostu. Spostrzeżenia te spotyka się u wielu autorów m.in. u A. Oblacińskiej [2015, s. 106-111], P. Touniana [2008, s. 80-109], J. Fenczyna i M. Woźniaka [2004, s. 20-33]. W pracy obserwacje te zawarto w tabelach od 9 do 10.

Tabela III-9. Wartości wskaźników wzrostu, masy i BMI

Wskaźnik	płeć	n	średnia	odch.std	Me	min	max
wzrost	chłopcy	124	172,5	7,4	173,0	152,0	193,0
	dziewczynki	141	164,8	7,2	165,0	135,0	184,0
	ogółem	265	168,4	8,2	169,0	135,0	193,0
masa	chłopcy	124	61,5	11,1	60,5	38,0	92,0
	dziewczynki	141	54,2	9,5	53,0	39,0	95,0
	ogółem	265	57,6	10,9	57,0	38,0	95,0
BMI	chłopcy	124	20,6	3,1	20,3	14,6	30,4
	dziewczynki	141	19,9	3,3	19,3	14,7	32,5
	ogółem	265	20,2	3,2	19,6	14,6	32,5

Nadwaga u dzieci i młodzieży to zaburzenie w którym wartość wskaźnika masy ciała (BMI) odpowiada wartości równej lub większej od 85 centyla a mniejszej niż 95 centyl dla płci i wieku.

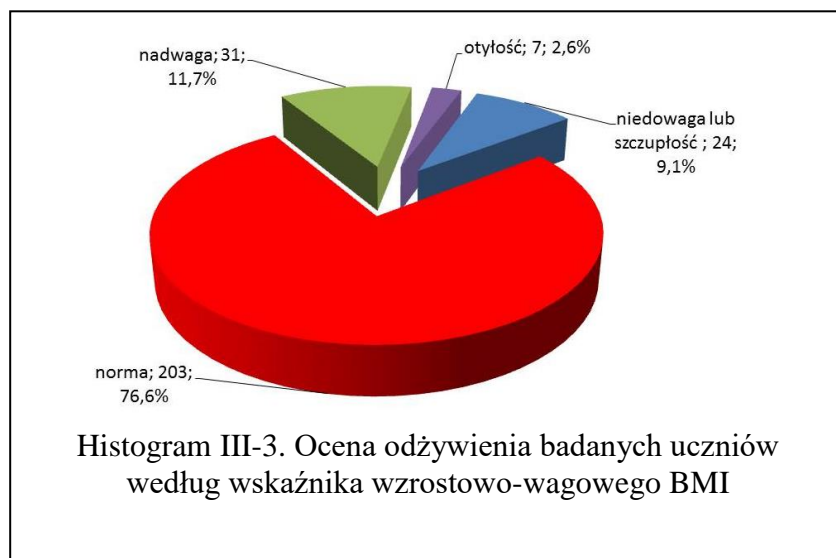
Otyłość rozpoznajemy, gdy wartość wskaźnika BMI odpowiada wartości równej lub większej od 95 centyla. Przyjęte graniczne wartości centylowe dla nadwagi i otyłości są zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia i Amerykańskiej Akademii Pediatrii [za: Jodkowska M., i in., 2007, s. 13].

Tabela III-10. Wskaźnik wzrostowo-wagowy (BMI)

Centyle	Ocena odżywienia	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczyna (n=141)	
< 25 c.	niedowaga lub szczupłość	24	9,06%	11	8,87%	13	9,22%
≥ 25 c. i < 85 c.	waga prawidłowa	203	76,61%	95	76,62%	108	76,60%
≥ 85 c. i < 95 c.	nadwaga	31	11,70%	16	12,90%	15	10,64%
≥ 95 c.	otyłość	7	2,64%	2	1,61%	5	3,55%

* $\chi^2=1,232$ df=3 p>0,745

W badanej grupie młodzieży prawidłowy wskaźnik wzrostowo-wagowy ma ponad (76,61%) młodzieży, co stanowi $\frac{3}{4}$ ogółu badanych [Tabela 9-10 i Histogram 3]. Nadwagę i otyłość posiada (14,34%) (11,7% plus 2,64%) nastolatków, a niedowagą (9,06%).



Prawidłową proporcję masy ciała do wysokości ma (76,62%) ankietowanych chłopców. Odsetek chłopców z niedowagą wynosi (8,87%) badanych, z nadwagą (12,90%), a z otyłością (1,61%) [Tabela 10]. Średnia wartość BMI wynosi 20,6 kg/m² i znajduje się nieznacznie powyżej 50 centyla [Tabela 9]. Wynik ten mieści się tzw. wąskiej normie i sugeruje średnią prawidłową wagę ciała chłopców w tym przedziale wiekowym. Niepokój budzą skrajne wartości wagi badanych chłopców. Minimalna waga w tej grupie badanych, wynosi 38 kg przy wzroście 158 cm. Wartość wskaźnika BMI kształtuje się na poziomie 15,22 kg/m², co na siatce centylowej odpowiada pozycji poniżej 3 centyla. Tak duży niedobór masy ciała wskazuje na niedowagę wręcz wychudzenie i może być przyczyną zakłócenia prawidłowego procesu wzrastania i dojrzewania młodego organizmu. Maksymalna wartość wagi w tej grupie wynosi 92 kg przy wzroście 174 cm. Wartość wskaźnika BMI kształtuje się na poziomie 30,39 kg/m² i na siatce centylowej znajduje się powyżej 95 centyla, co świadczy o otyłości badanego ucznia .

Wśród badanych dziewcząt (76,60%) charakteryzuje się prawidłowym stanem odżywienia. Odsetek dziewcząt z niedowagą wynosi (9,22%), z nadwagą (10,64%),

a z otyłością (3,55%) i kształtuje się na podobnym poziomie jak u chłopców [Tabela 10]. Średnia wartość wskaźnika BMI wynosi 19,9 kg/m² i analogicznie jak w grupie chłopców znajduje się nieznacznie powyżej 50 centyla. Minimalna waga wśród badanych dziewcząt wynosi 39 kg przy wzroście 155 cm. Wartość wskaźnika BMI kształtuje się na poziomie 16,23 kg/m² co na siatce centylowej odpowiada pozycji poniżej 3 centyla. Maksymalna wartość wagi wynosi 95 kg przy wzroście 171 cm. Wartość wskaźnika BMI wynosi 32,49 kg/m² i na siatce centylowej znajduje się powyżej 95 centyla. Badane grupy dziewcząt i chłopców, nie różniły się statystycznie znamienne pod względem prawidłowej proporcji masy ciała do wysokości, ($p > 0,745$).

Regularne monitorowanie stanu zdrowia dzieci i młodzieży, pozwala na wczesne wykrycie nieprawidłowości w rozwoju i daje możliwość ich skorygowania. Stwarza również szansę prewencji wielu chorób, zwłaszcza tych należących do tzw. cywilizacyjnych, do których zaliczamy m. in. otyłość.

Podsumowując ten wycinek analiz należy stwierdzić, że prawidłowy rozwój fizyczny oraz dobre zdrowie w dzieciństwie i w młodości są zasobem dla zdrowia i jakości życia w dalszych jego okresach. Badani uczniowie pod względem cech antropometrycznych nie wykazują istotnych różnic w odniesieniu do przyjętych ogólnopolskich norm. Większość młodzieży mieści się normach przedziałów centylowych wzrostu i masy ciała, oraz wskaźnika wzrostowo-wagowego (BMI) w badanym przedziale wiekowym. Problem nadwagi i otyłości dotyczył co siódmego małopolskiego nastolatka (14,3%), przy czym nadwaga częściej dotyczyła chłopców (12,9% vs. 10,6%), a otyłość dziewcząt (3,6% vs. 1,6%).

Przedstawione wyniki własne, są korespondencyjne do danych uzyskanych w badaniach HBSC z 2014 roku, z których wnioskuje się, że nadwaga i otyłość występowały u (14,8%) ankietowanych uczniów i dotyczyły co siódmego badanego w Polsce nastolatka. Odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością istotnie malał wraz z wiekiem badanych, a większe różnice między grupami wieku występowały u dziewcząt (w grupie 11-latek 15, 1%, a w grupie 15-latek 6,3%).

Z literatury przedmiotu wynika, że główną przyczyną obserwowanego nadmiaru ciała u dzieci i młodzieży jest brak aktywności fizycznej, jak również nieprawidłowe nawyki żywieniowe wyniesione z rodzinnego domu, w tym spożywanie w ciągu dnia zbyt dużych ilości pokarmów, jak również podjadanie między wyznaczonymi posiłkami, traktowane często jako forma sprawiania sobie przyjemności [Wojtyła-

Buciora P., Marcinkowski T., 2010, s. 227-232]. Ważnym czynnikiem wpływającym na występowanie nadwagi i otyłości (oprócz płci i wieku) jest struktura rodziny.

Z badań wynika, że nadwaga i otyłość częściej dotyczy młodzieży wychowywanej przez samotnego rodzica [Oblacińska A., 2015, s. 110].

Z kolei J. Radoszewska w profilaktyce otyłości [2011, s. 13-22], akcentuje znaczenie relacji matka-dziecko dla prawidłowego rozwoju dziecka.

Nie ma wątpliwości, że nadwaga i otyłość to problem dużej wagi, który oddziałuje na wszystkie aspekty zdrowia młodego człowieka. Osoby otyłe, w tym dzieci, często postrzegane są przez środowisko jako jednostki leniwe (czego skutkiem jest otyłość), mało sprawne fizycznie i społecznie, o niskim poziomie inteligencji, a więc mało interesujące [Buksińska-Lisik M., i in., 2006, s. 75]. W literaturze, dodatkowo zwraca się uwagę na mniejszą atrakcyjność fizyczną ludzi otyłych [Buksińska-Lisik M., i in., 2006, s. 72-77; Radoszewska J., 2003, s. 23]. Badania prezentowane przez A. Witek [2012, s.279] potwierdzają tę opinię. Blisko połowa ankietowanych osób, odrzuciła możliwość umówienia się z otyłym rówieśnikiem na spotkanie lub randkę. Także badania przeprowadzone przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie w 2005 roku wykazały, że otyli nastolatki często spotykają się z różnymi przejawami agresji rówieśniczej – fizycznej (kopanie, szturchanie), słownej (wyśmiewanie), aż po bardzo niebezpieczną formę cyberprzemocy. Również inni autorzy podkreślają, iż otyli uczniowie częściej niż ich rówieśnicy narażeni są na docinki, przezwiska, dokuczanie i przemoc szkolną [Tabak I., 2006, s. 31-34].

Ze względu na fakt, że omawiane tutaj czynniki wpływające na otyłość współcześnie nasilają się, statystyczna nadwaga wśród młodzieży może mieć tendencję wzrostową, co jest bardzo niepokojące.

Wskaźnik samooceny zdrowia (Self Rated Health - SRH) jest powszechnie stosowany w badaniach populacyjnych stanu zdrowia ludności w różnym wieku. Zakłada się, że daje on ogólny obraz postrzegania różnych aspektów zdrowia fizycznego i psychospołecznego, zgodnie z jego definicją Światowej Organizacji Zdrowia [Mazur J., 2015, s. 79].

Badaną młodzież szkolną poproszono o dokonanie samooceny zdrowia, zadając im pytanie, czy uważasz, że twoje zdrowie jest: *bardzo dobre*, *dobre*, *takie sobie*, *złe*. Ankietowani uczniowie (83,02%) najczęściej spostrzegają swoje zdrowie jako *dobre* (48,68%) i *bardzo dobre* (34,34%). Swoje zdrowie na poziomie *takie sobie* oceniły 43

osoby, co stanowi (16,23%) ogółu badanych uczniów. Oznacza to, że co 6-ty nastolatek nie był do końca zadowolony ze swego stanu zdrowia. Dwie osoby, po jednej z obu badanych grup, oceniły swoje zdrowie jako *złe*. Płeć badanych osób nie wpływa statystycznie istotnie na sposób oceny stanu zdrowia ($p < 0,248$), pomimo, iż chłopcy znacznie częściej (40,32%) niż dziewczęta (29,08%), oceniają swoje zdrowie jako *bardzo dobre* [Tabela 11].

Tabela III-11. Samoocena zdrowia młodzieży szkolnej

Zdrowie	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
bardzo dobre	91	34,34%	50	40,32%	41	29,08%
dobrze	129	48,68%	53	42,74%	76	53,90%
takie sobie	43	16,23%	20	16,13%	23	16,31%
złe	2	0,75%	1	0,81%	1	0,71%

* $\chi^2=4,127$ df=3 p>0,248

Reasumując należy stwierdzić, że większość badanej młodzieży (83,0%) postrzega stan swojego zdrowia jako *dobry* (48,7%) i *bardzo dobry* (34,3%). Jednak część uczniów (16,2%) zgłasza pewne zastrzeżenia do swojego stanu zdrowia, oceniając swoje zdrowie jako *takie sobie*. Ocena skrajnie negatywna (zdrowie *złe*) dotyczy zaledwie (0,75%) ogółu badanych. Dziewczęta oceniają swoje zdrowie dużo mniej korzystnie niż chłopcy.

Zaprezentowane wyniki własne są zbliżone do danych uzyskanych w badaniu HBSC z 2014 roku, gdzie ponad $\frac{3}{4}$ (83,3%) ankietowanych uczniów w wieku 13-15 lat, uważało swoje zdrowie za *dobrze* (55,9%) i *bardzo dobrze* (27,4%). Jednak co szósty nastolatek (16,7%) zgłaszał poważne zastrzeżenia w odniesieniu do własnego zdrowia. Ocena skrajnie negatywna (zdrowie *złe*) występowała rzadko i dotyczyła jedynie (4,0%) badanych nastolatków [Mazur J., 2015, s. 80-81].

Pytanie o zdrowie kojarzone jest przede wszystkim ze zdrowiem fizycznym, a negatywna ocena sugeruje obecność chorób przewlekłych, ograniczoną sprawność, czy problemy z codziennym funkcjonowaniem. Biorąc pod uwagę rozszerzoną definicję zdrowia, wskazane jest zadanie równoległego pytania dotyczącego zdrowia psychospołecznego np. zadowolenia z życia czyli dobrostanu psychicznego.

Analiza zadowolenia z życia nastolatków ma w Polsce szczególne znaczenie, ponieważ młodzież polska od wielu lat zajmuje stale jedno z ostatnich miejsc

w rankingach międzynarodowych, a analizy trendów w ostatnich latach nie wskazują na poprawę [Cavallo F., i in., 2015, s. 80-82].

Do oceny zadowolenia z życia zastosowano wizualną skalę Cantrila. Ma ona graficzną postać drabiny, ze stopniami oznaczonymi kolejnymi numerami od 0 do 10. Górna liczba 10 oznacza życie najlepsze jakie może być, a dolna cyfra 0 życie najgorsze. Ankietowany ma za zadanie zdecydować, jakie jest jego życie w chwili obecnej i wstawić znak X w odpowiednim miejscu drabiny. Zakłada się, że osoby, które wybrały poziom 0-5 punktów, są niezadowolone z życia, 6-8 punktów są przeciętnie z niego zadowolone, 9-10 punktów są bardzo zadowolone ze swojego życia. Możliwy jest również podział dychotomiczny na niezadowolonych i zadowolonych, po połączeniu drugiej i trzeciej kategorii. W niniejszej pracy za podstawę przyjęto właśnie taki pozytywny wskaźnik zadowolenia z życia, tj. wynik powyżej 5 punktów w skali Cantrila [za: Zawadzka D., 2015, s. 101].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że na ogólne zadowolenie z życia poza czynnikami zdrowotnymi wpływają także zewnętrzne i wewnętrzne zasoby, wynikające z jakości życia rodzinnego, relacji z przyjaciółmi, warunków mieszkaniowych, zasobów majątkowych, doświadczeń w miejscu pracy i nauki, sposobu spędzania czasu wolnego, jak również cech osobistych [Mazur J., 2009, s. 359]. Na dobrostan zwłaszcza psychiczny składają się także, dotychczasowe doświadczenia, bieżące wydarzenia, jak również oczekiwania co do przyszłości. Zdaniem D. Zawadzkiej [2015, s. 105] na wysoki poziom zadowolenia z życia (oprócz płci i wieku) wpływają także takie czynniki jak: zamożność rodziny (na korzyść rodzin bogatych), struktura rodziny (z korzyścią dla rodzin biologicznych), miejsce zamieszkania (na korzyść mniejszych miejscowości).

Ogólne zadowolenie z życia (wartość powyżej pięciu) deklaruje (76,23%) ogółu uczniów. Niemniej jednak $\frac{1}{4}$ badanych nastolatków (23,77%) jest z niego niezadowolona. Dziewczęta (29,79%) częściej niż chłopcy (16,94%). Zaobserwowana różnica jest statystycznie istotna na poziomie, ($p < 0,014$) [Tabela 12].

Tabela III-12. Zadowolenia z życia badanych uczniów

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
niezadowoleni	63	23,77%	21	16,94%	42	29,79%
zadowoleni	202	76,23%	103	83,06%	99	70,21%

* $\chi^2=6,013$ df=1 p<0,014

Średnia zadowolenia z życia w badanej grupie młodzieży, wynosi 6,81 punktu. W grupie chłopców średnia zadowolenia z życia jest istotnie wyższa niż w grupie dziewcząt i wynosi 7,14 punktu. W grupie dziewcząt średnia zadowolenia z życia kształtuje się na poziomie 6,52 punktu. Można powiedzieć, że zadowolenie z życia w tej grupie nastolatków, zależy statystycznie istotnie ($p < 0,007$) od płci. Chłopcy znamienne częściej są z życia zadowoleni [Tabela 13].

Tabela III-13. Zadowolenie z życia w punktacji skali Cantrila

Płeć	n	Zadowolenie z życia (skala Cantrila)				test t-Studenta
		średnia	odch.std	min	max	
chłopcy	124	7,14	1,73	2	10	p < 0,007
dziewczęta	141	6,52	1,94	0	10	
Ogółem	265	6,81	1,87	0	10	

Syntetyzując zagadnienie należy zauważyć, że aż $\frac{1}{4}$ badanych uczniów (23,8%), deklaruje niezadowolenie ze swojego z życia. Dziewczęta (29,8%) częściej niż chłopcy (16,9%) są z niego niezadowolone. Zadowolonych jest odpowiednio (83,1%) chłopców i (70,2%) dziewcząt. Średnia zadowolenia z życia, w badanej grupie, kształtuje się na poziomie 6,8 punktu.

Zaprezentowane wyniki własne, są mniej korzystne niż dane uzyskane w badaniach HBSC z 2014 roku, gdzie ponad (80%) ankietowanych nastolatków było ogólnie zadowolonych ze swojego życia (w badaniach własnych jedynie 76,2%), a co trzeci badany (33,6%) był z niego nawet bardzo zadowolony. Średnio młodzież oceniła swoje zadowolenie z życia na 7,4 punktu (w badaniach własnych 6,8).

Badacze podkreślają, że z wiekiem badanych, zmniejsza się poziom ogólnej satysfakcji życiowej, co jest lepiej widoczne w grupie dziewcząt [Zawadzka D., 2015, s. 101-103].

Druga dekada życia traktowana jest z punktu widzenia zdrowia, jako szczególnie korzystny okres w życiu człowieka w którym zanikają problemy zdrowotne okresu dziecięcego, a nie dają jeszcze znać o sobie choroby cywilizacyjne nękające populację dorosłych. Niemniej jednak, znaczna część nastolatków cierpi z powodu nieswoistych dolegliwości subiektywnych, których nie można wytłumaczyć diagnozą medyczną. Poprzez słowo „subiektywne”, podkreśla się znaczenie osobistego doświadczenia i interpretacji obciążenia danym symptomem. Dolegliwości subiektywne rzutują na obecne funkcjonowanie jednostki, a w przyszłości mogą wpływać również na

rozwinięcie się schorzeń typu psychosomatycznych i gorszą samoocenę zdrowia. W okresie dorastania obciążenie powtarzającymi się dolegliwościami znacznie pogarsza jakość życia, powodując zwiększone korzystanie z usług medycznych i częstsze sięganie po leki (zwłaszcza tych bez recepty) oraz częstsze opuszczanie zajęć szkolnych [Ravens-Sieberer U., i in., 2009, s. 151-159]. Występowanie subiektywnych dolegliwości (zwłaszcza mnogich) należy traktować, jako ważny problem zdrowia publicznego [Mazur J., 2015, s. 85].

Badanej młodzieży zadano zatem pytanie o występowanie w ostatnich sześciu miesiącach takich dolegliwości jak: bólu głowy, brzucha, pleców, przygnębienia, rozdrażnienia lub złego humoru, zdenerwowania, trudności w zasypianiu czy zawrotu głowy.

Występowanie poszczególnych symptomów zostało przedstawione w tabeli 14 w kolejności malejącej, z uwzględnieniem płci badanych uczniów.

Najczęściej występującą dolegliwością deklarowaną przez badanych uczniów jest ból głowy (36,60%), kolejno: zdenerwowanie (35,85%), ból brzucha (24,91%) oraz trudności z zasypianiem (15,85%). Pozostałe dolegliwości zgłaszane przez ankietowanych uczniów dotyczą: kataru (35,47%), kaszlu (12,45%), bólu mięśni 10, (19%), gardła (8,68%) oraz kości i stawów (0,75%). Wymienione powyżej objawy zazwyczaj występują u większości ludzi i nie niosą ze sobą istotnego zagrożenia dla zdrowia. Są typowe dla przeziębienia lub grypy. Związane są również często ze skokiem wzrostowym charakterystycznym dla tego przedziału wiekowego, szczególnie wtedy, gdy dotyczą bólu mięśni i stawów.

Ból głowy znamienne częściej ($p < 0,023$) występuje u dziewcząt (43,26%) niż u chłopców (29,03%). Również znamienne częściej u dziewcząt występuje zdenerwowanie ($p < 0,041$) i ból brzucha ($p < 0,000$). Występujące częściej u chłopców takie objawy jak: katar, kaszel, czy ból mięśni nie są statystycznie istotne.

U dziewcząt częściej, ale bez statystycznej znamienności występują trudności z zasypianiem, ból gardła oraz ból kości i stawów.

Tabela III-14. Ranking subiektywnych dolegliwości występujących u badanej młodzieży w ostatnich 6 miesiącach

Dolegliwości	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	p
ból głowy	97	36,60%	36	29,03%	61	43,26%	5,160	1	p< 0,023
zdenerwowanie	95	35,85%	36	29,03%	59	41,84%	4,168	1	p< 0,041
katar	94	35,47%	48	38,71%	46	32,62%	0,818	1	p> 0,365
ból brzucha	66	24,91%	17	13,71%	49	34,75%	14,515	1	p< 0,000
trudności z zasypianiem	42	15,85%	14	11,29%	28	19,86%	3,017	1	p~ 0,082
kaszel	33	12,45%	21	16,94%	12	8,51%	3,557	1	p< 0,059
ból mięśni	27	10,19%	17	13,71%	10	7,09%	2,476	1	p> 0,115
ból gardła	23	8,68%	8	6,45%	15	10,64%	0,979	1	p> 0,322
ból kości i stawów	21	7,92%	6	4,84%	15	10,64%	2,298	1	p> 0,129
inne	2	0,75%	1	0,81%	1	0,71%	0,380	1	p> 0,53

w tym

ból oczu	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%
alergia	1	0,38%	1	0,81%	0	0,00%

Młodzieży zadano pytanie dotyczące występowania przewlekłej choroby zdiagnozowanej przez lekarza typu: cukrzyca, astma, reumatoidalne zapalenie stawów, mózgowo porażenie dziecięce itp.

W badanej grupie młodzieży $\frac{1}{6}$ uczniów (16,60%) to osoby z poważnymi problemami ze zdrowiem, co jest wynikiem wysoce niepokojącym. Aż (14,52%) chłopców i (18,44%) dziewcząt, deklaruje przewlekłą chorobę zdiagnozowaną przez lekarza [Tabela15]. Część badanych nastolatków (5,28%) nie udzieliła odpowiedzi na pytanie dotyczące charakteru przewlekłej choroby.

Tabela III-15. Występowanie przewlekłej zdiagnozowanej choroby

Choroba przewlekła	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
brak odpowiedzi	14	5,28%	6	4,84%	8	5,67%
występuje	44	16,60%	18	14,52%	26	18,44%
nie występuje	207	78,11%	100	80,65%	107	75,89%

$\chi^2=0,890$; df=2; p>0,640

Płeć nie różnicuje statystycznie istotnie (p>0,640) dziewcząt i chłopców pod względem występowania zdiagnozowanej chronicznej choroby, mimo iż dziewczęta częściej niż chłopcy deklarują jej występowanie.

Podsumowując ten wycinek analiz, należy zauważyć, że u dużego odsetka badanych nastolatków występowały różnorodne dolegliwości somatyczne i negatywne

stany emocjonalne tj.: ból głowy (36,6%), zdenerwowanie (35,9%), ból brzucha (24,9%), jak również trudności z zasypianiem (15,9%). Symptomy te częściej były odczuwane przez dziewczęta niż przez chłopców.

Skala występowania dolegliwości somatycznych w badaniach własnych jest nieznacznie niższa w porównaniu z danymi uzyskanymi w badaniu HBSC z 2014 roku, gdzie prawie (40%) badanych w Polsce nastolatków odczuwało powtarzające się dolegliwości o podłożu psychicznym lub somatycznym. Najczęściej notowanym było uczucie zdenerwowania i rozdrażnienia (tzw. złego humoru), a na trzecim miejscu bólu głowy. W porównaniu z wynikami z 2010 roku, zauważono nasilenie się takich objawów jak: ból głowy, przygnębienie, trudności z zasypianiem, ból brzucha, pleców, zawroty głowy. Oznacza to, że sześć z ośmiu analizowanych symptomów występowało u młodzieży częściej, niż cztery lata wcześniej. Największe obciążenie subiektywnymi dolegliwościami występowało w grupie 15-letnich dziewcząt, z których tylko (2,2%) nie zauważyło u siebie wymienionych powyżej symptomów [Mazur J., 2015, s. 87-89]

3. Zachowania prozdrowotne badanej grupy

3.1. Aktywność fizyczna

W obszarze zachowań sprzyjających zdrowiu analizowano poziom aktywności fizycznej, zachowania żywieniowe oraz higienę osobistą.

Zachowania zdrowotne (*health behaviour*), dotyczą różnych zachowań związanych ze strefą zdrowia. Zachowania te, w świetle współczesnej wiedzy medycznej - wywołują określone skutki zdrowotne, które mogą być sprzyjające zdrowiu (odpowiedni poziom aktywności fizycznej, racjonalne żywienie, utrzymania higieny ciała) lub stwarzające ryzyko dla zdrowia (palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych czy zachowania agresywne). Niedobory zachowań pozytywnych z jednoczesnym nasileniem zachowań ryzykownych mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie jednostki (skutki bezpośrednie lub odroczone w czasie) [Sęk H., 2005, s. 535-536]. Zachowania zdrowotne kształtują się w procesie socjalizacji pod wpływem różnorodnych czynników i wzorców propagowanych w domu, szkole, grupie rówieśniczej, mediach, reklamach czy portalach społecznościowych od najmłodszych lat. Wiek adolescencji to szczególnie trudny okres dla kształtowania oczekiwanych społecznie zachowań i często określany jest jako „krytyczny”. Równoległe do utrwalających się nabytych wcześniej w okresie dzieciństwa zachowań

prozdrowotnych - najczęściej wyniesionych z rodzinnego domu - pojawiają się zachowania szkodliwe, które często kumulują się. Niektóre z nich po fazie eksperymentowania zanikają, inne utrwalają się. Zmiany jakie dokonują się w zakresie zachowań zdrowotnych w przedziale wiekowym 13-16 lat często decydują o tym, czy młodzież wnosi w swoje dorosłe życie czynniki ryzyka, czy zasoby dla własnego zdrowia [Woynarowska B., Mazur J., 2012, s. 24].

Aktywność fizyczna jest jednym z czynników modyfikujących, jakość życia, zwłaszcza, jakości życia związaną ze zdrowiem. Niedostatek ruchu – hipodynamia - w negatywny sposób odbija się na zdrowiu, stanowiąc bezpośrednio lub pośrednio przyczynę wielu przewlekłych schorzeń, co zostało udowodnione w badaniach naukowych [Maciaszczyk B., 2005; Przewoźniak L., 2000]. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że brak lub niedobór aktywności fizycznej jest główną przyczyną chorób układu krążenia [Dzielska A., Nałęcz H., 2013, s. 32]. Zwiększona i systematyczna aktywność ruchowa może łagodzić a nawet usuwać występowanie wielu czynników chorobotwórczych. Praca fizyczna, uprawianie sportu, turystyki i rekreacji, wychowanie fizyczne, oraz codzienna aktywność ruchowa stają się dziś koniecznością. Dlatego ważnym wydaje się rozwijanie zamiłowania do wszelkiego rodzaju aktywności fizycznej, już na etapie dzieciństwa, co w przyszłości może zaowocować zmniejszeniem występowania chorób zwłaszcza tych, z grupy cywilizacyjnych.

Doskonałą okazją dostarczania dzieciom i młodzieży odpowiedniej dla ich wieku, dawki ruchu, stwarzają zajęcia wychowania fizycznego, a także sport i rekreacja w ramach zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych. Jednak, to lekcje wychowania fizycznego powinny zapewniać uczniom odpowiedni poziom aktywności fizycznej i ukierunkować ich na samodzielną działalność w tym zakresie. Nadrzędnym celem wychowania fizycznego jest wyrobienie u nastolatków osobistego zaangażowania i motywacji do podejmowania ruchu, poprzez rozbudzenie zainteresowania różnymi formami aktywności fizycznej. Ważnym celem jest również przygotowanie młodego człowieka do zdrowego stylu życia kontynuowanego w przyszłości, oraz bieżące kompleksowe oddziaływanie na zdrowie ujmowane holistycznie. Sukcesem jest, kiedy aktywność fizyczna kontynuowana jest również w domu rodzinnym. W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie rodziny i rolę jaką odgrywa w kreowaniu wzorców aktywnego spędzania czasu wolnego. To rodzice powinni zapoznać swoje dzieci z różnorodnymi formami aktywnego wypoczynku, wspólnie ze swoimi pociechami

organizować atrakcyjne jego formy, zapewnić swoim dzieciom odpowiedni sprzęt, a także zaznajomić ich z zasadami korzystania z miejsc rekreacji ruchowej i wypoczynku. [Toboł S., 2002, s. 150-152] Efektem takiego wychowania powinno być przyjęcie i wyznawanie hierarchii wartości, w której na pierwszym miejscu będą zdrowie, aktywność fizyczna, sprawność i wydolność organizmu [Wołowski T., Jankowska M., 2007, s. 70]. W literaturze akcentuje się znaczenie aktywności fizycznej rodziców w kształtowaniu stylu życia swoich dzieci. Badania dowodzą, że jeżeli aktywną osobą w rodzinie jest matka, to jej dzieci są dwukrotnie bardziej aktywne niż dzieci matek nieaktywnych. Jeżeli aktywny jest ojciec, to dzieci są trzypółkrotnie bardziej aktywne. W przypadku, gdy aktywni są oboje rodzice, to ich dzieci są sześciokrotnie bardziej aktywne, niż dzieci rodziców nieuprawiających żadnego sportu [Moore L., i in., 1991, s. 215-219].

Zachowania zdrowotne dotyczące aktywności fizycznej kształtują się już od wczesnego dzieciństwa i utrzymują się przez wiek dojrzały aż do późnej starości. Szczególnie istotny dla modelowania aktywnego stylu życia, jest okres wczesnej adolescencji. Z dużym prawdopodobieństwem można przewidywać, iż młodzież charakteryzująca się wysokim poziomem aktywności fizycznej w okresie dzieciństwa i dojrzewania, także w przyszłości wykaże się dobrą aktywnością i odwrotnie, młodzież nieaktywna ruchowo pozostanie w przyszłości hipoaktywna i już teraz posiada ryzyko chorób, wynikających z niedostatku ruchu (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu II, choroba niedokrwienna serca, depresja) [Jodkowska M., 2013, s. 14].

Codzienna umiarkowana aktywność fizyczna jest niezbędna dla zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia dzieci i młodzieży. Jest podstawowym czynnikiem stymulującym prawidłowy ich rozwój. Dodatkowo kształci potrzebę ruchu i prawidłowe nawyki w zakresie kultury fizycznej.

Jak wynika z licznych badań, zdrowie ponad $\frac{3}{4}$ populacji młodzieży w Polsce w wieku 11-15 lat, jest zagrożone w wyniku zbyt małej aktywności fizycznej, która zmniejsza się z wiekiem zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt. W konsekwencji więcej młodzieży starszej nie spełnia zaleceń dotyczących umiarkowanej aktywności fizycznej, niezbędnej do prawidłowego rozwoju i zachowania zdrowia. Bardziej w tym względzie zagrożone są dziewczęta, u których ogólna aktywność fizyczna jest dużo mniejsza niż u chłopców [Nałęcz H., 2015, s. 125].

Ważnym elementem oceny stylu życia młodzieży szkolnej stanowi aktywność fizyczna, oraz sposoby spędzania czasu wolnego.

3.1.1. Ocena podstawowych wskaźników aktywności fizycznej

W niniejszej pracy za podstawowy wskaźnik aktywności fizycznej przyjęto wskaźnik MVPA (*Moderate-to-Vigorous Physical Activity*), czyli aktywności fizycznej od umiarkowanej do intensywnej, która przyspiesza czynność serca i przez jakiś czas powoduje brak tchu. Aktywności podejmowanej w ramach lekcji wychowania fizycznego, jak i aktywności podejmowanej dodatkowo poza godzinami szkolnymi.

Umiarkowana aktywność fizyczna (MVPA) diagnozuje codzienną, tzw. ogólną aktywność fizyczną i pozwala w prosty sposób określić, czy jej poziom odpowiada międzynarodowym zaleceniom - 60 minut przez siedem dni w tygodniu. Pomiaru dokonuje się, wykorzystując dwa pytania:

- w ostatnich 7 dniach, ile dni przeznaczałeś(aś) na aktywność fizyczną (w tym lekcje WF) łącznie co najmniej 60 minut dziennie?
- w typowym lub zwykłym tygodniu, w ilu dniach przeznaczałeś(aś) na aktywność fizyczną (w tym lekcje WF) łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

Młodzież ma za zadanie obliczyć, ile czasu łącznie przeznaczyła każdego dnia na aktywność fizyczną, a odpowiedź zaznaczyć na wizualnej skali przyjmującej wartości od 0 do 7 dni.

Na podstawie odpowiedzi na oba pytania wylicza się wskaźnik MVPA, czyli średnią liczbę dni w tygodniu w którym badana osoba przeznaczała na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut dziennie.

Wartości wskaźnika MVPA w omówionych poniżej wynikach podzielono na dwie kategorie, które w prosty sposób pozwalają wskazać młodzież realizującą międzynarodowe zalecenia dotyczące aktywności fizycznej oraz młodzież nierealizującą powyższych zaleceń. Wartości od 0 do 6 - zakwalifikowano jako poziom aktywności fizycznej poniżej zaleceń, a wartość 7 - jako poziom aktywności fizycznej zgodny zalecanymi rekomendacjami.

Ponad (90%) badanych uczniów, w tym (91,93%) chłopców i (91,48%) dziewcząt nie spełniało rekomendacji WHO w zakresie zalecanej normy dotyczącej aktywności fizycznej tzw. wspierającej zdrowie, [Tabela 16] .

Normę tę spełniało zaledwie (8,3%) ankietowanych małopolskich uczniów. Jedynie co dwunasty badany nastolatek jest aktywny każdego dnia, co najmniej przez 60 minut.

Spełnienie rekomendacji odnośnie umiarkowanej aktywności fizycznej (MVPA) nie różnicuje statystycznie badanych dziewcząt i chłopców, ($p > 0,509$).

Tabela III-16. Spełnienie rekomendacji WHO, odnośnie umiarkowanej aktywności fizycznej -MVPA (w tym lekcje WF)

Ilość dni	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczeta (n=141)	
poniżej 7 dni w tygodniu	243	91,70%	114	91,93%	129	91,48%
7 dni w tygodniu	22	8,30%	10	8,07%	12	8,52%

$$\chi^2=14,722 \text{ df}=1 \text{ p}>0,509$$

Średnia ilość dni, w których badana młodzież przeznaczła na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut dziennie (łącznie z WF-em), kształtowała się na poziomie 4,4 dnia. Różnica między chłopcami a dziewczętami jest znamienne istotna, na poziomie, ($p < 0,024$) [Tabela17]. Chłopcy na codzienną umiarkowaną aktywność fizyczną przeznaczali tygodniowo 4,6 dnia, a dziewczęta 4,2 dnia.

Tabela III-17. Ilość dni w ostatnich siedmiu dniach (tym lekcje WF) w których młodzież przeznaczyła na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut.

Płeć	n	Liczba dni				test t-Studenta
		średnia	odch.std	min	max	
chłopcy	124	4,58	1,44	2	7	p<0,024
dziewczeta	141	4,18	1,41	2	7	
Ogółem	265	4,37	1,43	2	7	

Podsumowując ten wycinek analiz, należy zauważyć, iż zaledwie (8,3%) małopolskich piętnastolatków spełniało rekomendację WHO odnośnie umiarkowanej aktywności fizycznej niezbędnej do zachowania i utrzymania zdrowia. Średnia liczba dni z aktywnością trwającą co najmniej 60 minut (łącznie z lekcjami WF-u) w badanej grupie wynosiła 4,4 dnia i była nieznacznie wyższa w grupie chłopców 4,6 dnia niż w grupie dziewcząt 4,2 dnia. Odsetek uczniów spełniających rekomendację odnośnie umiarkowanej aktywności fizycznej był znacząco niższy w Małopolsce (8,3%) w porównaniu do badań ogólnopolskich.

Z badań HBSC z 2014 roku wynika, że zalecany poziom umiarkowanej aktywności fizycznej, spełniło (24,2%) uczniów, co stanowiło mniej niż $\frac{1}{4}$ ogółu badanych. Pomimo, iż stwierdzono czteroprocentowy pozytywny trend wzrostowy

w porównaniu z 2010 rokiem, to poprawa ta dotyczyła tylko grupy 11-latków i 13-latków. W grupie 15-latków odsetek spełniających międzynarodowe rekomendacje pozostał na zbliżonym poziomie (z 16,2% do 17,8%). W grupie chłopców odsetek osób spełniających rekomendacje WHO odnośnie zalecanego poziomu umiarkowanej aktywności fizycznej wynosił (25,4%), a w grupie dziewcząt (11,1%). Średnia liczba dni przeznaczanych na aktywność trwającą 60 minut, w grupie 15-latków wynosiła 3,9 dnia i była wyższa w grupie chłopców 4,4 dnia niż w grupie dziewcząt 3,4 dnia [Nałęcz H., 2015, s. 122-123]. Kluczowym wnioskiem wynikającym z powyższych badań jest konkluzja, iż młodzież szkolna nie uprawia sportu poza obowiązkowymi godzinami wychowania fizycznego. Proste wnioskowanie nakazuje zwiększenia ilości godzin wychowania fizycznego, ponad innymi godzinami, ze względu na podstawowe wymogi zdrowia.

Intensywna aktywność fizyczna która powoduje brak tchu lub pocenie się (VPA) umożliwia subtelną analizę niewielkiej nadwyżki godzin dodatkowej aktywności fizycznej (poza lekcjami WF-u) którą wykazuje część młodzieży. Do pomiaru wskaźnika VPA wykorzystano dwa pytania dotyczące częstości - liczby dni i natężenia - liczby godzin intensywnej aktywności fizycznej podejmowanej poza zajęciami szkolnymi:

- jak często w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. czujesz, że „brakuje ci tchu”, pocisz się?

- ile godzin w tygodniu w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. czujesz, że „brakuje ci tchu”, pocisz się?

Przyjęto, zgodnie z rekomendacją WHO, że zalecany poziom dla wskaźnika VPA, to aktywność fizyczna wykonywana co najmniej 4 razy i co najmniej 4 godziny w tygodniu.

Ponad $\frac{3}{4}$ badanej małopolskiej młodzieży (87,17%) nie spełniała rekomendacji WHO, odnośnie aktywności fizycznej o dużej intensywności. Zaledwie co czwarty badany spełnia powyższe zalecenie w zakresie liczby dni, a co ósmy w zakresie liczby godzin [Tabela 18-19].

Odsetek osób spełniających rekomendację w zakresie liczby dni w grupie chłopców kształtował się na poziomie (33,9%), a w grupie dziewcząt na poziomie (18,4%), W zakresie liczby godzin odsetek ten był znacznie niższy i kształtował się

w grupie chłopców na poziomie (15,3%), a w grupie dziewcząt na poziomie (10,4%). Spełnienie rekomendacji w zakresie liczby dni w tygodniu przeznaczonych na aktywność fizyczną o dużej intensywności nie zależało statystycznie istotnie od płci badanych uczniów, ($p>0,896$). Wystąpiły natomiast różnice statystycznie ($p<0,004$) w zakresie liczby godzin, przeznaczanych na intensywną aktywność fizyczną, przy czym zalecaną rekomendację częściej spełniali chłopcy niż dziewczęta (15,4% vs 10,6%) [Tabela 19].

Tabela III-18. Spełnienie rekomendacji WHO w zakresie liczby dni w tygodniu (poza zajęciami WF-u) przeznaczanych na aktywność fizyczną o dużej intensywności .

Ilość dni	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
poniżej 4 dni w tygodniu	197	74,34%	82	66,13%	115	81,56%
co najmniej 4 dni w tygodniu	68	25,66%	42	33,87%	26	18,44%

$\chi^2=0,017$ df=1 $p>0,89$

Tabele 18 i 19 przedstawiają wyniki badań zestawione w formie spełniania przyjętych rekomendacji.

Tabela III-19. Spełnienie rekomendacji WHO w zakresie liczby godzin w tygodniu (poza zajęciami WF-u) przeznaczanych na aktywność fizyczną o dużej intensywności

Ilość godzin	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
poniżej 4 godzin w tygodniu	231	87,17%	105	84,67%	126	89,36%
co najmniej 4 godziny w tygodniu	34	12,83%	19	15,33%	15	10,64%

$\chi^2=8,236$ df=1 $p<0,004$

Prawie połowa badanych uczniów (47,17%), w tym (45,97%) chłopców i (48,23%) dziewcząt, na aktywność fizyczną o dużej intensywności przeznaczała najczęściej od 2 do 3 dni w tygodniu. Jednak znaczny odsetek młodzieży (20,4%) wykonywał powyższe ćwiczenia nie częściej niż raz w tygodniu. Dziewczęta (24,1%) częściej niż chłopcy (16,1%) na ćwiczenia o dużej intensywności przeznaczały zaledwie jeden dzień w tygodniu.

Zaobserwowano pewną zależność, że ze wzrostem liczby dni przeznaczanych na ćwiczenia o dużej intensywności (VPA), malał odsetek uczniów podejmujących tę aktywność, w obu badanych grupach. Dla VPA wykonywanej od 4 do 6 razy w tygodniu odsetek ten kształtował się na poziomie (23,4% vs. 9,2%), a wykonywanej codziennie na poziomie (10,5% vs. 9,2%).

Liczba dni przeznaczana na aktywność fizyczną o dużej intensywności w czasie wolnym, zależała statystycznie istotnie ($p < 0,021$) od płci badanych uczniów i była wyższa w grupie chłopców niż w grupie dziewcząt [Tabela 20].

Tabela III-20. Częstość podejmowania aktywności fizycznej o dużej intensywności VPA (poza zajęciami WF-u) w wymiarze tygodniowym

Ilość dni	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
codziennie	26	9,81%	13	10,48%	13	9,22%
4-6 razy w tygodniu	42	15,85%	29	23,39%	13	9,22%
2-3 razy w tygodniu	125	47,17%	57	45,97%	68	48,23%
1 raz w tygodniu	54	20,38%	20	16,13%	34	24,11%
1 raz w miesiącu	5	1,89%	2	1,61%	3	2,13%
mniej niż 1 raz w miesiącu	9	3,40%	3	2,42%	6	4,26%
nigdy	4	1,51%	0	0,00%	4	2,84%

$\chi^2=14,863$; $df=6$; $p<0,021$

Badana młodzież (67,92%) na aktywność fizyczną o dużej intensywności przeznaczała najczęściej od jednej do trzech godzin w tygodniu [Tabela 21]. Zauważono, że ze wzrostem liczby godzin przeznaczanych na VPA, malał odsetek dziewcząt i chłopców podejmujących te ćwiczenia. Zaledwie cztery (1,51%) osoby z całej badanej grupy, w tym jeden chłopiec i trzy dziewczyny na aktywność fizyczną o dużej intensywności przeznaczały 7 godzin w tygodniu.

Liczba godzin przeznaczana na VPA (w czasie wolnym), zależała statystycznie istotnie ($p < 0,031$) od płci badanej młodzieży i podobnie jak w przypadku liczby dni, była wyższa w grupie chłopców. Uczniowie na aktywność o dużej intensywności przeznaczali najczęściej od 2 do 3 godzin w tygodniu, podczas gdy uczennice na tą aktywność przeznaczały zaledwie jedną godzinę.

Tabela III-21. Ilość godzin w tygodniu przeznaczanych na aktywność fizyczną o dużej intensywności (poza zajęciami WF-u)

Ilość godzin	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nie ćwiczy	10	3,77%	4	3,23%	6	4,26%
około ½ godziny	41	15,47%	15	12,10%	26	18,44%
około godziny	86	32,45%	32	25,81%	54	38,30%
około 2-3 godzin	94	35,47%	54	43,55%	40	28,37%
około 4-6 godzin	30	11,32%	18	14,52%	12	8,51%
7 godzin i więcej	4	1,51%	1	0,81%	3	2,13%

$\chi^2=12,224$ $df=5$ $p<0,031$

Podsumowując ten wycinek analiz, należy zwrócić uwagę na fakt, że zaledwie co czwarty (25,7%) badany uczeń spełniał rekomendację WHO w zakresie liczby dni,

a co ósmy (12,8%) w zakresie liczby godzin. Chłopcy częściej niż dziewczęta spełniali powyższe zalecenia.

Z badań HBSC z 2010 roku wynika, że ćwiczenia fizyczne o dużej intensywności z częstotliwością co najmniej 4 razy w tygodniu, podejmowało jedynie (30%) badanych nastolatków, a zaledwie (18%) poświęcało na te ćwiczenia co najmniej 4 godziny w tygodniu [za: Ostrenga W., 2017, s. 6]. Wyniki te są jakościowo i strukturalnie zbliżone do wyników przedstawionych w niniejszej pracy. Jednak ilościowe porównanie prowadzi do wniosku, iż są one gorsze w polskiej rzeczywistości szkolnej niż te, podane w badaniach HBSC. P. Kaczor-Szkodny podkreśla, że odpowiedni poziom aktywności fizycznej nie tylko wspomaga rozwój psychomotoryczny i utrzymanie prawidłowej masy ciała, ale sprzyja także rozwijaniu zdolności interpersonalnych, usprawnia procesy socjalizacyjne, wzmacnia promowanie zdrowego stylu życia, a co za tym idzie kształtuje w młodym człowieku poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne [2016, s. 119].

3.1.2. Inne aspekty aktywności fizycznej

3.1.2.1. Aktywna droga do szkoły

Aby szerzej opisać aktywność fizyczną badanych nastolatków uwzględniono dodatkowo blok pytań dotyczących drogi do szkoły, uczestniczenia w lekcjach wychowania fizycznego, uczestniczenia w dodatkowych zajęciach sportowych i rekreacyjnych w czasie wolnym.

Droga do szkoły pokonana pieszo lub rowerem może być doskonałą okazją do zwiększenia codziennej dawki ruchu. Niestety większość uczniów, szczególnie w dużych miastach, dociera do szkoły samochodami lub środkami komunikacji miejskiej. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać nie tylko w wygodzie dzieci i rodziców, ale przede wszystkim w braku odpowiedniej infrastruktury (ścieżek rowerowych, stojaków na rowery przed szkołami) i związanej z tym obawie rodziców o bezpieczeństwo swoich pociech.

„Aktywną drogę” do szkoły [Tabela 22] wybierało (60,37%) badanych nastolatków. Mimo, iż nie stwierdzono statystycznie znamiennej różnicy między dziewczętami i chłopcami ($p > 0,431$), to jednak zauważono, że chłopcy (62,90%) znacznie częściej niż dziewczęta (58,16%) podejmowali dodatkowy wysiłek fizyczny w drodze do szkoły.

Tabela III-22. Droga do szkoły badanych uczniów

Droga	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	aktywna	160	60,37%	78	62,90%	82
pasywna	105	39,63%	46	37,10%	59	41,84%

$\chi^2=0,622$; $df=1$; $p>0,431$

Najpopularniejszą aktywną formą dotarcia do szkoły [Tabela 23] był marsz, na który zdecydowała się połowa (57,74%) badanych uczniów.

Nie stwierdzono znamienych różnic między dziewczętami i chłopcami w wyborze tej formy dotarcia do szkoły ($p>0,981$).

Drugą aktywną formą transportu był rower. Wybrało go zaledwie (2,64%) uczniów i byli to wyłącznie chłopcy. Dziewczęta zrezygnowały z tej formy transportu. Bierny sposób dotarcia do szkoły deklarowała $\frac{1}{3}$ badanej grupy (39,63%). Preferowanym środkiem był transport publiczny z którego korzystała prawie $\frac{1}{4}$ badanych osób (23,8%), samochód (15,09%) i skuter (0,75%). Wszystkie wyżej wymienione preferencje nie wykazywały znamienych różnic statystycznych między chłopcami a dziewczętami [Tabela 23].

Tabela III-23. Transport do szkoły wykorzystywany przez badanych uczniów

Forma transportu	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
marsz	153	57,74%	71	57,26%	82	58,16%	0,001	1	$p>0,981$
transport publiczny	63	23,77%	25	20,16%	38	26,95%	1,678	1	$p>0,195$
samochód	40	15,09%	19	15,32%	21	14,89%	0,006	1	$p>0,940$
rower	7	2,64%	7	5,65%	0	0,00%	6,128	1	$p<0,013$
skuter	2	0,75%	2	1,61%	0	0,00%	0,644	1	$p>0,422$

3.1.2.2. Uczestnictwo w obowiązkowych i pozaszkolnych zajęciach ruchowych

Szkoła obok rodziny jest siedliskiem na którym spoczywa ciężar i odpowiedzialność za prowadzenie i efekty edukacji fizycznej i zdrowotnej dzieci i młodzieży. Szkoła ma znaczący wpływ na kształtowanie pozytywnych postaw wobec uczestnictwa w różnych formach aktywności ruchowej. Zadaniem szkoły jest kształtowanie takich zachowań, aby uczeń z chwilą jej ukończenia nie przerywał aktywnego uczestnictwa w rekreacji fizycznej, lecz kontynuował swoje zainteresowania kulturą fizyczną również w dorosłym życiu.

Należy mieć świadomość, że dla większości dzieci i młodzieży w wieku szkolnym lekcje wychowania fizycznego są podstawową a niekiedy jedyną zorganizowaną formą aktywności ruchowej. Głównym celem tego przedmiotu jest więc

wszechstronne pobudzanie procesów rozwojowych dzieci i młodzieży, przystosowanie młodych organizmów do wysiłku fizycznego i zmieniających się warunków otoczenia, a także przeciwdziałanie niekorzystnym zjawiskom rozwojowym jakimi są wady postawy. W czasie zajęć wychowania fizycznego młodzież nabywa różnego rodzaju umiejętności, uczy się reguł gier oraz współdziałania i współzawodnictwa według zasad „fair play” [Jodkowska M., 2013, s. 13]. Poprzez uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego, młodzież poznaje różne formy aktywności ruchowej, oprócz klasycznych - gimnastyka, lekkoatletyka, pływanie, również i takie, które w danej chwili są modne i atrakcyjne - taniec, wspinaczka itp. [Zimna-Walendzik E., i in., 2006, s. 221-227]. Podczas pobytu w szkole uczeń wyrabia w sobie nawyk do systematycznej aktywności rekreacyjnej. Zadaniem nauczyciela jest więc umiejętne zachęcanie uczniów do udziału w zajęciach rekreacyjnych, umożliwienie im podejmowania aktywności ruchowej poprzez udział w tańcu, w grach i zabawach, tworzenie jak najlepszych warunków do podejmowania i doskonalenia sprawności oraz kondycji fizycznej. Zadaniem nauczyciela jest zapoznanie uczniów z podstawowymi formami rekreacyjnymi i turystycznymi, a także z najważniejszymi zasadami uprawiania wybranych dyscyplin sportowych, a przede wszystkim promowanie aktywnego spędzania czasu wolnego przez uczniów poza szkołą. Realizowany przez nauczyciela program powinien zawierać treści pozwalające zwiększać aktywność ruchową uczniów, przekazywać im zasób ćwiczeń potrzebnych do czynnego udziału w rekreacji ruchowej, oraz wyposażyć w wiedzę na temat zdrowia i prozdrowotnego stylu życia [Rodziewicz-Gruhn J., 2012, s. 160].

Polska należy do wiodących w Europie krajów pod względem liczby obowiązkowych godzin wychowania fizycznego [za: Woynarowska B., Mazur J., Oblacinska A., 2015, s. 184], a która w szkołach podstawowych wynosi cztery godziny w tygodniu (około 130 godzin rocznie) [Dz. U. 2012, poz. 204]. Suma godzin zajęć wychowania fizycznego w okresie ośmiu lat nauki (II etap edukacyjny) wynosi około 1040 godzin. Jest to znaczący wymiar zajęć związanych z aktywnością fizyczną. Zgodnie z obowiązującymi przepisami wychowanie fizyczne jest jednym z dwóch przedmiotów (obok informatyki) z których dyrektor może ucznia zwolnić „na podstawie opinii lekarza o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia w tychże zajęciach” [Dz. U, 2007, poz. 562]. W praktyce uczniowie nie uczestniczą w lekcjach wychowania fizycznego także na podstawie przekładanych nauczycielowi zwolnień od rodziców lub ustnego usprawiedliwiania się samych uczniów. Wraz

z narastającą częstością występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży, zaczęto zwracać coraz większą uwagę na zbyt małą aktywność ruchową tej populacji. W kontekście tym szczególny niepokój zaczęła wzbudzać duża częstotliwość nieobecności uczniów na lekcjach wychowania fizycznego.

Kontrola przeprowadzona w szkołach przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) w 2010 i 2013 roku, ujawniła wiele nieprawidłowości w zakresie realizacji lekcji wychowania fizycznego, w tym uczestniczenia uczniów w tychże zajęciach. Ogłoszony Raport donosił, że w (26%) skontrolowanych placówkach nie zrealizowano wymaganej liczby godzin z WF. W praktyce w większości szkół część lekcji z wychowania fizycznego nie odbywała się z różnych przyczyn, zależnych od dyrektora i nauczycieli prowadzących ten przedmiot. Oznacza to, że rzeczywista liczba zrealizowanych godzin dla dużej części uczniów (20-40%) w zależności od typu szkoły i klasy) była znacznie mniejsza od założonej [NIK, Warszawa, 2010; 2013]. Zastrzeżenia Najwyższej Izby Kontroli nie wpłynęły jednak na podjęcie w resorcie edukacji stosownych działań dla poprawy niekorzystnej sytuacji w szkolnym wychowaniu fizycznym. W 2013 roku Ministerstwo Sportu i Turystyki zainicjowało kampanię społecznościową „Stop zwolnieniom z zajęć fizycznych” powiązaną z programem „WF z klasą” zorganizowanym przez Centrum Edukacji Obywatelskiej .

Zadaniem Programu „WF z Klasą” jest wspieranie nauczycieli w rozwijaniu kultury fizycznej uczniów, oraz wypracowanie pomysłów na nowoczesne i ciekawe lekcje z tego przedmiotu. Zgodnie z tym programem, zajęcia ruchowe tak obowiązkowe jak i dodatkowe, mają być zróżnicowane i urozmaicone, oraz bliższe oczekiwaniom młodego pokolenia. Wychowanie fizyczne to nie tylko tradycyjne gry zespołowe tj.: piłka nożna, ale również taniec, aerobik, wschodnie sztuki walki, joga, turystyka rowerowa, piesza, wspinaczka na sztucznej ścianie, jak również „gry i zabawy” z wykorzystaniem nowoczesnych programów multimedialnych. Program „ WF z klasą” ma pokazać, że z aktywności ruchowej w szkole, każdy można czerpać przyjemność. Także UNESCO oraz liczne międzynarodowe organizacje kultury fizycznej podkreślają, iż wychowanie fizyczne stanowi integralną część edukacji i powinno być obowiązkową ważną częścią edukacji szkolnej. W zajęciach w wymiarze co najmniej jednej godziny dziennie, powinni uczestniczyć wszyscy uczniowie [Onefre M., i in., 2012, s. 31-35]. Wyniki długofalowych badań wskazują, że uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego i zwiększona aktywność ruchowa w dzieciństwie i w młodości,

istotnie wpływa na wyższy jej poziom w życiu dorosłym, a tym samym na lepszy stan zdrowia [Hills A. P., Dengel D. R., Lubans D. R., 2015, s. 168-174].

Przyjemność czerpana z podejmowania aktywności fizycznej, oraz świadomość ważności ruchu dla ogólnej kondycji zdrowotnej nie zawsze przekłada się na pozytywny stosunek do zajęć wychowania fizycznego.

Z badania wynika, że większość uczniów (76,23%) *lubi* i *bardzo lubi* lekcje wychowania fizycznego. Jednak 1/4 badanych nastolatków *nie lubi* tychże zajęć lub *niezbyt je lubi* (23,77%) [Tabela 24]. Jest to, ta grupa młodzieży, na którą należałoby zwrócić szczególną uwagę, i motywować do podejmowania aktywności ruchowej z przyjemności poprzez organizowanie atrakcyjnych, urozmaiconych, oraz dostosowanych do zainteresowań i możliwości ucznia zajęć.

Stosunek uczniów do lekcji wychowania fizycznego zależy statystycznie znamienne ($p < 0,023$) od płci badanych nastolatków. Odsetek uczniów *lubiących* i *bardzo lubiących* lekcje wychowania fizycznego jest wyższy w grupie chłopców (81,45% vs. 71,63%). Dziewczeta częściej niż chłopcy *niezbyt lubiły* lub *nie lubiły* tychże zajęć (28,37% vs. 18,55%).

Tabela III-24. Stosunek badanej młodzieży do lekcji wychowania fizycznego

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczeta (n=141)	
bardzo lubi	98	36,98%	56	45,16%	42	29,79%
lubi	104	39,25%	45	36,29%	59	41,84%
niezbyt lubi	45	16,98%	19	15,32%	26	18,44%
nie lubi	18	6,79%	4	3,23%	14	9,93%

* $\chi^2=9,478$; $df=3$; $p < 0,023$

Postrzeganie przez uczniów lekcji wychowania fizycznego ma istotny wpływ na ich uczestnictwo i aktywność na tychże lekcjach [Tabele 25-26].

Dla połowy badanych uczniów (53,96%) lekcje wychowania fizycznego są zajęciami atrakcyjnymi. Można założyć, że spełniają oczekiwania młodzieży. Jednak co trzeci uczeń ocenia lekcje wychowania fizycznego jako przeciętne. Prawdopodobnie lekcje dla tej grupy osób nie są do końca satysfakcjonujące. Mała grupa młodzieży (7,17%) ocenia lekcje z wychowania fizycznego jako nudne.

Nie stwierdzono statystycznie znamiennych różnic między dziewczętami i chłopcami w subiektywnym postrzeganiu lekcji wychowania fizycznego, ($p > 0,667$).

Zauważono, że chłopcy częściej niż dziewczeta spostrzegają lekcje wychowania fizycznego jako atrakcyjne i ciekawe (55,65% vs. 52,48%), w przeciwieństwie do

swoich koleżanek, które częściej oceniają je jako przeciętne i nudne (47,52% vs. 44,35%).

Tabela III-25. Subiektywne postrzeganie lekcji wychowania fizycznego

Lekcje WF	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
atrakcyjne	143	53,96%	69	55,65%	74	52,48%
przeciętne	103	38,87%	45	36,29%	58	41,14%
nudne	19	7,17%	10	8,06%	9	6,38%

$\chi^2=0,781$ df=2 p>0,677

W wieku adolescencji wzrasta chęć rywalizacji i popisania się - zwłaszcza w grupie chłopców - która znajduje ujście podczas lekcji wychowania fizycznego. Jest to jeden z czynników warunkujących aktywne uczestniczenie w tychże lekcjach. We wszystkich lub prawie wszystkich lekcjach wychowania fizycznego uczestniczy prawie (90%) młodzieży. Co dziesiąty uczeń (9,06%) uczestniczy tylko w połowie zajęć, a marginalna grupa badanych (1,51%) mniej niż w połowie [Tabela 26]. Odsetek młodzieży uczestniczącej w lekcjach wychowania fizycznego na poziomie wysokim i wystarczającym był istotnie ($p<0,037$) wyższy w grupie chłopców (91,94%) niż w grupie dziewcząt (87,23%). Ma to związek z wejściem dziewcząt w trudny dla nich okres pokwitania - pojawienie się menstruacji, niezgrabności ruchowej związanej z obniżeniem się koordynacji ruchowej - co skutkuje większą liczbą nieobecności dziewcząt na tychże lekcjach.

Tabela III-26. Poziom uczestnictwa młodzieży w lekcjach wychowania fizycznego w roku szkolnym poprzedzającym badanie

Poziom	procentowe uczestnictwo	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
wysoki	100%	62	23,40%	37	29,84%	25	17,73%
wystarczający	75%	175	66,04%	77	62,10%	98	69,50%
przeciętny	50%	24	9,06%	10	8,06%	14	9,93%
słaby	30-40%	4	1,51%	0	0,00%	4	2,84%

* $\chi^2=8,453$; df=3; p<0,037

Podsumowując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że we wszystkich lub prawie wszystkich lekcjach wychowania fizycznego uczestniczyło ponad 89% badanych uczniów. Jednak co dziesiąty uczeń bierze udział w połowie lub mniej niż w połowie lekcji. Chłopcy (91,9%) chętniej niż dziewczęta (87,2%) podejmują ruch i uczestniczą w lekcjach wychowania fizycznego na poziomie wysokim i wystarczającym. Dziewczęta (12,8%) częściej niż chłopcy (8,1%) opuszczają

obowiązkowe zajęcia ruchowe, uczestnicząc w lekcjach wychowania fizycznego zaledwie na poziomie przeciętnym i słabym.

Wyniki własne korespondują z danymi uzyskanymi w badaniu - realizowanym przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki - dotyczącym aktywności fizycznej młodzieży szkolnej w wieku 9-17 lat. W roku szkolnym 2012/2013. Z badań tych wynika, że we wszystkich lub prawie wszystkich lekcjach wychowania fizycznego uczestniczyło (73,8%) uczniów. Odsetek osób uczestniczących we wszystkich lub prawie wszystkich lekcjach WF, był wyższy w grupie chłopców (80%) niż w grupie dziewcząt (68,3%). Dziewczęta (4,3%) częściej niż chłopcy (2,7%) wcale lub prawie wcale nie brały udziału w tychże zajęciach. Udział uczniów w lekcjach wychowania fizycznego zmniejszał się na kolejnych etapach edukacji i kolejnej klasie na danym etapie: od (85,3%) w piątej klasie szkoły podstawowej do (59,1%) w trzeciej klasie gimnazjum i (66,2%) w pierwszej klasie szkoły ponadgimnazjalnej. Równolegle zwiększał się odsetek młodzieży, która wcale lub prawie wcale nie brała udziału w lekcjach wychowania fizycznego w poprzednim roku szkolnym: od (0,5%) do (8,0%), [Woynarowska B., Mazur J., 2013, s. 38; Woynarowska B., Mazur J., Oblacińska A., 2015. s. 185].

Pozytywny stosunek uczniów do aktywności fizycznej na lekcjach wychowania fizycznego powinien sprzyjać większemu uczestniczeniu w różnych formach aktywności fizycznej poza szkołą.

Ważną składową ogólniej aktywności fizycznej dzieci i młodzieży są różnorodne zajęcia sportowe i ruchowe poza lekcjami wychowania fizycznego w czasie wolnym. Ponieważ są one podejmowane dobrowolnie, to udział w nich powinien potencjalnie korzystnie wpływać na poziom ich aktywności fizycznej [Woynarowska B., Mazur J., 2013, s.45]. Czas wolny jest integralnym, a zarazem istotnym elementem życia społecznego, który towarzyszy człowiekowi od zawsze. Stanowi nośnik rozwoju w ujęciu dyscyplinarnym i jest formą ogólnego samokształcenia. Powinien przynosić radość, zadowolenie, poczucie wypoczynku, jak i odprężenie. Podejmowanie aktywności fizycznej w ramach czasu wolnego wiąże się ściśle ze stylem życia rodziny, z nawykami i przyzwyczajeniami, jakie dzieci nabywają i wnoszą z domu. Dlatego ważnym, wydaje się być edukowanie dzieci i młodzieży w zakresie organizowania i spędzania czasu wolnego. Ten rodzaj edukacji powinien być podejmowany i prowadzony równolegle zarówno przez rodziców, jak i nauczycieli i to nie tylko w ramach edukacji zdrowotnej, ale również w ramach przedmiotów

pokrewnych.[Kaiser A., 2013, s. 75-81; Kowalczyk A., 2015, s. 95-113; Kaczor-Szkodny P., i in., 2016, s. 113-119].

Udział w pozalekcyjnych i pozaszkolnych zajęciach sportowych deklaruje zaledwie $\frac{1}{3}$ badanych uczniów (39,63%). Tylko co drugi chłopiec i co trzecia dziewczyna podejmują dodatkową systematyczną aktywność ruchową. Zaobserwowana różnica nie jest statystycznie istotna i kształtuje się na poziomie, ($p>0,396$) [Tabela 27].

Tak mały odsetek badanej młodzieży uczestniczącej w zorganizowanych zajęciach sportowo-rekreacyjnych wskazuje jednoznacznie, że dla większości badanych uczniów, lekcje wychowania fizycznego są jedyną formą aktywności fizycznej podejmowanej w ciągu tygodnia. Można mieć tylko nadzieję, że wymagania stawiane szkole w nowej podstawie programowej „Wychowanie Fizyczne i Edukacja do Bezpieczeństwa” wymuszają wprowadzanie do programu nowych propozycji, które skuteczniej będą motywować młodzież do podejmowania i utrwalania aktywnego stylu życia.

Tabela III-27. Uczestnictwo młodzieży w pozalekcyjnych zajęciach sportowych

Zajęcia pozalekcyjne	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
uczestniczy	105	39,62%	53	42,74%	52	36,88%
nie uczestniczy	160	60,38%	71	57,26%	89	63,12%

* $\chi^2=0,719$; $df=1$; $p>0,396$

Szeroko rozumiana aktywność sportowa polegająca na systematycznym wykonywaniu określonych ćwiczeń fizycznych wpływa na podniesienie poziomu zdrowia i sprawności fizycznej, dając równocześnie możliwość przyjemnego spędzania czasu wolnego. Wspomaga rozwój cech o charakterze społeczno-wychowawczym. Uczy systematyczności, kształci silną wolę, odwagę, hart ducha, pomaga zdobywać sukcesy. Osoby systematycznie podejmujące aktywność sportową w znacznie rzadziej zwracają uwagę na szkodliwe używki takie jak: papierosy, alkohol czy narkotyki [Dybińska E., Stasik N., 2013, s. 29].

W grupie osób podejmujących dodatkową aktywność sportową w czasie wolnym, (87,6%) badanych systematycznie uczęszcza na wybrane zajęcia sportowe [Tabela 28]. Zaledwie trzynastu osób (12,4%) nie uczestniczy w nich w sposób ciągły. Chłopcy (90,6%) częściej niż dziewczęta (84,6%) uczestniczą w dodatkowych zajęciach sportowych systematycznie. Zaobserwowana różnica nie jest jednak statystycznie istotna ($p>0,354$).

Tabela III-28. Uczestnictwo w dodatkowych zajęciach sportowych

Uczestniczy	ogółem (n=105)		chłopcy (n=53)		dziewczęta (n=52)	
systematyczne	92	87,61%	48	90,57%	44	84,62%
nie systematyczne	13	12,38%	5	9,43%	8	15,38%

* $\chi^2=0,856$; $df=1$; $p>0,354$

Ciekawym wydaje się, przeanalizowanie dyscyplin sportowych trenowanych przez badanych uczniów, ze względu na wskazanie preferowanych przez nich form sportu.

Najbardziej cenionymi dyscyplinami sportowymi w badanej grupie okazały się *gry zespołowe* (56,19%), na drugim miejscu *ex aequo* *gimnastyka* (10,47%) i *sztuki walki* (10,47%), na trzecim *pływanie* (6,67%), w dalszej kolejności *lekkoatletyka* (4,76%), *hipika* (3,81%) i *tenis* (3,81%).

Poszczególne dyscypliny w różnym stopniu są uprawiane przez chłopców i dziewczęta. W grupie chłopców preferowaną dyscypliną sportową jest: piłka nożna, piłka koszykowa, sztuki walki - karate, hapkido i ju-jitsu, oraz lekkoatletyka. Wśród dziewcząt dużą popularnością cieszy się piłka siatkowa, judo, pływanie, oraz hipika. Sztuki walki zamiennie częściej ($p<0,038$) uprawiają chłopcy, a gimnastykę dziewczęta ($p<0,004$) [Tabela 29].

Tabela III-29. Dyscypliny sportowe uprawiane przez badaną młodzież w czasie wolnym

	ogółem (n=105)		chłopcy (n=53)		dziewczęta (n=52)		χ^2	df	
ZGS*	59	56,19%	33	62,26%	26	50,00%	2,096	1	$p>0,147$
gimnastyka**	11	10,47%	0	0,00%	11	21,15%	8,227	1	$p<0,004$
sztuki walki	11	10,47%	9	16,98%	2	3,85%	4,282	1	$p<0,038$
inne	24	22,86%	10	18,87%	14	26,92%	0,259	1	$p>0,610$

w tym

pływanie	7	6,67%	2	3,77%	5	9,62%
La	5	4,76%	4	7,55%	1	1,92%
hipika	4	3,81%	0	0,00%	4	7,69%
tenis	4	3,81%	2	3,77%	2	3,85%
siłownia	2	1,90%	1	1,88%	1	1,92%
strzelectwo	1	0,95%	1	1,88%	0	0,00%
hokej	1	0,95%	0	0,00%	1	1,92%

*zespołowe gry sportowe (piłka nożna, siatkówka, koszykówka, piłka ręczna)

** gimnastyka (podstawowa, akrobatyczna, sportowa, artystyczna)

Brak udziału w zorganizowanych formach aktywności sportowej nie wyklucza uprawiania różnorodnych dyscyplin sportowych w sposób indywidualny, rekreacyjny. Między innymi dlatego, że rekreacyjna aktywność ruchowa podejmowana jest głównie

dla przyjemności, zabawy, popisu i wewnętrznego doskonalenia się. Stanowi nieodzowny element wspomagający i stymulujący rozwój dzieci i młodzieży. Zwiększa odporność organizmu, daje poczucie bezpieczeństwa, doskonali umiejętności, sprawia radość, a zarazem jest najbardziej wszechstronna i tania [Grabowski H., 1997, s. 21].

Biorąc pod uwagę fakt, że ankietowani uczniowie mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi, oraz podania własnej nie ujętej w kwestionariuszu, założono, że badana młodzież bierze udział w zróżnicowanych pod względem formy i organizacji rekreacjach, wybierając te aktywności, które sprawiają jej najwięcej przyjemności. Przeanalizowano zatem formy aktywności rekreacyjnej, jakie badana młodzież podejmowała w ostatnich siedmiu dniach przed badaniem.

Badana młodzież spośród kilku ulubionych form, najczęściej wybierała jazdę na rowerze (62,26%), szybki marsz (60,0%), grę w piłkę (57,74%) i bieganie (41,13%). Nieco mniejszą popularnością cieszyło się pływanie (26,04%). Ma to zapewne związek z brakiem ogólnodostępnych basenów dla młodzieży. Aby korzystać z tej formy ruchu rodzice muszą dysponować dodatkowym budżetem, co może być trudne, zwłaszcza w rodzinach o niskich przychodach. Płeć uczniów okazała się czynnikiem różnicującym preferowane formy aktywności rekreacyjnej. W grupie dziewcząt najczęściej podejmowaną formą aktywności rekreacyjnej był taniec (44,68%), jazda na rolkach (31,91%), aerobik (21,28%). W grupie chłopców gra w piłkę (69,35%), jazda na rowerze (68,55%), siłownia (40,32%). Różnice w obrębie płci okazały się statystycznie istotne. Przedstawiono je w tabeli 30.

Tabela III-30. Formy aktywności rekreacyjnej podejmowane przez młodzież w ostatnich siedmiu dniach przed badaniem

Formy aktywności	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
jazda na rowerze	165	62,26%	85	68,55%	80	56,74%	3,917	1	p< 0,047
szybki marsz	159	60,00%	74	59,68%	85	60,28%	0,010	1	p> 0,919
gra w piłkę	153	57,74%	86	69,35%	67	47,52%	12,893	1	p< 0,000
bieganie	109	41,13%	55	44,35%	54	38,30%	0,999	1	p> 0,317
siłownia	74	27,92%	50	40,32%	24	17,02%	17,798	1	p< 0,000
pływanie	69	26,04%	37	29,84%	32	22,70%	1,748	1	p> 0,186
taniec	67	25,28%	4	3,23%	63	44,68%	65,304	1	p< 0,000
jazda na rolkach	62	23,40%	17	13,71%	45	31,91%	12,200	1	p< 0,000
aerobik	32	12,08%	2	1,61%	30	21,28%	24,027	1	p< 0,000
gimnastyka*	26	9,81%	10	8,06%	16	11,35%	0,808	1	p> 0,370
tenis**	11	4,15%	6	4,84%	5	3,55%	0,277	1	p> 0,598

*gimnastyka ogólnorozwojowa

** stołowy i ziemny

Średnią ilość dni jaką badana młodzież przeznaczają na poszczególne formy aktywności rekreacyjnej przedstawiono w tabeli 31.

Liczba dni przeznaczana na dodatkową aktywność rekreacyjną nie różnicującą chłopców i dziewczęta dotyczyła: szybkiego marszu, biegania, pływania, gimnastyki i tenisa. Chłopcy zamiennie więcej czasu przeznaczają na jazdę na rowerze ($p < 0,001$), grę w piłkę ($p < 0,001$), siłownię ($p < 0,001$) oraz bieganie ($p < 0,059$). Dziewczęta na taniec ($p < 0,001$), jazdę na rolkach ($p < 0,002$) oraz aerobik ($p < 0,001$).

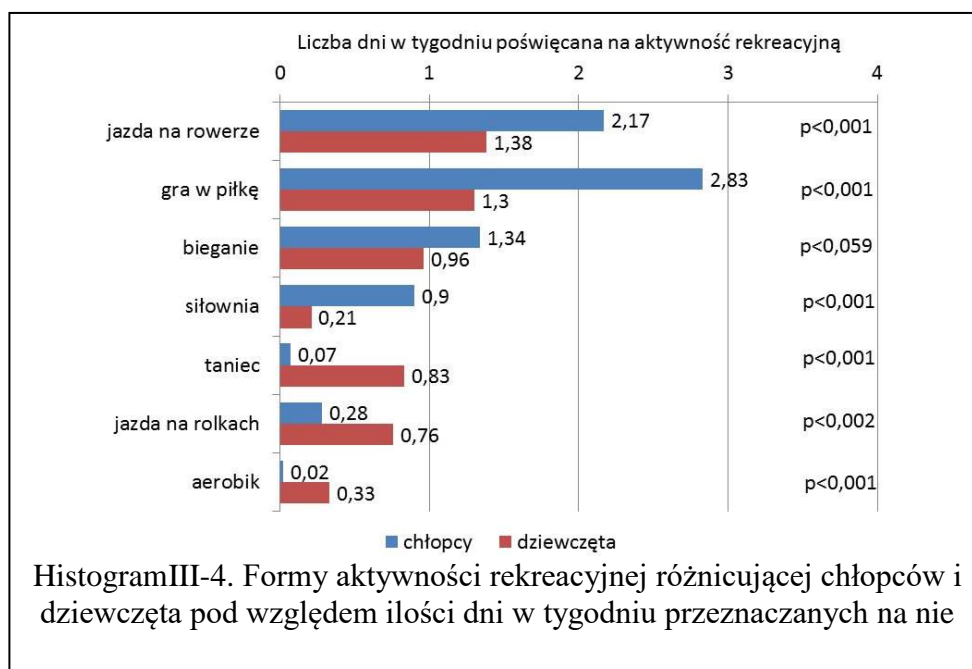
Jazda na rowerze jako najczęściej wybierana forma aktywności rekreacyjnej, powinna zostać odebrana przez nauczycieli wychowania fizycznego i rodziców jako sygnał gotowości uczniów do podejmowania regularnej aktywności rowerowej np. poprzez uczestnictwo w cotygodniowych wycieczkach rowerowych organizowanych poza lekcjami, lub w czasie wolnym rodziny.

Tabela III-31. Ilość dni przeznaczona na wybrane formy aktywności rekreacyjnej w ostatnich siedmiu dniach przed badaniem

Formy aktywności	płeć	n	Ilość dni				Test t -Studenta
			średnia	odch.std	min	max	
jazda na rowerze	chłopcy	124	2,17	2,19	0	7	p<0,001
	dziewczynki	141	1,38	1,69	0	7	
	Ogółem	265	1,75	1,98	0	7	
szybki marsz	chłopcy	124	2,12	2,21	0	7	p>0,521
	dziewczynki	141	2,30	2,25	0	7	
	Ogółem	265	2,22	2,23	0	7	
gra w piłkę	chłopcy	124	2,83	2,51	0	7	p<0,001
	dziewczynki	141	1,30	1,76	0	7	
	Ogółem	265	2,02	2,27	0	7	
bieganie	chłopcy	124	1,34	1,78	0	6	p<0,059
	dziewczynki	141	0,96	1,48	0	7	
	Ogółem	265	1,14	1,64	0	7	
siłownia	chłopcy	124	0,90	1,44	0	6	p<0,001
	dziewczynki	141	0,21	0,55	0	4	
	Ogółem	265	0,53	1,11	0	6	
pływanie	chłopcy	124	0,41	0,71	0	3	p>0,343
	dziewczynki	141	0,33	0,74	0	5	
	Ogółem	265	0,37	0,73	0	5	
taniec	chłopcy	124	0,07	0,46	0	4	p<0,001
	dziewczynki	141	0,83	1,26	0	7	
	Ogółem	265	0,48	1,04	0	7	
jazda na rolkach	chłopcy	124	0,28	0,92	0	7	p<0,002
	dziewczynki	141	0,76	1,49	0	7	
	Ogółem	265	0,54	1,27	0	7	
aerobik	chłopcy	124	0,02	0,20	0	2	p<0,001
	dziewczynki	141	0,33	0,71	0	4	
	Ogółem	265	0,18	0,56	0	4	

gimnastyka	chłopcy	124	0,11	0,43	0	3	p>0,066
	dziewczynki	141	0,30	1,04	0	7	
	Ogółem	265	0,21	0,82	0	7	
tenis	chłopcy	124	0,14	0,71	0	5	p>0,185
	dziewczynki	141	0,05	0,30	0	3	
	Ogółem	265	0,09	0,54	0	5	

Podsumowując ten wycinek analiz, należy podkreślić, iż badana młodzież częściej i chętniej bierze udział w niezorganizowanych, podejmowanych spontanicznie i z własnej inicjatywy zajęciach ruchowych (60,4%), niż zorganizowanych przez kluby i organizacje zajęciach sportowych (39,6%). W niniejszym badaniu potwierdzono, że w zorganizowanych jak i w niezorganizowanych formach aktywności fizycznej rzadziej uczestniczą dziewczęta (36,9%), niż chłopcy (42,7%). Zdaniem J. Grzegorzcyk powodem mniejszego, lub braku uczestnictwa dziewcząt wolnoczasowej aktywności rekreacyjnej jest okres ich pokwitania i wszelkie następstwa z tym związane [2008, s. 226-234].



Wyniki badań własnych wskazują, że chłopcy częściej, niż dziewczęta biorą udział w indywidualnych, spontanicznych formach aktywności fizycznej w czasie wolnym. Ulubioną i najczęściej podejmowaną przez nich formą jest gra w piłkę nożną (69,4%), jazda na rowerze (68,6%) oraz zajęcia na siłowni (40,3%). Ważną rolę w podejmowaniu aktywności ruchowej odgrywa czynnik psychologiczny. Chłopcy

w wieku dojrzewania pragną zaimponować grupie rówieśników, czego dowodem jest ich dość wysoki udział w zorganizowanych formach aktywności fizycznej jakimi są sztuki walki (14,5%). Niepokoi jednak całkowity brak podejmowania przez nich ćwiczeń gimnastycznych, co może prowadzić do wad postawy, poprzez ograniczenie możliwości utrzymywania prawidłowego tonusu mięśni posturalnych [za: Bartoszewicz R., 2011, s. 60-65]. Pomimo, iż dziewczęta generalnie częściej niż ich koledzy przejawiają zachowania sedenteryjne [Wołowski T., 2007, s. 69-73; Janeczek E., 2009, s. 231-237; Świdorska-Kopacz J., 2008, s. 246-250] to badania wskazały na pewne prawidłowości dotyczące zachowań dziewcząt związanych z aktywnością fizyczną w czasie wolnym. Zauważono, że dziewczęta w sposób zorganizowany chętniej, niż chłopcy trenują: piłkę siatkową (50%), gimnastykę (21,2%), lekko atletykę (7,6%), pływanie (3,8%). Indywidualnie chętniej podejmują takie formy ruchowe jak: szybki marsz (60,1) jazda na rowerze (56,7%) jazda na rolkach (31,9%) czy aerobik (21,3%).

Popularną formą ich rekreacji ruchowej jest taniec (44,7%). W ostatnim czasie zauważa się znaczną intensyfikację działań mass mediów (zwłaszcza telewizji) w kreowaniu i promowaniu wspomnianych dyscyplin. Taniec, zajmuje tu szczególne miejsce, należy bowiem do tzw. sportów „nie kontaktowych” i obecnie jest uznawany za trend współczesnej rekreacji [Lubowiecki-Vikuk A. P., 2009, s. 212-218]. Taniec i formy jemu podobne dodatkowo wspomagają kształtowanie pięknej i harmonijnej sylwetki, co zgodnie z powszechną modą dbałości o własne ciało ma niebagatelne znaczenie. Zasygnalizowane tendencje znajdują swoje odzwierciedlenie w powolnym odchodzeniu społeczeństwa od sportów zespołowych na rzecz dyscyplin indywidualnych, w tym do podejmowania aktywności sportowej w tak zwanej otwartej przestrzeni [Lubowiecki-Vikuk A. P., Paczyńska-Jędrycka M., 2010, s. 13-15]. Zasadnym wydaje się diagnozowanie zainteresowań różnymi formami aktywności rekreacyjnej uczniów w czasie wolnym, a następnie zaspokajanie ich nie tylko w procesie kształcenia i wychowania fizycznego ale także w środowisku stałego zamieszkania [Ściślak M., i in., 2014, s. 79-98]. Przedstawione wyniki mogą posłużyć, do programowania sportu masowego młodego pokolenia.

3.1.2.3. Bariery i przeszkody utrudniające podejmowanie aktywności fizycznej

Ważnym zagadnieniem aktywności fizycznej jest zidentyfikowanie barier i przeszkód utrudniających jej podejmowanie, co w konsekwencji może prowadzić do

znaczej redukcji wysiłku fizycznego, tak potrzebnego w okresie intensywnego rozwoju. Bariery i przeszkody postrzegane przez młodzież mogą wynikać zarówno z przyczyn osobniczych - wewnętrznych, jak i przyczyn środowiskowych - zewnętrznych [Jodkowska M., 2013, s .91].

Badania wskazują, że najczęstszą „barierą” utrudniającą podejmowanie wysiłku fizycznego jest brak czasu, związany głównie z nauką i odrabianiem lekcji (58,11%), brak potrzeby ruchu (23,77%), problemy zdrowotne (15,85%), a także brak w okolicy dobrze wyposażonych obiektów sportowych (15,09%). Problemy finansowe (12,83%) znalazły się na ostatnim miejscu w hierarchii spostrzeganych przeszkód.

Niepokój powinno wzbudzać, zjawisko tzw. przedwczesnego wygasania „głodu” ruchu jaki obserwuje się współcześnie u młodych ludzi, a polegający na ograniczeniu spontanicznej, naturalnej aktywności ruchowej charakterystycznej dla tego okresu rozwoju, tym bardziej, że co czwarty badany uczeń jako przeszkodę deklarował brak potrzeby ruchu.

Mimo, iż brak czasu oraz brak potrzeby ruchu, wymieniane są w obu badanych grupach jako podstawowe bariery utrudniające podejmowanie codziennej aktywności fizycznej, to dziewczęta (85,10%) częściej niż chłopcy (78, 23%) spostrzegają je jako przeszkody.. Chłopcy, dodatkowo jako bariery wymieniają: zły stan zdrowia, oraz brak dostępu do obiektów sportowych. Dziewczęta względy finansowe i zły stan zdrowia. Płeć uczniów nie różnicowała „barier” utrudniających podejmowanie aktywności fizycznej [Tabela 32].

Tabela III-32. Przeszkody utrudniające podejmowanie aktywności fizycznej

Najczęstsze bariery	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
brak czasu	154	58, 11%	69	55,65%	85	60, 28%	0,408	1	p>0,522
brak potrzeby aktywnego spędzania czasu wolnego	63	23,77%	28	22,58%	35	24,82%	0,080	1	p>0,777
zły stan zdrowia	42	15,85%	24	19,35%	18	12,77%	1,682	1	p>0, 194
brak dostępu do obiektów sportowych	40	15,09%	24	19,35%	16	11,35%	2,706	1	p>0, 100
względy finansowe	34	12,83%	11	8,87%	23	16,31%	2,635	1	p>0, 104

Reasumując należy zauważyć, że badania polskie dotyczące tej tematyki nie są zbyt liczne. Dostępne publikacje wskazują, że najczęstszymi postrzeganymi barierami są: brak energii, czasu, oraz wsparcia i wzorców, rzadziej brak silnej woli i umiejętności. Wymieniane przeszkody istotnie częściej deklarowane są przez

dziewczęta niż chłopców, młodzież starszą niż młodszą, a obecność każdej z nich istotnie zmniejsza poziom aktywności fizycznej. Zauważono, że dziewczęta postrzegają więcej barier utrudniających im podejmowanie aktywności ruchowej niż chłopcy. Wyolbrzymianie przeszkód może ujemnie korelować z poziomem aktywności fizycznej [Jodkowska M., 2013, s. 91-97].

Duży niepokój powinno wzbudzać zjawisko braku potrzeby podejmowania ruchu w czasie wolnym. Młodzież powinna być uświadamiana (zarówno w domu jak i w szkole), że skutki niedoboru ruchu, mogą ujawniać się dopiero po wielu latach, a z powodu mnogości czynników wpływających na zdrowie, trudno będzie wykazać, że zbyt mała aktywność fizyczna w okresie dorastania jest główną przyczyną problemów zdrowotnych w wieku dojrzałym.

3.1.2.4. Motywacje podejmowania aktywności fizycznej

Wiedza medyczna i pedagogiczna coraz częściej dostarczają nam informacji o naturalnych zmianach aktywności fizycznej w cyklu życia. Dzieci i młodzież młodszą charakteryzuje naturalna chęć ruchu, wynikająca z potrzeb rozwojowych tego okresu. Płeć zaczyna mieć znaczenie dopiero w momencie rozpoczęcia dojrzewania, które związane jest ze zmianami w budowie ciała i regresem ruchowym. Młodzież starsza, koncentruje się na życiu społecznym i grupie rówieśniczej, co jest wynikiem kształtowania się własnej tożsamości. Powyższe zmiany mają swoje odbicie w motywacji jaka kształtuje zachowania młodzieży odnośnie aktywności fizycznej [Nałęcz A., Dzielska H., 2013, s. 70].

Badania wskazują, że motywacja ukierunkowana na zdrowie jest głównym motorem podejmowania aktywności fizycznej przez badanych uczniów. Chęć bycia w dobrej formie (71,32%), oraz chęć poprawy zdrowia (69,43%) jest dla chłopców i dziewcząt ważnym powodem jej podejmowania. Kontrolowanie masy ciała i poprawa wyglądu są dla dziewcząt istotnym argumentem podejmowania aktywności ruchowej.

Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych między chłopcami a dziewczętami ($p > 0,204$) odnośnie motywacji ukierunkowanej na zdrowie.

Motywacja społeczna jest drugim co do ważności powodem uczestniczenia badanej młodzieży w kulturze fizycznej. Zawieranie nowych znajomości (50,57%), spotykanie się ze znajomymi (47,92%), a przede wszystkim radość i zabawa (62,64%), jakie niesie ze sobą ruch i jego wspólne uprawianie, są dla dziewcząt i chłopców równie

ważnym powodem jej podejmowania. Płeć nie różnicowała oceny ważności powodów uznanych za mające podłoże społeczne, ($p > 0,656$).

Motywacja ukierunkowana na „osiągnięcia” nie jest czynnikiem mobilizującym badaną młodzież do wysiłku fizycznego. Podejmowanie aktywności ruchowej w celu zadowolenia rodziców, czy promowania własnej osoby są dla ankietowanych uczniów powodem „zupełnie nieważnym” i mocniej nasilonym w grupie dziewcząt [Tabela 33]. Obserwowana różnica nie była statystycznie istotna, ($p < 0,251$).

Tabela III-33. Lista powodów dla których badana młodzież uczestniczy w zajęciach ruchowych w czasie wolnym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
BARDZO WAŻNY - motywacja zdrowotna						
Żeby być w dobrej formie	189	71,32%	87	70,16%	102	72,34%
Dla poprawy zdrowia	184	69,43%	88	70,97%	96	68,09%
Żeby mieć wpływ na swoją masę ciała	135	50,94%	58	46,77%	77	54,61%
Żeby dobrze wyglądać	132	49,81%	48	38,71%	84	59,57%
$*\chi^2 = 4,593$ df=3 $p > 0,204$						
DOŚĆ WAŻNY motywacja społeczna						
Dla zabawy	166	62,64%	69	55,65%	97	68,79%
Żeby zawierać nowe znajomości	134	50,57%	61	49,19%	73	51,77%
Żeby spotkać się ze znajomymi	127	47,92%	51	41,13%	76	53,90%
$*\chi^2 = 0,844$ df=2 $p > 0,656$						
ZUPEŁNIE NIEWAŻNY motywacja ukierunkowana na osiągnięcia						
Żeby wygrywać	132	49,81%	49	39,52%	83	58,87%
Żeby być kimś super (cool)	194	73,21%	80	64,52%	114	80,85%
Żeby zadowolić rodziców	206	77,74%	95	76,61%	111	78,72%
$*\chi^2 = 2,765$ df=2 $p > 0,251$						

Na aktywność fizyczną dzieci i młodzieży ma wpływ wiele czynników. Wydawać by się mogło, że w motywowaniu dzieci do podejmowania aktywności ruchowej największy udział mają rodzice, w drugiej kolejności nauczyciele. Jednak badanie nie potwierdziło tej prawidłowości.

Znaczącymi osobami motywującymi badaną młodzież do podejmowania codziennej aktywności fizycznej są sami badani (70,94%) oraz ich koledzy i koleżanki (22,64%). Dopiero w dalszej kolejności rodzice (14,72%) i nauczyciele (13,58%). Chłopcy istotnie częściej ($p < 0,028$) niż dziewczęta zachęceni są do wspólnej aktywności ruchowej przez swoich kolegów (29,03% vs. 17,02%). Dziewczęta przez swoich nauczycieli (16,31% vs. 10,48%). Zaobserwowana różnica nie była jednak statystycznie istotna, ($p < 0,229$).

Tabela III-34. Osoby motywujące badaną młodzież do podejmowania aktywności fizycznej

	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
ja sam /a	188	70,94%	89	71,77%	99	70, 21%	0,021	1	p>0,885
koledzy	60	22,64%	36	29,03%	24	17,02%	4,770	1	p<0,028
rodzice	39	14,72%	21	16,94%	18	12,77%	0,612	1	p>0,434
nauczyciel WF	36	13,58%	13	10,48%	23	16,31%	1,445	1	p>0, 229
starsze rodzeństwo	11	4, 15%	2	1,61%	9	6,38%	2,670	1	p>0, 102
dziadkowie	2	0,75%	1	0,81%	1	0,71%	0,384	1	p>0,535
wujostwo	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%	0,004	1	p>0,948

Niebagatelne znaczenie w procesie kształtowania zainteresowań i nawyków ruchowych ma grupa rówieśnicza. Bardzo sugestywnie działa na młodzież przykład koleżanek i kolegów podejmujących codzienną aktywność ruchową. Sukcesy i osiągnięcia sportowe współkolegów, imponują i zachęcają do uczestniczenia jak również do naśladowania i rywalizacji w zabawach ruchowych.

Należy zauważyć, że tylko nieliczni uczniowie spostrzegają rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego jako promotorów i animatorów aktywności ruchowej. Należy założyć, że ani rodzice, ani nauczyciele nie są obecnie postrzegani przez nastolatków jako autorytety aktywnego spędzania czasu wolnego. Wydawać by się mogło, że są to osoby, które swoim przykładem i zaangażowaniem, powinny zachęcać i stymulować młode pokolenie do uczestniczenia w różnorodnych formach aktywności ruchowej. Dotychczasowe badania w obszarze aktywności fizycznej, potwierdzają, że udział rodziców w kreowaniu aktywnego stylu życia swoich pociech jest niewielki [Rodziewicz-Gruhn J., 2012, s. 165]. Także badania M. Zadarko-Domaradzkiej jednoznacznie wskazują, że młodzież rzadko podejmuje aktywność rekreacyjną w gronie rodzinnym [2006, s. 209]. Wspieranie i zachęcanie dzieci do podejmowania wszelkiego rodzaju aktywności fizycznej jest bardzo istotne, ale tylko wówczas, gdy jest ono stałe, a nie sporadyczne czy okazjonalne.

3.2. Czas wolny - sposoby jego spędzania

Dodatkowym blokiem pytań uzupełniających informacje na temat poziomu aktywności fizycznej badanej młodzieży, są pytania dotyczące zajęć związanych z małym wydatkowaniem energii (ok.1,5 podstawowej przemiany materii METs), czyli zajęć sedenteryjnych (*sedeo*-siedzieć, *zasiadać*, *sedate*-spokojnie).

Szybkiemu tempu życia spowodowanym gwałtownymi przemianami ekonomicznymi, politycznymi i społecznymi towarzyszy wiele nowych i przeciwstawnych zjawisk w zakresie aktywności fizycznej. Rozwój technologiczny i poprawa ogólnego standardu życia powoduje ograniczenie codziennego wysiłku fizycznego, w tym także czynności lokomocyjnych. Rozwój nowych coraz atrakcyjniejszych technologii informacyjnych unieruchamia ludzi - zwłaszcza młode pokolenie - przez wiele godzin w ciągu dnia już od najmłodszych lat. Badania dotyczące spędzania czasu w bezruchu przed ekranem np. podczas oglądania telewizji, czy korzystania z komputera lub innych urządzeń elektronicznych, zgodnie wskazują na jego negatywny wpływ na zdrowie, tym bardziej jeśli odbywa się ono kosztem zajęć ruchowych [Rezende L., i in., 2014]. Jeżeli gry komputerowe i filmy są nasycone agresją i fałszują obraz rzeczywistości, można spodziewać się negatywnych skutków również dla rozwoju psychospołecznego [Mazur A., Radziewicz-Winnicki I., 2013, s. 1-5].

Amerykańska Akademia Pediatrii rekomenduje ograniczenie biernego spędzania czasu przed ekranem maksymalnie do 2 godzin dziennie, a w przypadku dzieci poniżej 2 roku życia całkowite unikanie tego typu zachowań, określanych jako *screen time* [Milteer R. A., Ginsburg K. R., 2012, s. 204-213].

O ile w przypadku aktywnego spędzania czasu wolnego przez młodzież, możemy mówimy o kontaktach z rówieśnikami, rozwoju osobowości, zainteresowań, pasji, talentów, hobby, tak w przypadku biernego spędzania czasu wolnego mówimy o braku kontaktu z rówieśnikami, gdyż młodzież poza uczęszczaniem do szkoły nie uczestniczy w życiu społecznym, a czas po szkole spędza wyłącznie w domu.

Do analizy czasu spędzonego w bezruchu przed ekranem wykorzystano trzy zmienne: czas oglądania telewizji, czas grania w gry komputerowe i na konsoli, oraz czas korzystania z urządzeń elektronicznych. Kategorie odpowiedzi były jednakowe. Badani uczniowie mieli do dyspozycji dziewięć odpowiedzi, od stwierdzenia wcale do kategorii czasowej siedmiu godzin. Zebrane dane empiryczne przyporządkowano do trzech kategorii czasowych: od 0,5 do 2 godzin, od 3 do 4 godzin, 5 godzin i dłużej.

Telewizję (w tym video i DVD) w dniach nauki szkolnej ogląda aż (90,19%) badanych uczniów [Tabela 35]. Wartości procentowe w obu grupach są do siebie zbliżone, ponad (90%) chłopców i dziewcząt ogląda telewizję w dniach nauki szkolnej w czasie wolnym. Nie zaobserwowano różnic statystycznych między chłopcami i dziewczętami, ($p > 0,945$). W grupie uczniów oglądających telewizję ponad połowa

osób (61,93%) na jej oglądanie przeznaczają od pół do dwóch godzin dziennie. Jednak 1/3 nastolatków (33,05%) na jej oglądanie przeznaczają więcej czasu, od 3 do 4 godzin. Co 20-ta osoba (5,02%) na oglądanie telewizji przeznaczają minimum 5 godzin ze swojego dobowego budżetu czasu wolnego.

Płeć nie różnicuje czasu spędzanego przed ekranem telewizorów w czasie wolnym w dniach nauki szkolnej ($p > 0,581$), mimo, iż dziewczęta częściej niż chłopcy (6,30% vs 3,57%) na oglądanie TV przeznaczają co najmniej 5 godzin.

Tabela III-35. Ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na oglądanie telewizji/ w tym video i DVD/ w dniach szkolnych w czasie wolnym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
ogląda TV	239	90,19%	112	90,32%	127	90,07%
nie ogląda TV	26	9,81%	12	9,68%	14	9,93%

* $\chi^2=0,004$ df=1 $p > 0,945$

w tym

	ogółem (n=239)		chłopcy (n=112)		dziewczęta (n=127)	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
od ½ do 2 godzin	148	61,93%	69	61,61%	79	62,20%
od 3 do 4 godzin	79	33,05%	39	34,82%	40	31,50%
5 godzin i powyżej	12	5,02%	4	3,57%	8	6,30%

* $\chi^2=1,084$ df=2 $p > 0,581$

Budżet czasu wolnego zmienia się w dniach weekendu. Wyniki wskazują, że w dniach wolnych od nauki szkolnej zwiększa się ilość godzin (w wymiarze dobowym) przeznaczanych na zajęcia o charakterze pasywnym. Nadmierna i niekontrolowana ilość czasu spędzanego przed ekranem telewizora czy komputera, jest atrakcyjna dla dzieci, z drugiej strony powoduje szereg problemów zdrowotnych. Nasilone zachowania sedenteryjne mogą przyczyniać się do narastającej epidemii nadwagi i otyłości, wad postawy, bólów pleców, czy też zaburzeń naturalnego rytmu snu i czuwania. Niekontrolowane korzystanie z gier komputerowych i Internetu może wywołać syndrom uzależnienia, wzmacniać zachowania agresywne i zaburzać prawidłowe relacje społeczne [Mazur J., 2013, s. 53-54].

W dniach weekendu zwiększa się odsetek uczniów oglądających telewizję z (90,19%) do (92,08%). Dziewczęta (92,91%) nieznacznie częściej niż chłopcy (91,13%) spędzają swój czas wolny przed ekranem telewizora, jednak zaobserwowana różnica nie jest statystycznie istotna ($p > 0,592$) [Tabela 38].

W weekendy wydłuża się czas przeznaczony na oglądanie telewizji, w tym video i DVD. Zwiększa się odsetek uczniów z (38,1%) do (57,0%), którzy przed ekranem TV przebywali od 3 do 5 i więcej godzin. Najbardziej zauważalny procentowy wzrost nastąpił w przedziale czasowym 5 i więcej godzin, z (5%) do (22,1%). Zwiększenie wartości procentowych nastąpiło zarówno w grupie chłopców z (3,6%) do (17,7%), jak i w grupie dziewcząt z (6,3%) do (26%). Zaobserwowana różnica zbliżona jest do statystycznej istotności, ($p \sim 0,078$).

Tabela III-36. Ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na oglądanie telewizji, w tym video i DVD w dniach weekendu w czasie wolnym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
ogląda	244	92,08%	113	91,13%	131	92,91%
nie ogląda	21	7,92%	11	8,87%	10	7,09%

* $\chi^2=0,286$ df=1 $p>0,592$

w tym

Czas	ogółem (n=244)		chłopcy (n=113)		dziewczęta (n=131)	
od ½ do 2 godzin	105	43,03%	57	50,44%	48	36,64%
od 3 do 4 godzin	85	34,84%	36	31,87%	49	37,41%
5 godzin i powyżej	54	22,13%	20	17,69%	34	25,95%

* $\chi^2=5,089$ df=2 $p \sim 0,078$

Analiza badań własnych wskazuje, że gry komputerowe są popularne wśród badanej młodzieży. Ponad połowa badanych (56,58%) preferuje ten właśnie sposób spędzania wolnego czasu. Różnica między chłopcami i dziewczętami jest statystycznie istotna na poziomie, ($p<0,000$).

Gry PC dominują głównie w grupie chłopców. Ponad ¾ badanych uczniów (79,84%) deklaruje podejmowanie tej formy zabawy w dniach zajęć szkolnych. W grupie dziewcząt, gry PC nie cieszą się aż tak dużą popularnością. Jedynie 1/3 uczennic (30,50%) wybiera tę formę rozrywki w czasie wolnym, [Tabela 37]. W grupie osób grających ponad połowa badanych (64,08%) na gry komputerowe przeznaczają od 0,5 do 2 godzin w wymiarze dobowym. Jednak 1/3 badanych nastolatków (30,99%) na tę formę biernego relaksu przeznaczają od 3 do 4 godzin. Niewielka grupa uczniów (4,93%) na zabawę przed ekranem komputera przeznaczają minimum 5 godzin w wymiarze dobowym. Ilość godzin przeznaczanych na gry PC w sposób istotny różnicuje badane grupy, ($p<0,039$). Chłopcy na gry komputerowe przeznaczają

najczęściej 3 do 5 godzin (42,42% vs. 20,93%), podczas gdy dziewczęta na tę formę zabawy przeznaczają od 0.5 do 2 godzin w wymiarze dobowym (79,07% vs. 57,58%).

Tabela III-37. Czas przeznaczony na gry PC lub na konsoli dniach nauki szkolnej w czasie wolnym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
grają	142	56,58%	99	79,84%	43	30,50%
nie grają	123	46,42%	25	20,16%	98	69,50%

* $\chi^2=60,406$; $df=1$; $p<0,000$
w tym

Czas	ogółem (n=142)		chłopcy (n=99)		dziewczęta (n=43)	
od ½ do 2 godzin	91	64,08%	57	57,58%	34	79,07%
od 3 do 4 godzin	44	30,99%	37	37,37%	7	16,28%
5 godzin i powyżej	7	4,93%	5	5,05%	2	4,65%

* $\chi^2=6,476$; $df=2$; $p<0,039$

Korzystanie z Internetu niesie za sobą szereg pozytywnych jak i negatywnych skutków. Zakłada się, że umiarkowane i kontrolowane korzystanie z urządzeń mobilnych ma pozytywny wpływ na rozwój dorastającej młodzieży.

Uczniowie którzy nie korzystali z urządzeń mobilnych w dniach nauki szkolnej, stanowili zaledwie (6,42%) ogółu badanych. Zaledwie (10,48%) chłopców i (2,84%) dziewcząt nie korzystało z komputera, tabletu lub smartfon'a. Płeć różnicowała statystycznie istotnie ($p<0,011$). korzystanie z urządzeń mobilnych w czasie wolnym w dniach szkolnych. Dziewczęta istotnie częściej korzystały z tych urządzeń (97,16% vs. 89,52%) [Tabela38].

W grupie osób korzystających z urządzeń mobilnych ½ badanych (51,61%) na aktywność w „sieci” przeznaczają od 0,5 do 2 godzin w wymiarze dobowym. Jednak co trzeci badany (29,44%) na surfowanie w „sieci” przeznaczają już od 3 do 4 godzin w wymiarze dobowym, a co piaty (18,95%) wydłużał tę aktywność do 5-u godzin i dłużej. Chłopcy na aktywność w „sieci” przeznaczali najczęściej od 0,5 do 2 godzin w wymiarze dobowym. Dziewczęta „buszowały” w niej od 3 do 5 godzin, a nawet i dłużej [Tabela 38]. Zaobserwowana różnica nie była jednak statystycznie istotna, ($p>0,199$).

Tabela III-38. Ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na korzystanie z Internetu (tabletu lub smartfona, wysyłanie e-mailów, czat, odrabianie lekcji) w dniach nauki szkolnej w czasie wolnym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
korzysta	248	93,58%	111	89,52%	137	97,16%
nie korzysta	17	6,42%	13	10,48%	4	2,84%

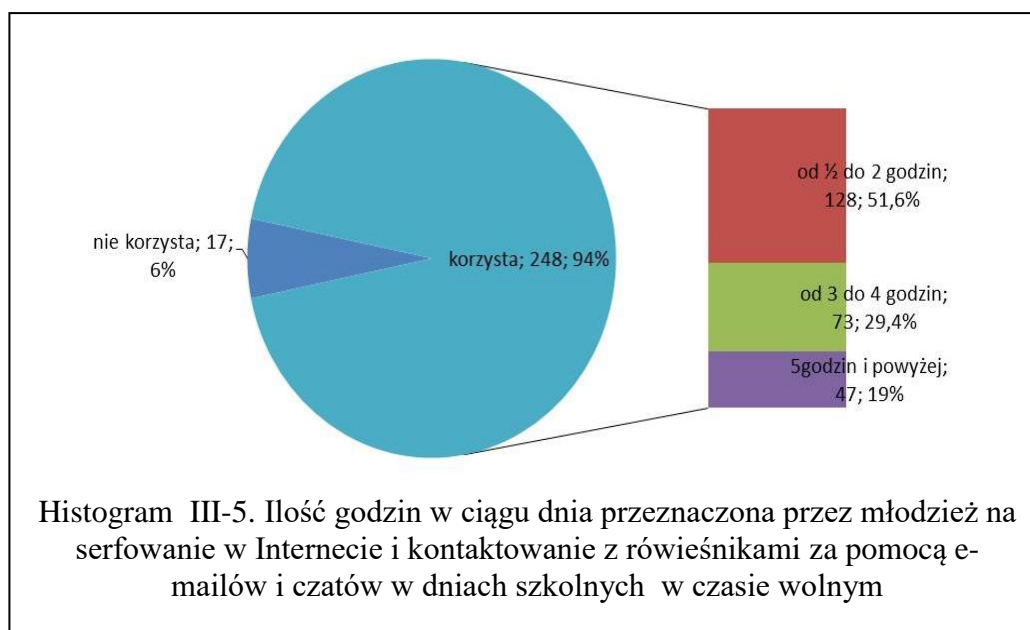
* $\chi^2=6,426$ df=1 p<0,011

w tym

Czas	ogółem (n=248)		chłopcy (n=111)		dziewczęta (n=137)	
od ½ do 2 godzin	128	51,61%	64	57,66%	64	46,71%
od 3 do 4 godzin	73	29,44%	30	27,03%	43	31,38%
5 godzin i powyżej	47	18,95%	17	15,31%	30	21,90%

* $\chi^2=3,220$ df=2 p>0,199

Aktywność uczniów w „sieci” w dniach nauki szkolnej ukazano na Histogramie 5.



W dniach weekendu zwiększa się ilość osób grających w gry komputerowe (z 56,6% do 63,4%). Wartości procentowe wzrosły w obu badanych grupach. U chłopców o (6%), a u dziewcząt o 13%. Podobnie jak to miało miejsce w dniach nauki szkolnej, chłopcy (85,5%) częściej niż dziewczęta (44,0%) grają w gry PC. Różnice w obrębie płci były statystycznie istotne na poziomie, (p<0,000) co przedstawiono w tabeli 39. W dniach weekendu wydłuża się także czas przeznaczany na tę formę zabawy. Znacząco zwiększył się odsetek uczniów (z 35,9% do 57%), którzy

bawią się przed ekranem komputera od 3 do 5-u godzin i dłużej. W tym przedziale czasowym odsetek chłopców grających wzrósł z (42,4%) do (69,8%), a dziewcząt z (20,9%) do (35,5%). Płeć badanych w sposób istotny różnicowała czas przeznaczany na gry PC w dniach weekendu ($p < 0,000$). Chłopcy na gry PC przeznaczali najczęściej od 3 do 4 godzin w wymiarze dobowym, dziewczęta od 0,5 do 2 godzin.

Tabela III-39. Ilość czasu przeznaczona na gry komputerowe lub na konsoli w dniach weekendu w czasie wolnym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
grają w gry komputerowe	168	63,40%	106	85,48%	62	43,97%
nie grają	97	36,60%	18	14,52%	79	56,03%

* $\chi^2=48,995$ df=1 $p < 0,000$

w tym

Czas	ogółem (n=168)		chłopcy (n=106)		dziewczęta (n=62)	
od ½ do 2 godzin	72	42,86%	32	30,19%	40	64,52%
od 3 do 4 godzin	79	47,02%	59	55,66%	20	32,26%
5 godzin i powyżej	17	10,12%	15	14,15%	2	3,22%

* $\chi^2=19,926$ df=2 $p < 0,000$

W dniach weekendu aktywność młodzieży w sieci nieznacznie wzrasta (z 93,6% do 94,8%) i dotyczy głównie chłopców (z 89,5% do 91,9%). Różnica między dziewczętami a chłopcami odnośnie aktywności w „sieci” jest statystycznie istotna ($p < 0,057$).

W dniach wolnych od zajęć szkolnych chłopcy na aktywność w „sieci” przeznaczają najczęściej od 0,5 do 2 godzin w wymiarze dobowym. Dziewczęta od 3 do 4 godzin.

Zauważono, że w czasie weekendu znacząco wydłuża się czas przeznaczony na aktywność w „sieci”. Odsetek nastolatków którzy w dniach weekendu przebywają w „sieci” co najmniej przez 5 godzin wzrósł z (19%) do (33,5%). Udział chłopców w tym przedziale czasowym wzrósł o 16 procent, a dziewcząt o 13 procent.

Zauważona różnica była zbliżona do istotności statystycznej, ($p \sim 0,084$). Dziewczęta, podobnie jak to miało miejsce w dniach nauki szkolnej częściej i dłużej „buszowały” w sieci i na portalach społecznościowych [Tabela 40].

Tabela III-40. Ilość czasu przeznaczona na pracę z komputerem/ odrabianie lekcji, korzystanie z Internetu wysyłanie e-mailów, czat/ w dniach weekendu w czasie wolnym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	korzystają z komputera	251	94,72%	114	91,94%	137
nie korzystają	14	5,28%	10	8,06%	4	2,84%

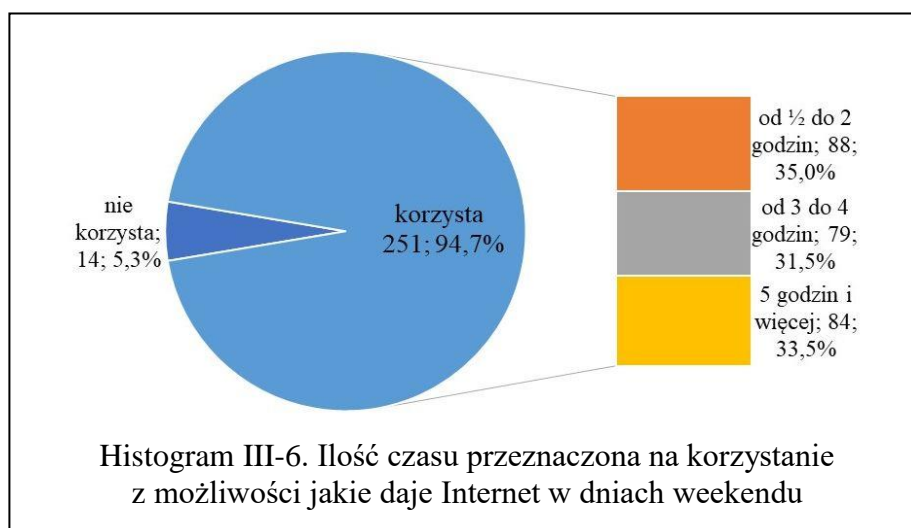
* $\chi^2=3,603$ df=1 p<0,057

w tym

Czas	ogółem (n=251)		chłopcy (n=114)		dziewczęta (n=137)	
	od ½ do 2 godzin	88	35,06%	48	42,11%	40
od 3 do 4 godzin	79	31,47%	30	26,32%	49	35,77%
5 godzin i powyżej	84	33,47%	36	31,57%	48	35,03%

* $\chi^2=4,945$ df=2 p~0,084

Aktywność uczniów w „sieci” w dniach weekendu ukazano na Histogramie 6.



Analiza tego wycinka badań wskazuje jednoznacznie, że młodzież szkolna na zajęcia sedenteryjne w soboty i w niedzielę przeznaczają więcej czasu niż w dni nauki szkolnej. Chłopcy zdecydowanie częściej grają w gry PC, a dziewczęta serfują w „sieci”. W dniach weekendu obniża się istotnie odsetek młodzieży spełniającej zalecenia dotyczące limitu czasu (maksymalnie do 2 godzin) spędzanego przed ekranem telewizora (z 61,9% do 43%), a w przypadku Internetu (z 51,6% do 35,1%) Równolegle zwiększa się odsetek nastolatków którzy na oglądanie telewizji przeznaczają pięć godzin i dłużej (z 3,6% do 17,7%). Zwiększa się także odsetek uczniów którzy na gry komputerowe przeznaczają od 3 do 5 godzin (z 35,9% do 57,1%). W dni wolne od

nauki szkolnej wydłużała się także aktywność w „sieci”. Ilość młodzieży która „buszowała” w niej pięć godzin i dłużej wzrosła z (19% do 33,5%).

Z danych badań HBSC z 2014 roku wynika, iż w latach 2010–2014 nastąpiły korzystne zmiany w zakresie negatywnych wskaźników związanych z unieruchomieniem przy ekranie. Istotnemu skróceniu (do 2 godzin) uległ czas oglądania telewizji - spadek o (5,7%) i czas przeznaczany na gry komputerowe - spadek o (9,5%). Niepokojący jest jednak wzrost odsetka młodzieży (z 20,9% do 23,4%) która przesiaduje przy komputerze 4 godziny i dłużej. W odniesieniu do oglądania telewizji i gier komputerowych tak skrajnie wysokie wartości notowane były w 2014 roku rzadziej niż cztery lata wcześniej, spadek o (6,5%) i o (9%).

Należy zwrócić uwagę, że skrócenie czasu oglądania telewizji w skali ostatnich lat, czy siedzenia przy klasycznym komputerze może być pozorne. Ze względu na wszechobecną sieć o różnych pasmach częstotliwości „blu-tu”, „wi-fi” i inne, a także dzięki wykorzystującym to smartfonom, media i Internet są dostępne w każdym miejscu i o każdej porze, a wtedy uczestnictwo w blogu społecznościowym, film, i gra komputerowa też są osiągalne. To współuczestniczenie ze światem cyfrowym odbywa się równoległe z tokiem zajęć szkolnych, lub przebywania z rodzicami.

Z powyższych badań wynika, że istnieje spora grupa uczniów, która jest jakby odporna na to marnotrawstwo czasu i korzysta z urządzeń mobilnych odpowiedzialnie. Z drugiej strony istnieje grupa uczniów, która coraz mocniej angażuje się w tą formę spędzania czasu wolnego, co może prowadzić w konsekwencji do uzależnień i stanów chorobowych.

Podsumowując ten wycinek analiz, należałoby stwierdzić, że badana młodzież spędza swój czas wolny głównie korzystając z TV i komputera. Nie dziwi więc w tym kontekście, niskie uczestnictwo w sporcie i rekreacji. Należy podkreślić, że bierny styl życia ma wpływ nie tylko na rozwój fizyczny młodego człowieka (nadwaga i otyłość), ale również przekłada się na jego rozwój intelektualny. Skoncentrowanie zainteresowań części uczniów wokół nowoczesnych technologii, powoduje częściowe ich wykluczenie z szerokiej oferty kultury, sztuki i sportu. Spędzanie wolnego czasu w domu przed komputerem przekłada się także, na jakość relacji z rodziną i rówieśnikami, sprowadzając je do interakcji pośrednich i ograniczonych czasowo. Badania naukowe wykazały że czas spędzony przed ekranem telewizora i/lub komputera dodatkowo koreluje ze spożywaniem nie sprzyjających zdrowiu przekąsek: słodczy, chipsów, słodkich napojów gazowanych (u dziewcząt), a także ze spożywaniem posiłków

podczas oglądania telewizji u obu płci [Jodkowska M., i in., 2013, s. 169]. Badania prowadzone w USA potwierdzają, że telewizja poprzez kolorowe kuszące reklamy, wpływa na wzrost konsumpcji wysoko przetworzonych produktów z dużą zawartością cukrów prostych oraz tłuszczów. Przedstawiając w korzystnym świetle reklamowane produkty jako bardzo zdrowe. W efekcie produkty zdrowe nisko, lub nieprzetworzone, owoce, warzywa są wypierane z codziennej diety nastolatków [Boynton-Jarret R., i in., 2003; Mazur A., i in, 2006, s. 18-21].

Uzasadnionym jest monitorowanie przez rodziców czasu oglądania telewizji i korzystania z Internetu nie tylko ze względu na długość czasu spędzanego w bezruchu, ale także na treści, które dzieci odbierają z powyższych mediów.

Z badań przeprowadzonych przez D. Kwiatkowską i M. Dąbrowskiego w 2012 roku wynika, że aż 30% dzieci korzystało z komputera bez żadnych ograniczeń ze strony rodziców. Prace M. Golana i S. Crowa [2004, s. 39-40] oraz J. Bergea [2009, s. 457-483] pokazują jednoznacznie, że jasne oczekiwania i konsekwencja rodziców wobec dziecka, wiążą się ze spadkiem częstości zachowań sedenteryjnych oraz wzrostem poziomu aktywności fizycznej. Z drugiej strony należałoby wykorzystać zainteresowanie młodzieży nowoczesnymi technologiami, w programach promocji aktywności ruchowej - gry video zachęcające do ruchu, maty tańczące, krokomierniki, czy aplikacje na smartfony, pozwalające kontrolować własną aktywność fizyczną np. 10 tysięcy kroków w ciągu dnia [Marshall S. J., i in., 2002, s. 401-417].

Czas spędzany wspólnie z dzieckiem, to dla rodziców niepowtarzalna okazja wywarcia głębokiego wpływu wychowawczego. Rodzice podejmując z dzieckiem wspólną zabawę, określoną aktywność sportową, czy wykonując razem zwykłe, domowe czynności mają niepowtarzalną okazję przekazywać i kształtować pozytywne wzorce, które mogą być powielane przez dziecko w jego dorosłym życiu. Mają także możliwość przekazywania uwag i sugestii w naturalnych sytuacjach i w naturalny sposób, bez sztucznego dydaktyzmu, po prostu dzięki towarzyszącej wspólnym chwilom rozmowie. Wspólne przebywanie daje rodzicom możliwość dobrego poznania swojego dziecka, zaobserwowania powtarzających się zachowań, sposobów radzenia sobie z trudnościami, reagowania na sukcesy czy niepowodzenia. Co ważne, rodzice mają okazję do poznania możliwości i ograniczeń swojego dziecka, jego mocnych i słabych stron, jak również wykazywanych predyspozycji i uzdolnień. Rodzice, dysponując taką wiedzą, mogą trafniej dobierać proponowane dziecku aktywności, tak, aby w pełni rozwijać tkwiący w nim potencjał.

Tylko piętnastu nastolatków (5,66%), w tym ośmiu chłopców (6,45%) i siedem dziewczyn (4,96%) zadeklarowało, że nie spędzają czasu wolnego wspólnie z rodzicami w dniach nauki szkolnej. Dziewczęta (95,04%) nieznacznie częściej niż chłopcy (93,55%) swój czas wolny spędzają razem z rodzicami w dniach nauki szkolnej. Zaobserwowana różnica nie jest jednak statystycznie istotna, ($p>0,601$).

Połowa badanych uczniów (54,80%) spędza ze swoimi rodzicami stosunkowo niewiele czasu, bo zaledwie od pół do dwóch godzin w wymiarze dobowym. Należy założyć, że sytuacja ta wynika w dużej mierze z braku czasu pozostającego do swobodnej dyspozycji rodziców w dniach ich pracy. Co trzeci badany uczeń (31,20%) spędza z rodzicami trochę więcej czasu, bo od 3 do 4 godzin, a co siódmy (14%) co najmniej pięć godzin. Nie stwierdzono istotnej statystycznej różnicy między chłopcami a dziewczętami odnośnie ilości czasu spędzanego z rodzicami w dniach nauki szkolnej ($p>0,133$), mimo, iż zauważono, że dziewczęta częściej niż chłopcy spędzały razem z rodzicami co najmniej 5 godzin w wymiarze dobowym (17,91% vs. 9,48%).

Tabela III-41. Ilość czasu wolnego spędzonego z rodzicami w dniach nauki szkolnej

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
spędzają wspólnie czas	250	94,34%	116	93,55%	134	95,04%
nie spędzają wspólnie czasu	15	5,66%	8	6,45%	7	4,96%

* $\chi^2=0,273$ df=1 $p>0,601$
w tym

Czas spędzany z rodziną	ogółem (n=250)		chłopcy (n=116)		dziewczęta (n=134)	
od ½ do 2 godzin	137	54,80%	69	59,48%	68	50,75%
od 3 do 4 godzin	78	31,20%	36	31,04%	42	31,34%
5 godzin i powyżej	35	14,00%	11	9,48%	24	17,91%

$\chi^2=4,022$ df=2 $p>0,133$

W dniach weekendu zmniejsza się liczba osób, które nie spędzają czasu wolnego razem z rodzicami. Dziewczęta podobnie jak to miało miejsce w dniach nauki szkolnej częściej niż chłopcy spędzają swój czas wolny razem z rodzicami (98,58% vs. 96,77%). Zaobserwowana różnica nie jest jednak statystycznie istotna, ($p<0,323$) [Tabela 42]. W dniach weekendu wydłuża się istotnie czas kontaktu uczniów z rodzicami ($p<0,001$). Wzrasta odsetek uczniów (z 14,0% do 38,2%) którzy z rodzicami spędzają co najmniej pięć godzin w wymiarze dobowym. Płeć badanych uczniów różnicuje istotnie ($p<0,002$) ilość czasu spędzanego z rodzicami [Tabela 42]. Chłopcy na wspólne przebywanie

z rodzicami przeznaczają najczęściej od pół do dwóch godzin w wymiarze dobowym, podczas gdy dziewczęta przeznaczają najczęściej od trzech do czterech godzin.

Tabela III-42. Ilość czasu wolnego spędzonego z rodzicami w dniach weekendu

Kategoria odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
spędzają wspólnie czas	259	97,74%	120	96,77%	139	98,58%
nie spędzają wspólnie czasu	6	2,26%	4	3,23%	2	1,42%

* $\chi^2=0,973$ df=1 p> 0,323

w tym

Ilość czas spędzanego z rodzicami	ogółem (n=259)		chłopcy (n=120)		dziewczęta (n=139)	
od ½ do 2 godzin	76	29,35%	48	40,00%	28	20,14%
od 3 do 4 godzin	84	32,43%	33	27,50%	51	36,69%
5 godzin i powyżej	99	38,22%	39	32,50%	60	43,17%

* $\chi=12,247$ df=2 p< 0,002

Przeanalizowano formy wspólnego spędzania czasu z rodzicami, jakie preferowali badani uczniowie. Ankietowani nastolatki i nastolatki mieli możliwość zaznaczenia dowolnej liczby sposobów wspólnego spędzania czasu [Tabela 43]. Ze względu na zbieżność uzyskanych wyników u dziewcząt i chłopców, przedstawiono najczęściej deklarowane sposoby spędzania czasu wolnego z rodzicami.

Duże znaczenie dla aktywności fizycznej dzieci i młodzieży mają wspólne aktywności rodziny. Badania wskazują pozytywną korelację pomiędzy liczbą aktywnych fizycznie członków rodziny a poziomem aktywności fizycznej młodzieży. Współuczestniczenie w aktywności fizycznej - wspólne uprawianie sportu, spacerowanie, aktywne gry z rodzicami stanowią nie tylko wzór do naśladowania, ale świadczą też o pozytywnym stosunku rodziców do aktywności fizycznej. Uczą dzieci pozytywnych zachowań i sprzyjają kształtowaniu zachowań nawykowych. Dzieci uprawiające aktywność fizyczną w towarzystwie swoich rodziców zdobywają umiejętności skutecznego planowania zajęć sportowych, uprawiania wybranych dyscyplin sportowych, a także pozytywny stosunek emocjonalny do aktywności fizycznej [za: Tabak I., 2013, s. 173].

Większość badanych uczniów (71,7%) swój czas wolny spędza z rodzicami pasywnie. Tylko nieliczna grupa młodzieży (28,30%) swój wolny czas spędza z rodzicami aktywnie na spacerach, wycieczkach i innych formach aktywności ruchowej. Najpopularniejszą formą wspólnego spędzania czasu wolnego z rodzicami,

w badanej grupie są rozmowy z nimi (55,47%), oraz pomoc w przygotowaniu posiłków i wspólne ich spożywanie. Co trzeci uczeń (33,96%) swój wolny czas z rodzicami wykorzystuje na zrobienie wspólnych zakupów w hipermarketach. Dość liczna grupa uczniów (32,83%) wolny czas z rodzicami spędza typowo biernie, oglądając telewizję lub wspólnie bawiąc się grami PC. Zaledwie (10,57%) rodziców proponuje swoim pociechom wspólne wyjście do kina, teatru czy muzeum. Sześć osób zadeklarowało (2,26% badanych), że nie spędza swojego czasu wolnego razem z rodzicami. Ankietowana młodzież nie podała innych form wspólnego spędzania czasu z rodzicami. W żadnej z wymienionych form spędzania czasu wolnego, nie stwierdzono istotnych różnic między chłopcami a dziewczętami [Tabela 43].

Tabela III-43. Formy spędzania wolnego czasu z rodzicami

Formy	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
rozmawiamy	147	55,47%	68	54,84%	79	56,03%	0,005	1	p>0,943
przygotowujemy razem posiłki	120	45,28%	52	41,94%	68	48,23%	0,815	1	p>0,366
robimy razem zakupy w hipermarketach	90	33,96%	43	34,68%	47	33,33%	0,010	1	p>0,919
przed telewizorem	87	32,83%	47	37,90%	40	28,37%	2,305	1	p>0,128
aktywnie – spacer i wycieczki	75	28,30%	28	22,58%	47	33,33%	3,248	1	p~0,071
idziemy do kina, teatru, muzeum	28	10,57%	17	13,71%	11	7,80%	1,852	1	p>0,173
przed komputerem	7	2,64%	6	4,84%	1	0,71%	2,916	1	p~0,087
nie spędzamy razem czasu	6	2,26%	2	1,61%	4	2,84%	0,065	1	p>0,799

Podsumowując ten wycinek analiz, należy zauważyć, że współczesnych rodziców charakteryzuje pogoń za dobrami materialnymi oraz walka o byt swoich rodzin, co powoduje, że często nie mają czasu dla swoich dzieci. Brak wspólnych zajęć, bądź ograniczenie ich jedynie do wspólnego oglądania telewizji lub posiłku, zaburza relacje na linii rodzic-dziecko. Rodzice nie poświęcając swoim dzieciom wystarczającej ilości czasu tracą decydujący wpływ na kształtowanie ich postaw, mając ograniczone możliwości przekazywania im pożądanych wzorców. Jednocześnie osłabiają się więzi rodzinne, a lukę tę wypełnia środowisko rówieśnicze i wszechobecne media.

3.3. Zachowania związane z odżywianiem

Zachowania żywieniowe należą do najistotniejszych czynników mających wpływ na utrzymanie stanu zdrowia i prawidłowego funkcjonowania organizmu. Już od dzieciństwa rodzice powinni wpajać swoim dzieciom, prozdrowotne nawyki żywieniowe, albowiem szczególnie w tym okresie ich życia, najłatwiej jest przekonać je do nowych smaków, potraw, liczby i rodzaju posiłków. Nieprawdziwe jest przekonanie, że dziecko w chwili przyjścia na świat ma ukształtowany sposób żywienia, poprzez własny smak, tolerancję pokarmową, czy też chęć na określone produkty. Nie są to cechy zdeterminowane z chwilą narodzin, lecz nabywane w miarę ich oddziaływania. Znaczącą rolę w tym względzie odgrywa stosowany przez matkę model odżywiania zarówno w czasie ciąży, jak i laktacji, a przede wszystkim w czasie pierwszych lat życia dziecka [za: Kozłowska-Wojciechowska M., on-line].

Rodzice mają obowiązek przyzwyczajając swoje dzieci do zjadania określonych ilościowo i właściwych jakościowo produktów, a także wyrobić u swoich pociech nawyk zjadania pierwszego śniadania przed wyjściem z domu. Temu pierwszemu posiłkowi powinni poświęcać szczególną uwagę, gdyż śniadanie w ogromnej mierze decyduje o kondycji dziecka w szkole [Korzycka-Stalmach M., i in., 2010, s. 303-305]. Dzieci prawidłowo odżywione, jedzące pierwsze śniadanie przed wyjściem do szkoły, osiągają lepsze wyniki w nauce, są mniej nerwowe, bardziej skupione oraz łagodniejsze w zachowaniu [Woynarowska B., Oblacińska A., 2014, s. 9]. Co więcej, młodzież przyzwyczajona do nieregularnych posiłków, podjadania słodczy między nimi, unikająca spożywania warzyw i owoców, w przyszłości może mieć ogromne kłopoty ze zmianą diety na właściwą i zdrową w myśl przysłowia „czego Jaś się nie nauczył...” Prawidłowe żywienie dzieci i młodzieży ma na celu nie tylko zapewnienie im prawidłowego rozwoju, szczególnie w okresach intensywnego wzrostu, ale przede wszystkim zdrowia w ich dorosłym życiu [Łagowska K., 2018, s. 18-20].

Do analizy zachowań żywieniowych uczniów wykorzystano następujące zmienne: regularność spożywania śniadania i drugiego śniadania, częstość spożywania wybranych produktów spożywczych korzystnych dla zdrowia tj. mleko, ciemne pieczywo, ryby, warzywa, owoce, oraz niekorzystnych dla zdrowia tj. słodczy, słone przekąski, dania typu fast-food, słodkie napoje.

3.3.1. Spożywanie pierwszego i drugiego śniadania

Codziennie spożywanie śniadania, uznanego przez lekarzy i dietetyków za najważniejszy posiłek w ciągu dnia, pozytywnie wpływa na procesy poznawcze dzieci i młodzieży, zarówno w zakresie przyswajania wiedzy, koncentracji uwagi, jak i zdolności zapamiętywania. Stanowi ważny element dziennego żywienia i powinno dostarczać od 25 do 30 procent dziennej energii. Regularne spożywanie śniadania stanowi istotny element prawidłowego odżywiania, a tym samym prozdrowotnego stylu życia [Jodkowska M., 2015, s. 138].

Ponad połowa badanych uczniów (56,60%) deklaruje, że spożywa śniadanie regularnie, tzn. siedem razy w tygodniu. Co trzeci badany nastolatek (35,47%) śniadanie spożywa nieregularnie, z różną częstością, co przedstawiono w tabeli 44. Śniadania nie spożywa lub prawie nigdy nie spożywa co dwunasty badany nastolatek (7,92%). Płeć uczniów statystycznie znamienne różnicuje ($p < 0,000$) częstość spożywania śniadania. Chłopcy (66,94%) śniadanie codziennie spożywają częściej niż dziewczęta (57,52%). Dziewczęta natomiast częściej nie spożywają śniadania i częściej niż chłopcy przychodzą do szkoły na czczo (10,64% vs. 4,84%).

K. Wolnicka zauważa, iż uczniowie przebywający w szkole do sześciu godzin powinni zjeść co najmniej jeden posiłek (drugie śniadanie lub ciepłe danie), a uczniowie przebywający ponad sześć godzin powinni w tym czasie spożyć dwa posiłki [2008, s. 50]. Autorka podkreśla, że przy dłuższych przerwach pomiędzy posiłkami dochodzi do znacznego spadku poziomu glukozy we krwi, co wpływa na zmniejszenie wydolności fizycznej i umysłowej dziecka [2008, s. 51]. Wyniki badań wskazują, że dzieci spożywające w szkole zdrowe drugie śniadanie, mają lepsze samopoczucie i większą dyspozycję do uczenia się [Woynarowska B., Oblacińska A., 2012, s. 14].

W ostatnich latach w szkołach promuje się organizację wspólnych drugich śniadań, spożywanych na przerwie śniadaniowej przez uczniów wszystkich klas wspólnie z nauczycielem, jako części rządowego programu, w zakresie zdrowego żywienia uczniów [Dz. U., 2014, poz. 803].

Zaledwie co ósmy badany uczeń (12,45%) deklaruje, że spożywa codziennie drugie śniadanie w szkole. Również co ósmy badany nastolatek (12,83%) twierdzi, że nie spożywa lub prawie nigdy nie spożywa drugiego śniadania. Pozostali uczniowie (74,72%) drugie śniadanie spożywają z różną częstością. Najczęściej od 2 do 4 razy

w tygodniu. Płeć badanych uczniów istotnie różnicuje ($p < 0,011$) spożywanie drugiego śniadania [Tabela 44]. Chłopcy częściej niż dziewczęta spożywają codziennie drugie śniadanie (15,3% vs. 9,9%). Częściej również deklarują, że go nie spożywają lub, że go spożywają, ale tylko raz w tygodniu (17,7% vs. 8,5%)

Należy ustawicznie przypominać dzieciom i ich rodzicom, że pominięcie posiłku, zwłaszcza porannego, jest bardzo niekorzystne dla ich zdrowia. Nie tylko sprzyja trudnościom w nauce (osłabia koncentrację), ale także przyczynia się do spożywania większej ilości przekąsek (często o dużej wartości energetycznej, oraz picia słodkich napojów), co przy małej aktywności fizycznej i przewadze biernego sposobu spędzania czasu wolnego, może w konsekwencji prowadzić do powstawania nadwagi a w późniejszym okresie otyłości [Jodkowska M., 2015, s. 138].

Tabela III-44. Spożywania śniadania i drugiego śniadania wymiarze tygodniowym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
ŚNIADANIE*						
nigdy lub 1 raz w tyg.	21	7,92%	6	4,84%	15	10,64%
2-4 x w tygodniu	46	17,36%	18	14,52%	28	19,86%
5-6 x w tygodniu	48	18,11%	17	13,71%	31	21,99%
codziennie	150	56,60%	83	66,94%	67	47,52%
* $\chi^2=46,759$ df=3 p<0,000						
II ŚNIADANIE						
nigdy lub 1 raz w tyg.	34	12,83%	22	17,74%	12	8,51%
2-4 x w tygodniu	113	42,64%	37	29,84%	66	46,81%
5-6 x w tygodniu	85	32,08%	36	29,03%	49	34,75%
codziennie	33	12,45%	19	15,32%	14	9,93%

** $\chi^2=11,117$ df=3 p<0,011

W dobie powszechnego braku czasu, często związanego z pracą zawodową, najprostszym rozwiązaniem, często stosowanym przez rodziców (zwłaszcza w grupie dzieci starszych) jest dawanie pieniędzy w celu zakupu drugiego śniadania w sklepiku szkolnym. Rodzice wierzą, że dziecko zakupi zdrowe wartościowe pożywienie. Życie pokazuje jednak coś innego. Nawet wtedy, gdy sklepik szkolny oferuje produkty korzystne dla zdrowia (kanapki, owoce, produkty mleczne, wodę mineralną) dzieci często kupują produkty które lubią i które znają z reklam (batoniki, chipsy, hamburgery, cola-colę). Zadaniem szkoły jest więc, wyposażenie ucznia w podstawową wiedzę z zakresu prawidłowego żywienia (w ramach lekcji edukacji zdrowotnej, wychowania fizycznego czy godziny wychowawczej), a także rozwinięcie w nim zdolności selekcji produktów korzystnych i szkodliwych dla zdrowia

[Wojnarowska B., i in., 2011, s. 232-329].

W Polsce w ostatnich latach została przyjęta nowelizacja ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, która wraz z nowymi poprawkami weszła w życie z początkiem roku szkolnego 2015/2016. Przedmiotem zmian było wprowadzenie dodatkowych wymagań (ograniczeń) dotyczących sprzedaży, podawania reklamy i prezentacji środków spożywczych w placówkach szkolnych i opiekuńczo-wychowawczych [Dz. U. 2006 nr 171, poz. 1225]. W szkołach dodatkowo wprowadza się i realizuje programy edukacyjne tj. „Ruch i zdrowe żywienie w szkole”, „Trzymaj formę”, „Owoce i warzywa w szkole” czy „Mleko w szkole”, adresowane do uczniów i ich rodziców, a przybliżające i promujące tematykę zdrowej z bilansowanej diety, szkodliwego wpływu wysoko przetworzonej żywności na zdrowie dzieci, czy pozytywnego wpływu aktywności ruchowej w profilaktyce chorób dieto-zależnych.

Regularne posiłki, w tym drugie śniadanie są ważnym elementem prozdrowotnego stylu życia. W grupie badanych uczniów to jedno z rodziców (37,74%) najczęściej przygotowuje drugie śniadanie. Jednak co trzeci badany nastolatek (33,96%) kupuje drugie śniadanie w sklepiku szkolnym lub w innym sklepie w okolicy szkoły. Także co trzeci badany (30,19%) deklaruje, że sam przygotowuje sobie drugie śniadanie. Płeć nie różnicuje statystycznie znamienne dziewcząt i chłopców odnośnie osób przygotowujących im drugie śniadanie. Zauważono, że dziewczęta częściej niż chłopcy same przygotowują sobie drugie śniadanie (34,04% vs. 25,81%) i również częściej niż chłopcy kupują go w szkolnym sklepiku (27% vs. 24, 2%) [Tabela 45].

Tabela III-45. Osoby które przygotowują badanej młodzieży drugie śniadanie

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
jedno z rodziców	100	37,74%	43	34,68%	57	40,43%	0,699	1	p>0,403
dziadkowie	6	2, 26%	3	2,42%	3	2, 13%	0,065	1	p>0,799
sam/a przygotowuje drugie śniadanie	80	30, 19%	32	25,81%	48	34,04%	1,751	1	p>0,185
kupuje w sklepiku szkolnym	68	25,66%	30	24, 19%	38	26,95%	0,138	1	p>0,710
kupuje w sklepie w okolicy szkoły	22	8,30%	12	9,68%	10	7,09%	0,289	1	p>0,590

W podsumowując ten wycinek analiz należy podkreślić, że dobremu samopoczuciu, dyspozycji do nauki i pracy, oraz dobrym relacjom międzyludzkim

sprzyja zaspokojenie podstawowych potrzeb fizjologicznych człowieka. Jedną z takich potrzeb są zdrowe i regularne posiłki. Śniadanie i drugie śniadanie jest jednym z ważniejszych posiłków w ciągu dnia, gdyż pojawiające się uczucie głodu wpływa niekorzystnie na zdolność do uczenia się. Nie tylko zmniejsza aktywność na lekcjach, ale również pogarsza nastrój i samopoczucie, wywołuje lub nasila nieprzyjemne emocje takie jak: rozdrażnienie, niepokój, pobudzenie czy zdenerwowanie [Charzewska J., Wolnicka K., 2013, s. 24].

W badanej grupie uczniów, tylko (56,6%) osób codziennie spożywa śniadanie. Drugie śniadanie codziennie spożywa zaledwie (12,5%) nastolatków. Chłopcy częściej niż dziewczęta spożywają codziennie pierwsze (66,9% vs. 47,5%) i drugie śniadanie (15,3% vs. 9,9%). Wyniki badań własnych są zbliżone do danych uzyskanych w badaniu HBSC z 2014 roku, gdzie w grupie 15-latków śniadanie spożywało regularnie (58,9%) uczniów. Chłopcy częściej niż dziewczęta spożywali śniadanie codziennie. (62,3% vs. 55,8%). Porównując dane z 2010 roku, zauważa się poprawę zakresie zjadania śniadania, wyrażającą się ponad (4%) wzrostem odsetka młodzieży, która w dni szkolne codziennie je spożywała. Poprawa dotyczyła obu badanych grup [Jodkowska M., 2015, s. 140-142].

3.3.2. Spożywanie produktów korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia

W Polsce w ostatnich latach sytuacja w zakresie żywienia dzieci i młodzieży jest pod wieloma względami niezadowolająca. Pożywienie dzieci jest często nieprawidłowo zbilansowane i charakteryzuje się zbyt dużą zawartością niektórych składników, przy wyraźnych niedoborach innych. Częstym błędem żywieniowym występującym w diecie młodego pokolenia, jest zbyt duże spożycie tłuszczu. W ogólnej ilości spożywanego tłuszczu, zbyt duży udział mają kwasy tłuszczowe nasycone, występujące w tłuszczu pochodzenia zwierzęcego w stosunku do kwasów wielonienasyconych występujących w olejach roślinnych, w rybach i orzechach. Nieprawidłowa struktura spożywanego tłuszczu dotyczy wszystkich grup wiekowych. Dzieci chętnie spożywają potrawy i produkty zawierające znaczne jego ilości. Dania „fast food” oraz frytki należą do ich ulubionych. Często też, w ich jadłospisach figurują chipsy, chrupki i słodczyce, które dostarczają spore jego ilości. Lubiane i chętnie spożywane pełnotłuste produkty mleczne, zwłaszcza jogurty kremowe, desery na bazie śmietanki, pełnotłuste sery,

również zwiększają udział kwasów tłuszczowych pochodzenia zwierzęcego. Pożywienie dzieci i młodzieży charakteryzuje, zbyt niski udział kwasów tłuszczowych wielonienasyconych z tzw. grupy n-3, który wynika nie tylko z nieprawidłowej struktury spożywania tłuszczów, ale także z niewystarczającej ilości spożywania ryb, zwłaszcza ryb morskich [Rychlik E., Jarosz M., 2008, s. 20-21]. Częstym błędem żywieniowym występującym w populacji młodych Polaków jest również zbyt duży udział energii pochodzącej z sacharozy, a wynikający ze zbyt dużego spożycia słodczy. Oprócz łakoci, istotnym źródłem cukru - w tej grupie wiekowej - są słodzone napoje gazowane, soki i nektary owocowe. Należy pamiętać, że owoce również zawierają cukry proste i chociaż należą do produktów zalecanych przez dietetyków, nie powinny być spożywane bez ograniczeń. Część dzieci (za przyzwoleniem rodziców) zwiększa ich spożycie kosztem warzyw, traktując je jako produkty zamienne. Dużej zawartości cukrów prostych, towarzyszy niskie spożycie węglowodanów złożonych, bardziej korzystnych dla zdrowia. W jadłospisie młodych ludzi rzadko występuje brązowy ryż, płatki owsiane, kasze pełnoziarniste czy też nasiona roślin strączkowych. W diecie dzieci brakuje odpowiedniej ilości błonnika. Zbyt mała jego zawartość wynika z nieprawidłowego doboru produktów spożywczych. Ciemne pieczywo, gruboziarniste kasze, pełnoziarnisty makaron, czy warzywa z grupy strączkowych nie należą do produktów często goszczących na polskich stołach [Charzewska J., Wolnicka K., 2013, s. 11-12].

Mimo dużej wartości energetycznej całodziennego pożywienia dzieci, często ich racje pokarmowe charakteryzują się niską zawartością niektórych składników mineralnych i witamin tj. wapń, magnez i potas. Mała zawartość wapnia w może być związana z niskim spożyciem mleka i jego przetworów. Mimo, iż mleko i napoje mleczne są często spożywane przez dzieci, to jednak w niewystarczających ilościach. Dieta części dziewcząt i chłopców zawiera zbyt małe ilości magnezu i potasu. Niedoborom magnezu sprzyja zbyt mały udział warzyw zielonych i nasion roślin strączkowych w codziennej diecie. Dziwi natomiast niedobór potasu, ponieważ głównym jego źródłem są ziemniaki, nasze narodowe warzywo, a znaczna jego część znajduje się także, w warzywach i produktach zbożowych. Niedobór potasu wynika prawdopodobnie z niskiego spożycia tychże produktów [Rychlik E., Jarosz M., 2008, s. 22-23].

W diecie nastolatków brakuje również witaminy D, tak ważnej dla układu kostnego, zwłaszcza w okresie intensywnego wzrostu. Znaczna ilość tej witaminy

znajduje się w rybach, zwłaszcza tych morskich. Spożywanie ryb nie należy jednak do tradycji Polaków. Konsumujemy je średnio raz w tygodniu, a rodzice rzadko kształcą u swoich pociech nawyk częstszego ich spożywania [Charzewska J., Chwojnowska Z., 2008, s. 53]. Pożywienie Polskich dzieci obfituje natomiast w duże ilości sodu i fosforu. Wysokie spożycie sodu jest wynikiem dodawania do większości potraw soli kuchennej. Duże ilości soli stosowane są również w procesie przetwarzania żywności, dotyczy to w szczególności wędlin. Wymienione powyżej błędy, występujące w żywieniu dzieci, stwarzają z jednej strony ryzyko występowania niedoborów żywieniowych, z drugiej mogą sprzyjać rozwojowi nadwagi i otyłości [Charzewska J., Wojszczyk B., 2008, s. 30-34].

Nawyki żywieniowe uczniów badano poprzez określenie częstości spożywania wybranych grup produktów korzystnych [Tabela 46] i niekorzystnych dla zdrowia [Tabela 47]. Badani gimnazjaliści mieli do dyspozycji siedem odpowiedzi: nigdy; rzadziej niż 1 raz w tygodniu; 1 raz w tygodniu; od 2 do 4 dni w tygodniu; od 5 do 6 dni w tygodniu; codziennie jeden raz; codziennie częściej niż jeden raz. W analizie uwzględniono trzy kategorie: od 1 do 3 razy w tygodniu; od 4 do 6 razy w tygodniu; 7 razy w tygodniu. W analizach zastosowano wskaźnik pozytywny - odsetek młodzieży, która codziennie spożywa produkty korzystne dla zdrowia, oraz wskaźnik negatywny – odsetek młodzieży, która codziennie spożywa produkty niekorzystne dla zdrowia.

Tylko połowa badanych uczniów (49,5%) spożywa mleko i jego przetwory codziennie [Tabela 46]. Pozostali uczniowie (50,56%) spożywają przetwory mleczne z różną częstością, w tym (17,36%) nie częściej niż 3 razy w tygodniu. Jeżeli chodzi o mleko i jego przetwory nie stwierdzono istotnych różnic między chłopcami a dziewczętami w częstości jego spożywania, ($p < 0,624$), mimo, iż dziewczęta (49,9%) nieznacznie częściej niż chłopcy (46,2%) spożywają produkty mleczne codziennie.

Tylko (23%) uczniów spożywa codziennie ciemne pieczywo. Aż $\frac{3}{4}$ badanych uczniów (77%) spożywa ciemne pieczywo nieregularnie, w tym (56,2%) nie częściej niż 3 razy w tygodniu. Zaobserwowano istotną różnicę statystyczną w częstości spożywania ciemnego pieczywa między chłopcami a dziewczętami, ($p < 0,001$). Dziewczęta (27,7%) zamiennie częściej niż chłopcy (12,9%) spożywają ciemne pieczywo od czterech do sześciu razy w tygodniu.

Prawie $\frac{2}{3}$ badanych uczniów (64,9%) spożywa codziennie owoce. Jednak $\frac{1}{4}$ badanej młodzieży (24,9%) spożywa je rzadziej, od 4 do 6 razy w tygodniu. A co dziesiąty nastolatek (10,2%) nie częściej niż 3 razy w tygodniu. Zaobserwowano istotną

różnicę między chłopcami a dziewczętami odnośnie spożywania owoców, ($p < 0,024$). Dziewczęta (70,3%) znacznie częściej niż chłopcy (58,9%) spożywają owoce codziennie.

Zaledwie połowa (53,2%) badanej młodzieży spożywa codziennie warzywa. Pozostała część młodzieży (46,8%) spożywa je rzadziej, w tym co szósty uczeń (18,1%) nie częściej niż 3 razy w tygodniu. Płeć badanych uczniów różnicuje statystycznie znacznie spożywanie warzyw ($p < 0,039$). Dziewczęta (60,3%) istotnie częściej niż chłopcy (45,2%) spożywają warzywa codziennie.

Ryby rzadko goszczą na stołach badanych uczniów. Ponad $\frac{3}{4}$ badanej młodzieży (84,9%) spożywa je nie częściej niż 3 razy w tygodniu. Zaledwie (15,1%) uczniów spożywa ryby częściej. Nie zaobserwowano istotnych różnic między chłopcami a dziewczętami odnośnie spożywania ryb ($p > 0,727$), chociaż chłopcy (11,3%) nieznacznie częściej niż dziewczęta (8,5%) spożywają je co najmniej 4 razy w tygodniu.

Woda jest napojem często spożywanym przez badaną młodzież. Prawie $\frac{3}{4}$ ankietowanych uczniów (75,1%), pije ją codziennie. Pozostali uczniowie (24,9%) piją wodę rzadziej, w tym (8,7%) pije wodę od 4 do 6 razy w tygodniu. Nie zaobserwowano istotnych różnic statystycznych między płcią odnośnie częstości picia wody, ($p < 0,511$).

Tabela III-46. Produkty korzystne dla zdrowia spożywane wymiarze tygodniowym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
----------------------	-------------------	--	--------------------	--	-----------------------	--

MLEKO LUB INNE PRODUKTY MLECZNE

1-3 razy	46	17,36%	20	16,13%	26	18,44%
4-6 razy	86	32,45%	36	29,03%	50	35,46%
7 razy	131	49,44%	68	49,88%	65	46,10%

* $\chi^2 = 2,047$ df=2 $p > 0,359$

CIEMNE PIECZYWO

1-3 razy	149	56,23%	79	63,71%	70	49,65%
4-6 razy	55	20,75%	16	12,90%	39	27,66%
7 razy	61	23,02%	29	23,49%	32	22,69%

* $\chi^2 = 9,257$ df=2 $p < 0,001$

OWOCE

1-3 razy	27	10,18%	19	15,32%	8	5,67%
4-6 razy	66	24,91%	32	25,81%	34	24,11%
7 razy	172	64,89%	73	58,87%	99	70,26%

* $\chi^2 = 7,412$ df=2 $p < 0,024$

WARZYWA

1-3 razy	48	18,11%	28	22,58%	20	14,19%
4-6 razy	76	28,68%	40	32,26%	36	25,53%

7 razy	141	53, 21%	56	45, 16%	85	60, 29%
--------	-----	---------	----	---------	----	---------

* $\chi^2=6,444$ df= 2 p<0,039

RYBY

1-3 razy	225	84,89%	104	83,87%	121	85,82%
4-6 razy	26	9,81%	14	11, 29%	12	8,51%
7 razy	14	5, 28%	6	4,84%	8	5,67%

* $\chi^2=0,636$ f= 2 p>0,727

WODA MINERALNA

1-3 razy	43	16, 23%	23	18,55%	20	14, 19%
4-6 razy	23	8,68%	9	7, 26%	14	9,93%
7 razy	199	75, 10%	92	74, 19%	107	75,89%

* $\chi^2=1,342$ df=2 p>0,511

Słodczyce towarzyszą badanej młodzieży niemal codziennie. Prawie połowa uczniów (49,4%) spożywa je każdego dnia. Pozostali uczniowie (50,6%) spożywają słodczyce rzadziej, w tym (24,5%) spożywa je nie częściej niż 3 razy w tygodniu.

Słone przekąski i dania typu „fast food” spożywane są przez badaną młodzież nieznacznie rzadziej niż słodczyce, ale również należą do ulubionych produktów. Prawie $\frac{2}{3}$ badanej młodzieży (61,9%) spożywa słone przekąski od 1 do 3 razy w tygodniu. Jednak $\frac{1}{3}$ uczniów (38,1%) spożywa je częściej, w tym (14,7%) chrupie je codziennie.

Jeżeli chodzi o produkty niekorzystne dla zdrowia to chłopcy i dziewczęta nie różnią się statystycznie znacząco spożyciem słodczych (p<0,624) i słonych przekąsek (p<0,218). Dziewczęta częściej niż chłopcy spożywają codziennie słodczyce. (51,8% vs. 46,8%). Chłopcy natomiast częściej codziennie spożywają słone przekąski (16,1% vs. 13,5%).

Dania typu „fast food” są spożywane rzadziej niż słone przekąski. Większość badanych uczniów (87,5%) spożywa dania typu „fast food” maksymalnie 3 razy w tygodniu. Jednak (12,5%) uczniów spożywa je częściej, w tym (7,2%) codziennie. Spożywanie dań typu „fast food” różnicuje chłopców i dziewczęta na poziomie zbliżonym do istotności statystycznej (p<0,086). Dziewczęta rzadziej niż chłopcy spożywają dania typu „fast food” [Tabela 47].

Słodzone napoje podobnie jak i słodczyce należą do ulubionych produktów spożywanych przez badaną młodzież. Ponad połowa badanych nastolatków (51,3%) słodzone napoje pije częściej niż 3 razy w tygodniu, w tym $\frac{1}{3}$ młodzieży (29,8%) codziennie.

Spożywanie słodzonych napojów istotnie (p<0,000) różnicuje badane grupy uczniów. Dziewczęta słodzone napoje piją rzadziej niż chłopcy, nie częściej niż 3 razy

w tygodniu (61,0% vs. 34,7%). Chłopcy słodzone napoje piją częściej, w tym 1/3 chłopców pije je codziennie (38,7% vs. 22,0%).

Tabela III-47. Produkty niekorzystne dla zdrowia spożywane w wymiarze tygodniowym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczeta (n=141)	
----------------------	-------------------	--	--------------------	--	-----------------------	--

SŁODYCZE

1-3 razy	65	24,52%	36	29,03%	34	24,03%
4-6 razy	69	26,04%	32	25,81%	37	26,24%
7 razy	131	49,43%	58	46,77%	73	51,77%

* $\chi^2=0,941$ df=2 p>0,624

SŁONE PRZEKĄSKI

1-3 razy	164	61,88%	70	56,45%	94	66,66%
4-6 razy	62	23,40%	34	27,42%	28	19,86%
7 razy	39	14,72%	20	16,13%	19	13,47%

* $\chi^2=3,040$ df=2 p>0,218

Dania typu FAST-FOOD

1-3 razy	232	87,54%	103	83,06%	129	91,49%
4-6 razy	14	5,28%	10	8,06%	4	2,84%
7 razy	19	7,17%	11	8,87%	8	5,68%

* $\chi^2=4,888$ df=2 p~0,086

SŁODKIE NAPOJE

1-3 razy	129	48,68%	43	34,67%	86	60,99%
4-6 razy	57	21,51%	33	26,61%	24	17,02%
7 razy	79	29,81%	48	38,70%	31	21,99%

* $\chi^2=18,397$ df=2 p<0,000

Reasumując ten wycinek analiz, należy podkreślić, iż nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie i okresie adolescencji przekładają się na sposób odżywiania w życiu dorosłym. W aktualnych zaleceniach żywieniowych dla dzieci i młodzieży podkreśla się pozytywną rolę owoców i warzyw w codziennej diecie, jako bogatego źródła składników mineralnych i witamin. Zaleca się ograniczanie pokarmów oraz napojów wysoko przetworzonych i dosładzanych, które w największym stopniu przyczyniają się do występowania nadwagi i otyłości wśród młodzieży, oraz chorób jamy ustnej, szczególnie próchnicy [Dzielska A., 2015, s. 144].

Z badań własnych wynika, iż ponad połowa badanych uczniów spożywa codziennie owoce (64,9%), oraz warzywa (53,3%), Dziewczeta spożywają je częściej niż chłopcy (w odniesieniu do owoców - 70,3% vs. 58,9%; w odniesieniu do warzyw - 60,3% vs. 45,2%). Odnotowano natomiast wysoki odsetek uczniów spożywających produkty niekorzystne dla zdrowia. Prawie połowa badanych nastolatków (49,4%) pałaszuje codziennie słodycze, a ponad jedna czwarta (29,8%) pije codziennie słodzone

napoje. Dziewczęta częściej codziennie spożywają słodcyce (51,8% vs. 46,8%), chłopcy natomiast częściej codziennie piją słodzone napoje (38,7% vs. 22%).

Dane badań HBSC z 2014 roku wskazują, że największy odsetek ankietowanych nastolatków (30,1%) spożywał owoce i warzywa od 2 do 4 razy w tygodniu. Odsetek młodzieży, która w swojej diecie nie uwzględniała owoców i warzyw, był stosunkowo niski (1,9% w odniesieniu do owoców i 4% w odniesieniu do warzyw). Zalecaną normę częstości jedzenia tych produktów (częściej niż raz dziennie) w odniesieniu do owoców spełniło (18,3%), a w odniesieniu do warzyw (13,6%) badanych uczniów. Porównując dane z 2010 roku, należy zauważyć wzrost częstości jedzenia obu korzystnych dla zdrowia produktów, chociaż nadal zbyt powszechne jest spożywanie produktów niekorzystnych. Prawie $\frac{1}{3}$ nastolatków (28,0%) codziennie spożywała słodcyce, a prawie $\frac{1}{4}$ (23,4%) piła codziennie coca-colę i inne słodzone napoje. W porównaniu z danymi z 2010 roku można zauważyć zmniejszenie się odsetka młodzieży (z 27,3% do 23,4%), która często sięgała po słodzone napoje i zwiększenie się odsetka nastolatków (z 22,3% do 26,7%), którzy sięgali po nie rzadko lub w ogóle [Dzielska A., 2015, s. 145-148].

Należy zauważyć, iż wybory żywieniowe nastolatków obok preferencji smakowych, wpływu grupy rówieśniczej czy stylu życia, związane są z czynnikami środowiska rodzinnego, w tym z wyższym poziomem zamożności rodziny [Ochola S., Masibo P., 2014, s. 35].

Wspólne przygotowywanie i spożywanie posiłków z rodziną jest ważnym elementem kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych. Jest zarazem wspianą okazją do przekazywania dziecku wiadomości z zakresu prawidłowego odżywiania oraz wspólnego przygotowania urozmaiconego, pełnowartościowego posiłku. Oprócz aspektu zdrowotnego wspólna organizacja posiłków wpływa także pozytywnie na relacje między członkami rodziny. Daje dzieciom poczucie przynależności i pogłębia ich więź emocjonalną z najbliższymi [Stalmach M., 2016, s. 5-6]

Większość badanych uczniów (73,21%) deklaruje pomoc rodzicom w przygotowywaniu posiłków. Dziewczęta (76,60%) częściej niż chłopcy (69,35%) deklarują pomoc w ich przygotowaniu. Jednak zauważona różnica nie jest statystycznie istotna, ($p > 0,234$), [Tabela 48].

Połowa badanych uczniów (52,6%) służy pomocą w przygotowaniu posiłków co najmniej 3 razy w tygodniu. Jedynie co ósmy uczeń (12,88%) służy pomocą częściej.

Płeć nie różnicuje badanych nastolatków odnośnie pomocy w przygotowaniu posiłków, ($p>0,548$). Zauważono jednak, iż chłopcy częściej niż dziewczęta służą pomocą co najmniej 4 razy w tygodniu (56,98% vs. 49,07%).

Tabela - III 48. Pomoc niesiona rodzicom w przygotowaniu posiłków

	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
pomagają	194	73, 21%	86	69,35%	108	76,60%
nie pomagają	71	26,79%	38	30,65%	33	23,40%

* $\chi^2=1,414$ df=1 p> 0, 234

w tym

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=194)		chłopcy (n=86)		dziewczęta (n=108)	
1-2 razy w tygodniu	67	34,54%	27	31,40%	40	37,04%
3- 4 razy w tygodniu	102	52,58%	49	56,98%	53	49,07%
5 razy i więcej	25	12,88%	10	11,62%	15	13,89%

* $\chi^2=1, 199$ df=2 p>0,548

3.4. Nawyki związane z codzienną higieną

Nawyki higieniczne stanowią istotny element zachowań zdrowotnych, szczególnie zachowań zdrowotnych młodzieży. Higiena osobista jest czynnikiem mającym wpływ na stan zdrowia człowieka, jest jedną z jego głównych determinantów. Niedostatki w zakresie częstości mycia zębów, rąk czy długości snu mogą wpływać negatywnie na ogólny stan zdrowia i przyczyniać się do powstania schorzeń wynikających z braku prawidłowych nawyków higienicznych tj.: próchnica, zatrucia pokarmowe czy zaburzenia snu. Zachowania zdrowotne związane z higieną są zachowaniami modyfikowalnymi, co oznacza, iż edukacja zdrowotna w tym zakresie, zwłaszcza ta wprowadzona już na poziomie przedszkola, zwiększa szanse na wygenerowanie pozytywnego zachowania polegającego na przestrzeganiu jej podstawowych zasad [Olejniczak D., 2015, s. 37].

Sen jest uważany za najbardziej podstawową biologiczną potrzebę organizmu. Brak dobrej jakości snu wpływa na czynniki, które decydują o bilansie energetycznym organizmu, w tym na łaknienie, poczucie głodu oraz wydatek energetyczny. Skracanie snu (w dłuższym przedziale czasowym) niekorzystnie wpływa na zdolność organizmu do wykorzystania glukozy i może zwiększać ryzyko wystąpienia otyłości i cukrzycy typu drugiego. Nieregularność snu zaburza także jego odporność [Knutson K. L., 2007, s. 159-162]. Jakość snu zależy nie tylko od czasu jego trwania. Na spokojny sen wpływa jego regularność, wyciszenie i odprężenie organizmu, aktywność ruchowa,

a także ograniczenie elektroniki i poświaty z nią związanej [Van Coauter E., 2007, s. 2-9]. Zdaniem M. Kowala im zdrowszy sen, tym większa mobilizacja organizmu do wysiłku fizycznego i pracy umysłowej następnego dnia [2008, s. 279-281]. Amerykańska The National Sleep Foundation (NSF), opracowała rekomendacje dotyczące czasu snu dla poszczególnych kategorii wiekowych. Według jej zaleceń młodzież w przedziale wiekowym 14-17 lat powinna spać od 8 do 10 godzin na dobę.

Zaledwie co siódmy uczeń (13,96%) spełnia rekomendację NSF (National Sleep Foundation) dotyczącą długości snu i przeznaczają na niego co najmniej 8 godzin. Pozostali uczniowie wykazują duże niedobory w zakresie jego długości. Ponad $\frac{3}{4}$ badanych nastolatków (86,04%) na sen przeznaczają mniej niż 8 godzin, a co piąty badany (19,62%) śpi nie dłużej niż 5 godzin na dobę. Jest to zdecydowanie zbyt krótko, by organizm w pełni się zregenerował. Niewystarczająca ilość snu może skutkować brakiem koncentracji w czasie zajęć lekcyjnych, a także problemami z przyswajaniem wiedzy, jak również w funkcjonowaniu w życiu społecznym. Być może należy podjąć edukację w tym zakresie i obok przekazywania wiedzy dotyczącej racjonalnego żywienia, czy aktywności fizycznej, podkreślać rolę snu dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania organizmu. Płeć nie różnicuje badanych uczniów odnośnie długości snu, ($p < 0,222$) [Tabela 49], mimo iż chłopcy (16,13%) częściej niż dziewczęta (7,80%) spełniają zalecaną przez NSF normę i śpią co najmniej 8 godzin.

Tabela III -49. Długość snu badanej młodzieży

Czas snu	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
mniej niż 5 godzin	52	19,62%	20	16, 13%	32	22,70%
5-7 godzin	176	66,42%	81	65,32%	95	67,38%
8-10 godzin	31	11,70%	20	16, 13%	11	7,80%
więcej niż 10 godzin	6	2, 26%	3	2,42%	3	2, 13%

* $\chi^2=5,428$ df=3 p>0, 222

Ponad połowa (62,26%) badanych nastolatków deklaruje, że ilość godzin przeznaczonych na sen jest dla nich wystarczająca i nie zaburza ich prawidłowego funkcjonowania. Dla $\frac{1}{3}$ badanych (35,09%) ilość godzin przeznaczanych na sen była zbyt mała, a dla siedmiu osób (2,64%) za duża. Zauważono, istotną różnicę statystyczną między chłopcami i dziewczętami, odnośnie subiektywnego odczucia co do ilości godzin snu niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania ($p < 0,00$). Dziewczęta w przeciwieństwie do chłopców potrzebują większej ilości godzin snu dla

z regenerowania swoich sił i prawidłowego funkcjonowania (45,39% vs. 23,39%) [Tabela 50].

Tabela III -50. Subiektywne odczucia dotyczące długości snu niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
zbyt mała	93	35,09%	29	23,39%	64	45,39%
wystarczająca	165	62,26%	88	70,97%	77	54,61%
za duża	7	2,64%	7	5,65%	0	0,00%

* $\chi^2=19,879$ df=2 p<0,000

Przeanalizowano zatem objawy jakie obserwują u siebie uczniowie związku z małą ilością godzin snu. Ankietowani mieli możliwość zaznaczenia dowolnej liczby objawów oraz dowolnej liczby przyczyn swojego niedosypiania.

Najczęstszym sygnalizowanym objawem niedosypiania jest senność (63,4%) jaką uczniowie odczuwają następnego dnia oraz zmniejszona zdolność do koncentracji i uwagi (42,6%). W dalszej kolejności rozdrażnienie (27,6%) i pogorszenie pamięci (17,7%). Nie zaobserwowano istotnych różnic statystycznych między chłopcami i dziewczętami odnośnie większości objawów odczuwanych z powodu zbyt małej ilości godzin snu, [Tabela51]. Istotna różnica dotyczyła tylko objawu senności (p<0,019). Dziewczęta (70,2%) częściej niż chłopcy (55,7%) odczuwają tę dolegliwość .

Tabela III-51. Objawy odczuwane z powodu niedosypiania

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
senność w ciągu dnia	168	63,40%	69	55,65%	99	70,21%	5,422	1	p<0,019
rozdrażnienie	73	27,55%	29	23,39%	44	31,21%	1,648	1	p>0,199
zmniejszona zdolność koncentracji i uwagi	113	42,64%	55	44,35%	58	41,13%	0,164	1	p>0,685
pogorszenie pamięci	47	17,74%	24	19,35%	23	16,31%	0,236	1	p>0,627

Najczęstszymi przyczynami niedosypiania są (w kolejności malejącej): nadmiar obowiązków szkolnych (45,7%), surfowanie po Internecie (27,2%), nocne oglądanie telewizji i filmów DVD (19,7%), kłopoty z zasypianiem (18,9%). Wśród innych przyczyn niedosypiania młodzież wymienia: nocne czytanie, słuchanie muzyki, wysyłanie SMS-ów, oraz zmęczenie i stres. Nie zaobserwowano istotnych różnic statystycznych związanych z płcią dla większości przyczyn niedosypiania [Tabela 53]. Istotna różnica dotyczyła, ilości czasu przeznaczanego na przygotowanie się do zajęć

szkolnych ($p < 0,002$), a zbliżona do istotności statystycznej, nocnego oglądania telewizji i filmów DVD ($p < 0,055$). Dziewczęta częściej niedosypiają z powodu przygotowywania się do zajęć szkolnych (54,6% vs. 35,5%). Chłopcy z powodu oglądania nocnych programów TV i filmów DVD (25,0% vs. 14,9%) [Tabela 52].

Tabela III-52. Przyczyna niedosypiania deklarowane przez młodzież.

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
nadmiar obowiązków szkolnych	121	45,6%	44	35,48%	77	54,6%	8,972	1	$p < 0,002$
surfowanie po Internecie, Skype, czat, gadu-gadu	72	27,17%	31	25,00%	41	29,0%	0,368	1	$p > 0,544$
nocne oglądanie TV lub filmów DVD	52	19,62%	31	25,00%	21	14,8%	3,656	1	$p \sim 0,055$
kłopoty zasypianiem	50	18,87%	24	19,35%	26	18,4%	0,001	1	$p > 0,973$
inne	14	5,28%	6	4,84%	8	5,67%	0,091	1	$p > 0,761$

w tym

czytanie	10	3,78	5	4,03%	5	3,53%
słuchanie muzyki	1	0,38%	1	0,81%	0	0,00%
smsy	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%
zmęczenie	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%
stres	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%

Stan zębów i dziąseł ma istotny wpływ na kondycję całego organizmu. Ważne jest, aby nawyki higieniczne związane z utrzymaniem prawidłowego stanu jamy ustnej były kształtowane już od najwcześniejszego okresu dzieciństwa, najlepiej od pierwszych tygodni życia dziecka, zanim pojawią się pierwsze ząbki. W wieku przedszkolnym należy dopilnować, aby dziecko myło zęby przynajmniej dwa razy dziennie – rano i wieczorem. Ideą byłoby nauczenie dziecka szczotkowania ich po każdym spożytym posiłku [Stodolak A., Fuglewicz A., 2014, s. 76-81]. Oprócz częstego szczotkowania zębów, ważną rolę w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej odgrywa prawidłowa dieta. Wykazano zależność między spożywaniem cukrów prostych, a pojawianiem się próchnicy [Szymańska J., Wdowiak I., 2004, s. 127-130]. Zadaniem rodziców, jest więc ograniczenie, a najlepiej całkowite wyeliminowanie z diety swoich dzieci słodczy i słodzonych napojów, a po wieczornym myciu zębów wyrobienie nawyku gaszenie pragnienia wyłącznie wodą [Chłapowska J., 2014]. Równoległe z prawidłową higieną jamy ustnej i dietą, rodzice powinni przestrzegać regularnych wizyt kontrolnych u stomatologa, minimum dwa razy w roku w myśl przysłowia „czym

skorupka”. Rozwodząc się należy podkreślić, iż prawidłowa higiena jamy ustnej obejmuje nie tylko odpowiednią częstotliwość mycia zębów dobrze dobraną szczoteczką, mycie ich przez odpowiednią ilość czasu (minimum dwie minuty), czy staranność w szczotkowaniu całej ich powierzchni, ale także używanie nici dentystycznych, past z fluorem i płynów do płukania ust w celu dotarcia do przestrzeni międzyzębowych [Szczepańska J., i in., 2015, s. 125-129]. Skutkiem nieprawidłowych nawyków higienicznych jamy ustnej lub jej braku jest próchnica. Bezpośredni wpływ na jej występowanie ma określony styl życia oraz warunki socjoekonomiczne ze względu na zróżnicowane nawyki higieniczne i żywieniowe [Gmyrek-Marciniak A., 2004, s. 70-73]. Patologiczne stany jamy ustnej (zaawansowana próchnica, martwe, niewyleczone kanałowo zęby) mogą być przyczyną poważnych chorób serca, stawów, nerek czy zatok [Kozłowska M., i in., 2015, s. 96].

Poprzez analizę częstości mycia zębów, wizyt w gabinecie stomatologicznym i odpowiedzi badanej młodzieży na pytanie, czy obecnie mają zepsute zęby, starano się uchwycić bieżący stan tego problemu.

Większość badanej młodzieży (69,43%) deklaruje, że myje zęby zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego tzn. częściej niż raz dziennie. Jednak 1/4 badanych nastolatków (24,91%) myła zęby raz dziennie. Pozostali uczniowie (5,66%) myli zęby rzadziej, kilka razy w ciągu tygodnia, jednak nie codziennie. Zaobserwowano istotne różnice statystyczne w obrębie płci ($p < 0,000$). Dziewczęta częściej (81,6%) niż ich koledzy (55,7%) myją zęby dwa razy dziennie. Wynika to prawdopodobnie z większej uwagi, jakie dorastające dziewczęta przywiązują do swojego wyglądu, szczególnie twarzy, [Tabela 53].

Tabela III-53. Mycie zębów przez badaną młodzież

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
częściej niż 1 x dziennie	184	69,43%	69	55,65%	115	81,56%
1 x dziennie	66	24,91%	44	35,48%	22	15,60%
kilka razy w tygodniu ale nie codziennie	11	4,15%	9	7,26%	2	1,42%
1 raz w tygodniu lub rzadziej	4	1,51%	2	1,61%	2	1,42%

* $\chi^2=22,289$ df=3 $p < 0,000$

Regularną kontrolę stomatologiczną (raz na pół roku) deklaruje (39,25%) badanych uczniów. Co piaty uczeń (22,26%) odwiedza gabinet stomatologiczny rzadziej. Prawie 1/4 badanych uczniów (23,4%) odwiedza gabinet dentystyczny tylko

w przypadku bólu zęba. Nie zauważono istotnych różnic statystycznych związanych z płcią, w częstotliwości kontrolnych wizyt u stomatologa ($p < 0,677$), mimo, iż chłopcy częściej niż dziewczęta deklarują, że odwiedzają gabinet stomatologiczny tylko przypadku bólu zęba (26,6% vs. 20,6%) [Tabela 54].

Tabela III-54. Częstość wizyt u stomatologa deklarowana przez badaną młodzież

Częstość wizyt	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	raz na pół roku	104	39, 25%	48	38,71%	56
częściej niż raz na pół roku	40	15,09%	17	13,71%	23	16,31%
rzadziej niż raz na pół roku	59	22, 26%	26	20,97%	33	23,40%
kiedy boli ząb	62	23,40%	33	26,61%	29	20,57%

* $\chi^2=1,520$ df=3 $p > 0,677$

Większość badanych nastolatków (78,11%) deklaruje, że ma zdrowe zęby. Jednak $\frac{1}{6}$ uczniów (16,23%) jest w trakcie ich leczenia. Piętnaście osób (5,66%) mimo świadomości, iż mają zepsute zęby, nie podjęło ich leczenia. Prawdopodobnie lęk przed bólem, skutecznie blokuje ich od wizyty u stomatologa. Płeć nie różnicowała statystycznie istotnie subiektywnej oceny stanu uzębienia ($p < 0,957$) [Tabela 55].

Tabela III-55. Subiektywna ocena stanu uzębienia

czy masz zepsute zęby?	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
mam, leczę	43	16, 23%	21	16,94%	22	15,60%
mam, nie lecę	15	5,66%	7	5,65%	8	5,67%
nie mam	207	78, 11%	96	77,42%	111	78,72%

* $\chi^2=0,087$ df=2 $p > 0,957$

Odnosząc się do uzyskanego wyniku, iż jedynie (69,4%) badanych nastolatków myje zęby dwa razy dziennie, a zaledwie $\frac{1}{3}$ regularnie odwiedza gabinet stomatologiczny raz na pół roku, należy stwierdzić, że nie jest to wynik zadowalający. Taki stan rzeczy stwarza realne zagrożenie wzrostu przypadków chorób zębów i przyzębia. Należy zauważyć, iż badana grupa wykazuje zapotrzebowanie w zakresie edukacji dotyczącej higieny jamy ustnej, jej metod oraz konsekwencji zaniechań na tym polu. Wyniki własne są korespondencyjne z danymi uzyskanymi w badaniu HBSC z 2014 roku, gdzie (66%) uczniów myło zęby częściej niż raz dziennie, a kolejne (28,4%) jeden raz dziennie. Zdecydowanie rzadko, raz w tygodniu lub rzadziej - myło zęby (5,6%) uczniów. W porównując wyniki z 2010 roku nie zauważono istotnych różnic w dbaniu o higienę jamy ustnej. Zaobserwowano tylko niewielkie zmiany

w obrębie płci, odnośnie tempa zmian. W grupie chłopców odsetek osób czyszczących zęby częściej niż raz dziennie zmniejszył się o (1,4%), podczas gdy równolegle w grupie dziewcząt odnotowano niewielką poprawę w tej kwestii, o (0,6%) [Zawadzka D., 2015, s. 157-159].

Prawidłowa higiena rąk ma kluczowe znaczenie dla zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. To najbardziej skuteczny, tani i łatwo dostępny sposób zapobiegania zakażeniom, ale jakże często lekceważony. Problem higieny rąk to temat nadal wstydlivy i oficjalnie nieistniejący. Brak nawyku mycia rąk po wyjściu z toalety, przed spożywaniem, czy przygotowywaniem posiłków, często wynika z niewiedzy i ze stereotypowego poglądu, że częste stosowanie płynnego mydła „niszczy ręce”. Niedostateczna troska o czystość dłoni może być przyczyną zakażeń drobnoustrojami. M. Boczkowska podkreśla, że nawyk mycia rąk, to jeden z podstawowych elementów codziennej higieny i powinien być stale monitorowany [2015, s. 42].

Po powrocie do domu ręce myje zawsze $\frac{2}{3}$ ankietowanych nastolatków (69,81%). Pozostali uczniowie (30,19%) myją ręce ale nieregularnie, w tym (2,6%) nigdy nie myje rąk po powrocie do domu.

Zaledwie (49,43%) uczniów myje ręce przed każdym posiłkiem. Prawie połowa badanych nastolatków (46,42%) myje ręce, ale nieregularnie. Mała grupa uczniów (4,15%) nigdy nie myje rąk przed posiłkiem.

Po wyjściu z toalety ręce zawsze myje (79,3%) ankietowanej młodzieży. Co piąty uczeń (18,1%) myje ręce, ale nieregularnie. Nigdy nie myje rąk po wyjściu z toalety (2,64%) nastolatków. Nie zaobserwowano znamienych różnic statystycznych w obrębie płci odnośnie częstości mycia rąk po powrocie do domu ($p < 0,169$), przed posiłkami ($p < 0,870$) i po wyjściu z toalety ($p < 0,348$), mimo, iż dziewczęta częściej niż chłopcy myją ręce po powrocie do domu (74,5% vs. 64,5%), oraz po wyjściu z toalety (81,6% vs. 76,6%) [Tabela 56].

Podsumowując należy stwierdzić, iż badana młodzież dba o higienę rąk po wyjściu z toalety oraz po przyjeździe do domu. Ma to znaczący wpływ na poprawę stanu higieny młodzieży i świadczy o nabyciu umiejętności nawykowego wykonywania czynności prozdrowotnej, jakim jest mycie rąk.

Tabela III-56. Częstość mycia rąk przez badaną młodzież

Częstość mycia rąk	ogółem (n=265)	chłopcy (n=124)	dziewczęta (n=141)
--------------------	----------------	-----------------	--------------------

Po powrocie do domu

zawsze	185	69,81%	80	64,52%	105	74,47%
czasem	73	27,55%	41	33,06%	32	22,70%
nigdy	7	2,64%	3	2,42%	4	2,84%

* $\chi^2=3,555$ df=2 p>0,169**Przed każdym posiłkiem**

zawsze	131	49,43%	61	49,19%	70	49,65%
czasem	123	46,42%	57	45,97%	66	46,81%
nigdy	11	4,15%	6	4,84%	5	3,55%

* $\chi^2=0,278$; df=2; p>0,870**Po wyjściu z toalety**

zawsze	210	79,25%	95	76,61%	115	81,56%
czasem	48	18,11%	24	19,35%	24	17,02%
nigdy	7	2,64%	5	4,03%	2	1,42%

* $\chi^2=2,109$ df=2 p>0,348

Higiena ciała jest nieodłącznie związana z funkcjonowaniem w społeczeństwie, gdyż jest to związane z tym, jak dana osoba jest odbierana przez innych. Szczególnie ważnym okresem jest wiek dojrzewania, ponieważ grupa rówieśnicza jest bardzo krytyczna i mało tolerancyjna na odmienność. Nie wystarczy po wyjściu z łóżka użyć dezodorantu, czy ograniczyć się tylko do umycia skóry. Ważne jest, aby młodzież nabyła nawyk jej nawilżania i zabezpieczania strategicznych miejsc przed poceniem, czyli używała antyperspirantów.. Powinna także wnieść w codzienne życie nawyk częstego zmieniania bielizny osobistej, ideałem byłoby codzienne jej zmienianie.

Prawie $\frac{3}{4}$ młodzieży (73,97%) myje całe ciało raz dziennie, w tym (67,55%) tylko wieczorem. Zaledwie co szоста osoba (16,23%) myje ciało rano i wieczorem. Pozostali uczniowie (9,81%) myją ciało z różną częstotliwością, od częściej niż raz w tygodniu do rzadziej niż raz w tygodniu .

Różnice statystycznie między chłopcami i dziewczętami są statystycznie istotne, (p<0,044). Dziewczęta częściej wybierają kąpiel wieczorną (73,1% vs. 61,3). Chłopcy natomiast kąpiel poranną (10,5% vs. 2,8%) [Tabela 57].

Tabela III-57. Częstość mycia całego ciała deklarowana przez badaną młodzież

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	codziennie rano	17	6,42%	13	10,48%	4
codziennie wieczorem	179	67,55%	76	61,29%	103	73,05%
codziennie rano i wieczorem	43	16,23%	19	15,32%	24	17,02%
częściej niż 1 x w tygodniu	22	8,30%	14	11,29%	8	5,67%
raz w tygodniu	3	1,13%	2	1,61%	1	0,71%
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%

* $\chi^2=11,349$ df=5 p<0,044

Bieliznę osobistą codziennie zmienia (88,7%) badanych uczniów. Pozostali (11,3%) zmieniają bieliznę rzadziej, w tym (7,9%) co drugi dzień. Dziewczęta częściej niż chłopcy zmieniają bieliznę codziennie. (95,04% vs. 81,45%). Różnica jest statystycznie istotna na poziomie (p<0,004) [Tabela 58].

Tabela III-58. Częstość zmieniania bielizny osobistej przez badaną młodzież

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	codziennie	235	88,68%	101	81,45%	134
co drugi dzień	21	7,92%	16	12,90%	5	3,55%
2 razy w tygodniu	3	1,13%	3	2,42%	0	0,00%
raz na tydzień	6	2,26%	4	3,23%	2	1,42%
rzadziej niż raz na tydzień	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=13,025$ df=4 p<0,004

W podsumowaniu należy zauważyć, że większość badanej młodzieży dba o higienę ciała poprzez regularne jego mycie i zmianę bielizny osobistej.

W tym miejscu należy podkreślić, że niedostatki w zakresie higieny osobistej negatywnie wpływają na ogólny stan zdrowia młodego pokolenia, przyczyniając się do wielu schorzeń (próchnicy zębów, zatruc pokarmowych, grzybic skóry, obniżenia nastroju lub depresji w przypadku niedoboru snu). Proces edukacji zdrowotnej winien obejmować propagowanie wiedzy dotyczącej kształtowania codziennych właściwych nawyków higienicznych młodej generacji.

4. Zachowania destrukcyjne badanej grupy związane ze zdrowiem

Wzrastająca w ostatnich latach liczba zaburzeń zachowania wśród dzieci i młodzieży jest bardzo niepokojąca. Coraz częściej słyszy się w mediach i zauważa wokół zachowania młodzieży, które niosą ze sobą ryzyko negatywnych konsekwencji

zarówno dla zdrowia fizycznego, psychicznego jak i dla otoczenia społecznego. Problem ten najczęściej dotyczy młodzieży w wieku adolescencji, ale zdarza się, że występuje również u dzieci młodszych [Szymańska J., 2002, s. 15].

Zachowania problemowe (ryzykowne) to zdaniem K. Ostaszewskiego zachowania antynormatywne, pozostające w opozycji do porządku społecznego i prawnego, stanowiące zagrożenie dla zdrowia i rozwoju jednostki [2005, s. 112-113]. W okresie adolescencji zachowania te, stanowi każda czynność, która odbiega od społecznie akceptowanych, wywołuje społeczną naganę bądź upomnienie, oraz naraża jednostkę na reakcję o charakterze kontroli ze strony społeczeństwa [Jessor R., i in., 1991, s. 23-24]. B. Wojnarowska i J. Mazur podkreślają funkcjonalne znaczenie zachowań problemowych w kontekście realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania. Zdaniem autorek pozwalają one na realizację ważnych potrzeb, m. in. uzyskanie akceptacji grupy rówieśniczej, potrzeby niezależności lub przybliżania się do dorosłości [2003, s. 156-157]. Należy zatem uznać, że sporadyczne pojawianie się niektórych zachowań problemowych w okresie dorastania nie świadczy o zaburzeniach zdrowia psychicznego, a przeciwnie, jest charakterystyczne, wręcz normatywne dla tego okresu w życiu człowieka. Z drugiej strony nasilone, częste zachowania problemowe, mogą powodować wymierne szkody zdrowotne i społeczne, a także mogą utrudniać pełny rozwój osobowości i potencjału jaki posiada młody człowiek. Skłonność do podejmowania zachowań problemowych zdaniem niektórych autorów jest wypadkową czynników psychospołecznych oddziałujących na osobowość, postrzeganie otoczenia i zachowanie, co w konsekwencji wpływa na zaangażowanie i podejmowanie przez młodzież albo zachowań konwencjonalnych albo zachowań ryzykownych dla zdrowia [Jessor R., i in., 1998, s. 923-933].

W świetle literatury przedmiotu do zachowań ryzykownych podejmowanych przez młodzież najczęściej zalicza się:

- palenie nikotyny,
- systematyczne picie alkoholu, upijanie się,
- używanie substancji psychoaktywnych (narkotyków, leków)
- stosowanie przemocy rówieśniczej,
- bójki oraz wczesną inicjację seksualną [Bobrowski K., i in., 2005, s. 284-292].

N. Ogińska-Bulik dodatkowo zalicza do nich stosowanie diet odchudzających, brak aktywności fizycznej oraz uzależnienie od Internetu i komputera [za: Zajęcka B., 2014, s. 312], a M. Jędrzejko udział w agresywnych subkulturach i sektach [2013, s. 82].

Wymienione powyżej kategorie zachowań ryzykownych, mogą dotyczyć zachowań osób w różnym wieku, jednak negatywne konsekwencje dla młodzieży są zazwyczaj większe i mają poważniejszy przebieg niż u osób dorosłych, z powodu niezakończonego jeszcze procesu rozwoju biologicznego, intelektualnego, emocjonalnego i społecznego [Zajęcka B., 2014, s. 317]. Badania pokazują, że zachowania problemowe często ze sobą współwystępują, mogą się nawzajem zastępować czy też wzajemnie inicjować [Bobrowski K., 2005, s. 28]. Skutki podejmowanych zachowań są tym większe im więcej było czynników ryzyka i im bardziej były one szkodliwe i dłużej trwało ich działanie.

Młodzież, sięgając po substancje zakazane, spodziewa się doświadczyć szeregu doraźnych korzyści, m.in. wzrostu akceptacji w grupie, doznania oczekiwanego stanu psychofizycznego czy też zapomnienia o dręczących problemach, które w danej chwili mają dla nich większe znaczenie, niż odległe negatywne konsekwencje.

Jednym ze sposobów reagowania na zjawiska społeczne oceniane jako szkodliwe i niepożądane jest bez wątpienia profilaktyka. Celem jej jest opóźnienie i przeciwdziałanie inicjacji, a także niedopuszczanie do poszerzania się kręgu osób – szczególnie młodych - eksperymentujących z legalnymi i nielegalnymi substancjami uzależniającymi. Skuteczna jej forma wydaje się jedynym optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na znaczenie wpływu rodziny na zachowania młodzieży. Podkreśla się, że silna więź w relacjach rodzic-dziecko stanowi ważny czynnik chroniący go przed zaburzeniami zachowania. Akcentuje się, że pogłębione więzi rodzinne oparte na wzajemnym szacunku, zaufaniu i otwartości oraz rozumienie i dostrzeganie potrzeb młodego człowieka, tworzą podstawę właściwego jego rozwoju emocjonalnego i prowadzą do podejmowania przez niego odpowiedzialnych decyzji. Badania J. Belsky'ego potwierdzają tę prawidłowość i pokazują, że rodzina która monitoruje zachowania swoich dzieci oraz odznacza się przejrzystą komunikacją, wsparciem i ciepłem, wpływa na zmniejszenie ilości zachowań problemowych u swoich dzieci [za: Kózka M., 2014, s. 8]. Także

M. Zadworna-Cieślak i N. Oginska-Bulik wykazały, że prawidłowe postawy rodzicielskie korelują z prozdrowotnymi zachowaniami u młodzieży [2011, s. 97-98].

Do analizy zachowań ryzykownych wykorzystano następujące zmienne:

- częstotliwość używania substancji psychoaktywnych,
- częstotliwość występowania zachowań agresywnych,
- stosowanie różnorodnych diet,
- wiek inicjacji nikotynowej, alkoholowej i narkotykowej,
- przyczynę podejmowania zachowań ryzykownych.

4.1. Palenie papierosów

Do czynników negatywnie wpływających na zdrowie, zarówno w rozumieniu jednostkowym, jak i zdrowia publicznego, bez wątpienia należy zaliczyć tytoń. Konsekwencje palenia zależą od jego długości i intensywności. W diagnostyce uzależnienia pod uwagę brane są oba czynniki. W przypadku młodzieży do rozwoju uzależnienia może dochodzić w dużo krótszym czasie i przy znacznie niższych dawkach, niż u osób dorosłych. Wyniki badań pokazują, iż wczesna inicjacja nikotynowa zwiększa ryzyko palenia papierosów w przyszłości i ma związek z podejmowaniem innych zachowań niekorzystnych dla zdrowia [Kowalewska A., 2015, s. 169]. Uwarunkowania palenia nikotyny w grupie osób młodych możemy podzielić na czynniki indywidualne, środowiskowe i chemiczne, powodujące fizyczne uzależnienie. Do czynników indywidualnych możemy zaliczyć cechy osobowościowe, które mogą być związane z ryzykiem uzależnienia tj.: niedojrzałość emocjonalną, impulsywność, niską samoocenę czy brak odporności na stres. Do czynników środowiskowych: palących rodziców, palące grupy rówieśnicze oraz propagowanie palenia przez osoby znaczące dla młodzieży [Hornowska E., 2006, s. 50-53]. W literaturze przedmiotu coraz więcej uwagi poświęca się skutkom palenia papierosów. Bezpośrednimi zdrowotnymi konsekwencjami długotrwałego oddziaływania nikotyny na organizm są: choroby układu oddechowego (w tym przewlekła obturacyjna choroba płuc), choroby układu krążenia (miażdżyca, zakrzepowo-zarostowe zapalenie tętnic, zawał serca), choroby nowotworowe (płuc, pęcherza i krtani) [za: Baranowska A., 2016, s. 518]. S. Maisto [2000] zwraca uwagę na fakt, iż nikotyna działa na układ nerwowy nawet kilkakrotnie silniej niż alkohol [za: Boczkowska M., 2015, s. 47].

W Polsce w latach 2006-2014 w grupie piętnastolatków obniżył się ogólny odsetek codziennych palaczy tytoniu. Według danych z 2015 roku, codziennie papierosy paliło (9,8%) uczniów, w tym (9,7%) chłopców i (9,9%) dziewcząt [Kowalewska A., i in., 2015, s. 118-119]. W ostatnich latach zauważa się spadek odsetka chłopców palących tytoń, w następstwie czego dochodzi do zatarcia się różnic pomiędzy chłopcami a dziewczętami [Kulik H., i in., 2018, s. 33].

W badanej grupie uczniów prawie $\frac{1}{3}$ nastolatków (30,94%) deklaruje palenie papierosów. Chłopcy (32,26%) palenie nikotyny deklarują nieznacznie częściej niż dziewczęta (29,79%).

Przeanalizowano zatem częstotliwość sięgania po papierosy w chwili badania. Co ósmy badany nastolatek (12,08%) twierdzi, że pali papierosy codziennie.

Pozostali uczniowie (18,86%) palą papierosy z różną częstością, w tym (8,67%) pali papierosy rzadziej niż jeden raz w tygodniu. Nie zaobserwowano istotnych różnic statystycznych między chłopcami a dziewczętami odnośnie palenia papierosów, ($p>0,664$), ani w częstotliwości ich palenia, ($p>0,776$) [Tabela 59]. Chłopcy częściej sięgają po papierosy codziennie (13,7% vs. 10,6%). Dziewczęta natomiast częściej sięgają po papierosy okazjonalnie (19,15% vs. 18,55%)

Tabela III-59. Częstotliwość palenia papierosów przez badaną młodzież

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
pali	82	30,94%	40	32,26%	42	29,79%
nie pali	183	69,06%	84	67,74%	99	70,21%

$\chi^2=0,188$ df=1 $p>0,664$
w tym

codziennie	32	12,08%	17	13,71%	15	10,64%
co najmniej jeden raz w tygodniu	27	10,19%	13	10,48%	14	9,93%
rzadziej niż jeden raz w tygodniu	23	8,67%	10	8,07%	13	9,22%

$\chi^2=0,505$ df=2 $p>0,776$

Średnia wieku inicjacji nikotynowej w badanej grupie młodzieży wynosi 12,7 lat. Chłopcy pierwszego papierosa wypalili w wieku 12,2 lat, a dziewczęta w wieku 13,2 lat. Różnica była statystycznie istotna, na poziomie, ($p<0,022$), [Tabela 60].

Tabela III-60. Średnia wieku inicjacji nikotyny

Płeć	n	Wiek (lata)				test t-Studenta
		średnia	odch.std	min	max	
chłopcy	40	12, 20	2,37	6	15	p<0,022
dziewczynki	42	13, 17	1, 23	11	15	
Ogółem	82	12,70	1,92	6	15	

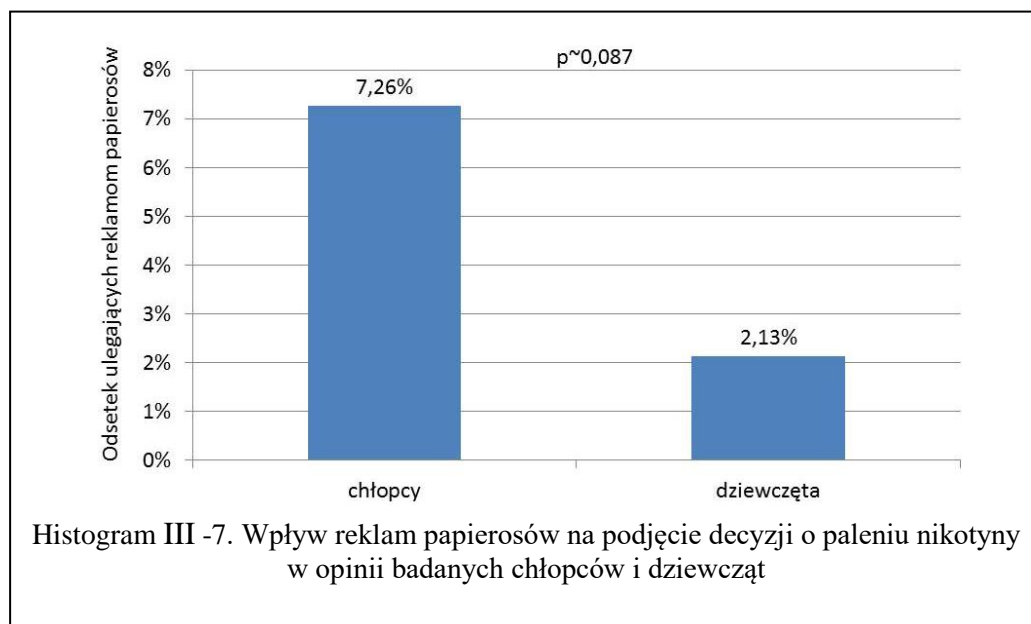
Najczęstszą przyczyną sięgania przez młodzież po papierosy i ich palenie w opinii badanych uczniów jest: *chęć zaimponowania innym* (49,81%), *uleganie presji rówieśników* (25,66%), *ciekawość* (25,28%) i *przyjemność* jaka jest odczuwana w trakcie palenia (15,09%). Palenie papierosów utożsamiane jest także z *dobrą zabawą* (10,94%), z *chęcią naśladowania dorosłych* (6,79%), z *wpływem reklam* (4,91%). Za kolejną przyczynę sięgania po papierosy młodzież uznała *chęć zrelaksowania się*, *uspokojenia nerwów* (4,53%) oraz *nałóg* (0,38%).

Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych między chłopcami a dziewczętami odnośnie większości przyczyn sięgania po papierosy przez nieletnich, [Tabela 61]. Różnica zbliżona do istotności statystycznej, ($p \sim 0,087$) dotyczyła tylko *wpływu reklam* na podjęcie decyzji o paleniu nikotyny. Chłopcy częściej (7,26%) niż dziewczęta (2,13%) łączą inicjację nikotynową z wpływem reklam tego produktu [Histogram 7].

Tabela III-61. Subiektywna opinia młodzieży na temat przyczyn palenia papierosów przez nieletnich

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
by zaimponować innym	132	49,81%	56	45,16%	76	53,90%	1,681	1	p>0,194
bo ulegają presji rówieśników	68	25,66%	28	22,58%	40	28,37%	0,875	1	p>0,349
z ciekawości	67	25,28%	27	21,77%	40	28,37%	1,190	1	p>0,275
dla przyjemności	40	15,09%	16	12,90%	24	17,02%	0,581	1	p>0,445
dla dobrej zabawy	29	10,94%	15	12,10%	14	9,93%	0,135	1	p>0,713
naśladują dorosłych	18	6,79%	7	5,65%	11	7,80%	0,204	1	p>0,651
bo ulegają wpływom reklam	12	4,53%	9	7,26%	3	2,13%	2,918	1	p~0,087
inne :	13	4,91%	6	4,84%	7	4,96%	0,002	1	p>0,962
w tym									
stres	12	4,53%	5	4,03%	7	4,96%			
nałóg	1	0,38%	1	0,81%	0	0,00%			

Można założyć, iż uczniowie postrzegają palenie papierosów przez nieletnich, przez pryzmat własnych doświadczeń w tej kwestii.



Zdecydowana większość badanych uczniów spostrzega (90,57%) palenie nikotyny jako czynność szkodliwą dla zdrowia. Część młodzieży jednak (6,04%) uzależnia szkodliwe jej działanie od liczby wypalanych papierosów, a marginalna grupa uczniów uważa (1,1%) że palenie nie szkodzi zdrowiu. Młodzież ta powinna być objęta programem profilaktyki.

Różnica między chłopcami a dziewczętami odnośnie opinii na temat szkodliwego działania nikotyny na organizm jest statystycznie nieistotna ($p < 0,259$), mimo, iż dziewczęta (78,72%) częściej niż chłopcy (70,16%) palenie papierosów spostrzegają jako czynność zdrowiu szkodzącą [Tabela 62].

Tabela III-62. Opinia młodzieży na temat szkodliwości palenia papierosów

Palenie jest szkodliwe	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczeta (n=141)	
zdecydowanie tak	198	74,72%	87	70,16%	111	78,72%
raczej tak	42	15,85%	21	16,94%	21	14,89%
raczej nie	2	0,75%	2	1,61%	0	0,00%
zdecydowanie nie	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%
to zależy od ilości wypalanych papierosów	16	6,04%	10	8,06%	6	4,26%
trudno powiedzieć	6	2,26%	4	3,23%	2	1,42%

$\chi^2=6,512$ $df=5$ $p>0,259$

Syntetyzując tę część analiz należy stwierdzić, iż mimo rozpowszechnionej wiedzy na temat szkodliwości palenia nikotyny, sięganie po papierosa jest nadal

popularne wśród młodzieży. Palenie tytoniu wśród nastolatków stanowi wciąż poważny problem społeczny i zagrożenie dla zdrowia młodego pokolenia.

Zapobieganie sięgania po nikotynę przez młodzież i dzieci jest jednym z głównych priorytetów krajowych programów, oraz działań profilaktycznych i wychowawczych realizowanych w szkołach w postaci m.in. apeli, happeningów, konkursów wiedzy, konkursów plastycznych, udziału w ogólnopolskiej kampanii „Światowy dzień bez tytoniu”, listów do rodziców, rozmów z uczniami i rodzicami, prowadzenia tablic informacyjnych oraz prezentacji multimedialnych. Dotychczasowe badania pokazały, że największą skuteczność w profilaktyce antynikotynowej mają programy kształtujące kompetencje społeczne w tym: umiejętności radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów, wzmacnianie poczucia własnej wartości oraz stwarzanie alternatyw dla zachowań ryzykownych [Jadczak B., Todorowska-Sokołowska V., Stepniak K., 2013, s. 1-2]. Ważnym wydaje się również śledzenie trendów palenia tytoniu, zarówno w Polsce jak i na świecie, ponieważ umożliwia to ocenę skuteczności prowadzonych działań z zakresu profilaktyki na różnych jej poziomach.

Analiza danych badań HBSC z 2014 roku pokazała, że aż (12,3%) młodzieży w wieku 11-15 lat paliło papierosy z różną częstotliwością, w tym około (8,1%) regularnie w każdym tygodniu. Jeżeli weźmie się pod uwagę trzy kategorie częstotliwości palenia (nie pali, pali rzadziej niż 1 raz w tygodniu, pali regularnie) to rozkłady odpowiedzi z 2010 i 2014 roku nie różnią się od siebie istotnie. W grupie chłopców można stwierdzić minimalny spadek częstości regularnego palenia tytoniu o (0,4%), podczas gdy w grupie dziewcząt można odnotować jego wzrost o (1,5%). Z badań HBSC wynika, iż odsetek młodzieży palącej tyton regularnie wzrasta wraz z wiekiem badanych i wynosi w kolejnych grupach wieku (11, 13, 15 lat) odpowiednio (2%, 7,3% i 15,1%). Należy zwrócić uwagę na związany z wiekiem wzrost częstości codziennego palenia papierosów. Z badań wynika, że wzrostowi ulega także odsetek młodzieży mającej za sobą pierwsze próby palenia tytoniu i w grupie 11-latków wynosi on (8%), w grupie 13-latków (23,6%) a w grupie 15-latków aż (47,6%). Nie stwierdza się natomiast istotnych różnic zależnych od płci badanych uczniów [Kowalewska A., 2015, s. 171-172].

4.2. Picie alkoholu

Picie alkoholu w okresie dorastania nie jest zjawiskiem nowym. Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa [Sierosławski J., 2015, s. 19]. Mimo, iż eksperymentowanie z alkoholem wpisane jest niejako w proces rozwojowy młodego człowieka, to jeśli nie kończy się na pierwszych próbach, a staje się stałym elementem stylu życia nastolatka, należy zaliczyć je do zachowań ryzykownych [Wójtowicz S., 1996, s. 79-80]. W literaturze przedmiotu naukowcy akcentują szkodliwy wpływ alkoholu na rozwój i funkcjonowanie młodego organizmu, szczególnie układu nerwowego. Podkreślany jest negatywny wpływ alkoholu na wzrost i integralność niektórych struktur mózgu, powodujący zaburzenia pamięci i uczenia się, kontrolowania impulsów, podejmowania decyzji i planowania [Guerra C., Pascual M., 2010, s. 20-24; Squeglia L M., i in., 2011, 2012]. Szkody jakie czyni alkohol w organizmie młodego człowieka, dotyczą nie tylko jego ciała, ale również psychiki. Nawet niewielka ilość alkoholu osłabia wzrok, słuch, pogarsza precyzję ruchów oraz refleks. Zaburza akcję serca, bo etanol powoduje gwałtowne rozkurczanie naczyń krwionośnych. Jest także przyczyną wypłukiwania z organizmu witaminy B, z czym wiąże się utrata apetytu i trudności wchłaniania witamin z tej grupy w przewodzie pokarmowym. Alkohol zmniejsza odporność organizmu na działanie bakterii i wirusów, stąd częste infekcje dróg oddechowych.

Nadmiar alkoholu wywołuje stan zapalny błony śluzowej w jamie ustnej, żołądka i dwunastnicy, a także zaburzenia perystaltyki jelit. U młodych osób nawet niewielkie ilości alkoholu mogą wywoływać nudności, wymioty czy bóle brzucha [Sierosławski J., Zieliński A., 2007, s. 4-7].

Największe straty ponosi jednak wątroba, która musi zmetabolizować wypity alkohol [Wojtyła A., i in., 2010, s. 571]. Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia nastolatków - chociaż coraz częściej występujące - jest picie alkoholu w znacznych jego ilościach, prowadzących do przekroczenia progu nietrzeźwości [Sierosławski J., 2013, s. 82]. Niepokojącym zjawiskiem wśród współczesnej młodzieży jest tzw. *binge drinking*, czyli upajanie się dużą ilością alkoholu w krótkim czasie, tzn. spożywanie więcej niż pięciu jednostek alkoholu przy jednej okazji [Boczkowska M., 2015, s. 46]. Ryzyko szkód zarówno zdrowotnych jak i społecznych wzrasta adekwatnie do ilości i częstości wypijanego alkoholu.

Charakterystyczną cechą otaczającej nas rzeczywistości, jest powszechna dostępność napojów alkoholowych. Duża gęstość punktów sprzedaży i stosunkowo niska cena, wydaje się być jednym z istotnych czynników warunkujących rozpowszechnienie picia a także rozmiarów jego konsumpcji [Moskalewicz J., Wieczorek Ł., 2009, s. 311-312]. Także uwarunkowania kulturowe odgrywają tutaj znaczącą rolę. Alkohol towarzyszył i towarzyszy Polakom w różnych sytuacjach życiowych. Pijemy z powodu stresu, na rozgrzewkę, z okazji imienin czy awansu. Praktycznie nie ma spotkania rodzinnego czy towarzyskiego bez alkoholu. Dzieci w miarę dorastania oswajają się z jego obecnością i naśladując dorosłych przenoszą alkohol do swojego życia [Ostaszewski K., 2017, s. 141].

Należy zauważyć, iż ostatnich latach nastąpiła istotna zmiana w sposobie opisywania problemów wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych. Coraz częściej odchodzi się od tradycyjnego podejścia, z koncentrowanego głównie na uzależnieniu (które statystycznie rzecz ujmując nie występuje najczęściej), a przechodzi się do traktowania ich w kategoriach zróżnicowanych szkód zdrowotnych i społecznych [Ostaszewski K., 2008, s. 375]. W przypadku alkoholu, wyraża się to w różnicowaniu pomiędzy uzależnieniem, pićem szkodliwym bez cech uzależnienia i pićem ryzykownym, a w przypadku narkotyków, w różnicowaniu pomiędzy zespołem uzależnienia, używaniem problemowym i używaniem okazjonalnym [Michalczyk Z., 2018, s. 44-45]. Przyjmowana coraz powszechniej perspektywa zróżnicowanych szkód zdrowotnych i społecznych jest bardzo cenna przy opisywaniu różnych stopni lub faz używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Badania pokazują, że używanie alkoholu i narkotyków w okresie dorastania, często jest powiązane występowaniem problemów w nauce, wykroczeń przeciw prawu, problemów w relacjach z rodziną i rówieśnikami oraz problemów zdrowotnych [Ostaszewski K., 2005; Bobrowski K., i in., 2005; Jędrzejko M., i in., 2013]. To zmienione podejście do substancji psychoaktywnych nie tylko zwiększa precyzję opisu, ale także przyczynia się do rozwoju nowych metod postępowania profilaktycznego, interwencyjnego i leczniczego.

W badanej grupie młodzieży aż 38,9% badanych uczniów (w tym 37,9% chłopców i 33,7% dziewcząt), deklaruje, że w swoim krótkim życiu próbowało już alkoholu. Mimo, iż odsetek uczniów sięgających po alkohol jest wyższy w grupie chłopców niż w grupie dziewcząt, to zaobserwowana różnica nie jest statystycznie istotna, ($p > 0,762$).

Średnia wieku inicjacji alkoholowej w badanej grupie nastolatków wynosiła 13,2 lat [Tabela 63]. Dziewczęta nieznacznie wcześniej niż chłopcy rozpoczęły swoją przygodę z alkoholem. Średnia wieku inicjacji w grupie dziewcząt wynosiła 13, 1 lat, a w grupie chłopców 13,4 lat. Wynika to z faktu, iż dziewczęta sympatyzują ze swoimi starszymi kolegami i częściej przebywają w towarzystwie starszej młodzieży, niż z rówieśnikami.

Wyłoniono wartości minimalne i maksymalne tej zmiennej. W grupie badanych uczniów pierwszy kontakt z alkoholem, nastąpił w wieku 8 lat, a ostatni w wieku 15 lat. Dziewczęta po raz pierwszy spróbowały alkoholu w wieku ośmiu lat, a chłopcy w wieku lat dziesięciu. Zaobserwowana różnica nie jest jednak statystycznie istotna, ($p < 0,096$).

Tabela III-63. Wiek inicjacji alkoholowej badanej młodzieży

Płeć	n	wiek				test t-Studenta
		średnia	odch.std	min	max	
chłopcy	77	13,43	1,36	10	15	$p < 0,096$
dziewczynki	85	13,06	1,44	8	15	
ogółem	162	13, 23	1,41	8	15	

Ponieważ w badanej grupie aż (38,9%) młodzieży próbowało już alkoholu, zdecydowano się więc na przeanalizowanie częstości picia poszczególnych gatunków galanterii alkoholowej. Pod uwagę wzięto okres dwunastu miesięcy poprzedzających badanie.

Nie zaobserwowano istotnych różnic statystycznych między chłopcami i dziewczętami w częstości, ani w rodzaju spożywanego alkoholu. W obu badanych grupach wartości procentowe były do siebie zbliżone i statystycznie nieistotne, [Tabela 64]. Uzyskane wyniki zdają się potwierdzać kontynuację procesu wyrównywania różnic w wzorach picia między dziewczętami i chłopcami, a który należy wiązać z procesem emancypacji dziewcząt. Picie alkoholu w naszej kulturze, to raczej domena mężczyzn. Wśród dorosłych mieszkańców naszego kraju spotykamy wielokrotnie więcej niepijących kobiet, niż mężczyzn abstynentów. Wśród nastolatków proporcje te są niemal wyrównane.

Piwo należy do ulubionych trunków badanej młodzieży. Jedynie (62,3%) uczniów deklaruje, że nie pije piwa. Pozostali uczniowie (37,8%) piją piwo z różną częstością. Większość badanych osób (30,9%) pije piwo rzadko, okazjonalnie. Jednak (6,8%) uczniów pije piwo częściej, w tym (2,3%) pije piwo w każdym tygodniu.

Wino cieszy się mniejszą popularnością niż piwo. Ponad $\frac{3}{4}$ badanych uczniów (81,13%) deklaruje, że nie pije wina. Pozostali nastolatkowie (16,6%) sięgają po wino,

ale czynią to rzadko, okazjonalnie. Mała grupka uczniów (2,3%) sięga po wino każdym miesiącu.

Na pytanie o spożywanie mocnych alkoholi tj. wódka, koniak, whisky, większość badanej młodzieży (83,8%) twierdzi, że ich nie pije, lub, że pije je sporadycznie (13,4%). Jednak pięć osób (1,9%) deklaruje, że spożywa mocny alkohol co najmniej w każdym miesiącu, a jedna osoba (0,4%) co najmniej w każdym tygodniu.

W przypadku napojów z dodatkiem alkoholu typu alkopop $\frac{3}{4}$ badanej młodzieży (75,5%) deklaruje, że nie pije tego rodzaju napojów. Jednak $\frac{1}{4}$ badanych nastolatków (24,5%) sięga po ten typ alkoholu. Większość z nich (21,1%) pije alkoholizowane napoje sporadycznie, jednak (3%) badanych pije je co najmniej jeden raz w miesiącu, a jedna osoba co najmniej w każdym tygodniu. Prawdopodobnie jest to ta sama osoba, która sięga również po wódkę.

W młodym pokoleniu, podobnie jak to ma miejsce w dorosłej części społeczeństwa, piwo, wino i wódka zdają się pełnić inne funkcje. Spożywanie wina ma wyraźnie symboliczny charakter, stąd mniejsze ilości jego picia.

Tabela III-64. Częstotliwość picia alkoholu zależności od jego rodzaju

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
PIWO						
codziennie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym tygodniu	6	2,26%	3	2,42%	3	2,13%
w każdym miesiącu	12	4,53%	4	3,23%	8	5,67%
rzadko	82	30,94%	41	33,06%	41	29,08%
nigdy	165	62,26%	76	61,29%	89	63,12%

$$\chi^2=1,272 \text{ df}=4 \text{ p}>0,735$$

WINO

codziennie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym tygodniu	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym miesiącu	6	2,26%	3	2,42%	3	2,13%
rzadko	44	16,60%	21	16,94%	23	16,31%
nigdy	215	81,13%	100	80,65%	115	81,56%

$$\chi^2=0,047 \text{ df}=4 \text{ p}>0,976$$

WÓDKA, KONIAK, WHISKY

codziennie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym tygodniu	1	0,38%	1	0,81%	0	0,00%
w każdym miesiącu	5	1,89%	1	0,81%	4	2,84%
rzadko	37	13,96%	20	16,13%	17	12,06%
nigdy	222	83,77%	102	82,26%	120	85,11%

$$\chi^2=3,426 \text{ df}=4 \text{ p}>0,330$$

GOTOWE NAPOJE Z DODATKIEM ALKOHOLU typu alkopop

codziennie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym tygodniu	1	0,38%	1	0,81%	0	0,00%
w każdym miesiącu	8	3,02%	4	3,23%	4	2,84%
rzadko	56	21,13%	24	19,35%	32	22,70%
nigdy	200	75,47%	95	76,61%	105	74,47%

$$\chi^2=1,559 \quad df=4 \quad p>0,668$$

Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia młodego pokolenia, jak również dla porządku publicznego jest picie alkoholu w znacznych jego ilościach, prowadzących do przekroczenia progu nietrzeźwości.

Badani uczniowie zostali zapytani, czy kiedykolwiek w swoim krótkim życiu wypili taką ilość alkoholu, która spowodowała, że czuli się pijani. Większość badanych uczniów (90,57%) potwierdziła brak takiego zdarzenia [Tabela 65]. Jednak (9,4%) nastolatków deklaruje, że mieli taki epizod w swoim życiu. Dla większości z nich (6,8%) było to zdarzenie jednorazowe. Jednak dla siedmiu osób (2,7%) nie był to jednorazowy epizod, gdyż zdarzyło im się upić dwa a nawet trzy razy. Nie stwierdzono znamienych różnic statystycznych między dziewczętami a chłopcami ($p<0,730$) odnośnie upijania się, mimo iż chłopcy (10,48%) nieznacznie częściej niż dziewczęta (8,51%) przekraczali tę granicę.

Tabela III-65. Odpowiedzi uczniów na pytanie, czy kiedykolwiek byli pijani

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nie, nigdy	240	90,57%	111	89,52%	129	91,49%
tak, 1 raz	18	6,79%	10	8,06%	8	5,67%
tak, 2-3 razy	7	2,64%	3	2,42%	4	2,84%
tak, 4-10 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
tak, więcej niż 10 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

$$\chi^2=0,627; \quad df=4; \quad p>0,730$$

Sięganie po napoje alkoholowe oraz rozmiary picia zależne są, przynajmniej w pewnym stopniu, od postaw i oczekiwań wobec alkoholu. Badani uczniowie zostali poproszeni o wskazanie ich zdaniem, głównych motywów sięgania po alkohol przez nieletnich. W pytaniu istniała możliwość wielokrotnego wyboru oraz wskazania własnej, nieuwzględnionej w kafeterii odpowiedzi.

Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych między chłopcami a dziewczętami odnośnie motywów sięgania po alkohol przez nieletnią młodzież [Tabela 66]. Różnica zbliżona do statystycznej istotności dotyczyła picia alkoholu przez

młodzież dla *dobrej zabawy*, ($p \sim 0,069$) i z *powodu nudy*, ($p \sim 0,063$). Dziewczęta częściej wskazywały, że młodzież sięga po alkohol dla *dobrej zabawy*. (29,8% vs. 19,4%) Chłopcy, że z powodu *zwykłej nudy*. (8,9% vs. 2,8%)

Najczęstszą przyczyną sięgania po alkohol przez nieletnich, w opinii badanych nastolatków jest *chęć zaimponowania innym* oraz *uzyskania aprobaty i uznania grupy* (34,34%). Młodzież sięga po alkohol dla „*dobrej*” zabawy (24,9%) i z powodu faktu, że *piją rówieśnicy* (24,5%). Niebagatelną rolę w sięganiu po alkohol odgrywa *przyjemność* jaka jest odczuwana po jego spożyciu (22,3%) oraz *ciekawość* (21,9%). Spożywanie alkoholu w opinii nastolatków ułatwia przezwyciężenie *nieśmiałości i lęku przed innymi* (6,8%). Jedną z przyczyn sięgania po alkohol jest *chęć naśladowania dorosłych* (6,4%), „*zwykła*” *nuda*, czyli brak alternatywy na ciekawe zagospodarowanie czasu wolnego (5,7%) oraz codzienny *stres*

Marginalny odsetek badanych (1,51%) uznaje „*stres*” dnia codziennego jako przyczynę sięgania po alkohol. W tym przypadku alkohol jest „*środkiem*” ułatwiającym „*odstresowanie się*”. Należy zauważyć, iż postrzeganie alkoholu jako „*środka*” ułatwiającego wyciszenie się, odprężenie i rozluźnienie, jest o tyle niebezpieczne, że może prowadzić do zespołu uzależnienia. W szkole, w ramach edukacji zdrowotnej powinny zostać wprowadzone programy przybliżające uczniom metody relaksacyjne.

Tabela III-66. Opinia młodzieży na temat przyczyn sięgania po alkohol przez nieletnich

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		Chi ²	df	
by zaimponować innym	91	34,34%	39	31,45%	52	36,88%	0,638	1	p>0,424
dla dobrej zabawy	66	24,91%	24	19,35%	42	29,79%	3,302	1	p~0,069
bo piją rówieśnicy	65	24,53%	24	19,35%	41	29,08%	2,865	1	p>0,090
dla przyjemności	59	22,26%	30	24,19%	29	20,57%	0,314	1	p>0,575
z ciekawości	58	21,89%	29	23,39%	29	20,57%	0,164	1	p>0,685
dla ośmielenia	18	6,79%	7	5,65%	11	7,80%	0,204	1	p>0,651
bo pija dorośli	17	6,42%	11	8,87%	6	4,26%	1,636	1	p>0,200
z nudy	15	5,66%	11	8,87%	4	2,84%	3,440	1	p~0,063
inne: stres	4	1,51%	1	0,81%	3	2,13%	0,141	1	p>0,707

Alkohol, jako substancja zdecydowanie szkodliwa dla zdrowia, jest postrzegana zaledwie przez $\frac{1}{3}$ badanej młodzieży (33,4%). Aż $\frac{1}{4}$ nastolatków (28,7%) uzależnia wpływ alkoholu na zdrowie, od ilości jego wypicia, uznając prawdopodobnie, że małe jego ilości są nieszkodliwe, bądź neutralne dla zdrowia. Co piętnasty nastolatek (6,0%) spożywanie alkoholu uważa za czynność dla zdrowia nieszkodliwą. Dziewięć osób

(3,4%) nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Różnica w subiektywnej opinii na temat szkodliwości picia alkoholu w obrębie badanych grup, była znamienne istotna, ($p < 0,000$). Dziewczęta częściej niż chłopcy picie alkoholu spostrzegają jako czynność szkodliwą dla zdrowia (71,7% vs. 61,9%), w przeciwieństwie do chłopców, którzy picie alkoholu uważają za czynność obojętną lub nieszkodliwą dla zdrowia (12,1% vs. 0,7%), [Tabela 67].

Tabela III-67. Subiektywna opinia badanej młodzieży na temat szkodliwości picia alkoholu przez nieletnich

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
zdecydowanie szkodliwy	99	37,36%	39	31,45%	60	42,55%
raczej szkodliwy	65	24,53%	24	19,35%	41	29,08%
raczej nieszkodliwy	13	4,91%	13	10,48%	0	0,00%
zdecydowanie nieszkodliwy	3	1,13%	2	1,61%	1	0,71%
to zależy od ilości wypitego alkoholu	76	28,68%	39	31,45%	37	26,24%
trudno powiedzieć	9	3,40%	7	5,65%	2	1,42%

$\chi^2=24,073$ $df=5$ $p < 0,000$

Podsumowując ten wycinek analiz, należy zauważyć, iż to, w jaki sposób ludzie postrzegają alkohol i jego efekty, wpływa na ich zachowania względem niego tzn. czy i kiedy zaczynają pić i jak dużo. Nastolatek, który oczekuje, że picie alkoholu będzie przyjemnym doświadczeniem, prędzej sięgnie po alkohol niż jego kolega, który nie ma podobnych oczekiwań. Duże znaczenie mają tu wzorce picia prezentowane przez dorosłych z otoczenia dzieci, które spożywanie alkoholu odbierają często jako „atrybut dorosłości” i element „dobrej zabawy”. Zastanawiająca jest łatwość dostępu nieletnich do napojów alkoholowych, mimo, iż oficjalnie sprzedaż alkoholu osobom poniżej osiemnastego roku życia jest prawnie zakazana. Badania z ostatnich lat ukazują niepokojącą tendencję wzrostową odsetka młodzieży sięgającej po alkohol, jak również fakt, że problem ten dotyczy coraz młodszych grup wiekowych [Sadowska-Mazuryk J., i in., 2013, s. 175-176] Analiza doniesień z innych regionów świata pozwala stwierdzić, że nadużywanie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną to nie „izolowany problem”, ale zjawisko globalne, wieloelementowe któremu należy zdecydowanie przeciwdziałać [Resler K., Cichosz D., 2015, s. 295-301]. Należy mieć nadzieję, że właściwa edukacja młodzieży w tym względzie, a także prawidłowe wzorce społeczno-kulturowe przyczynią się do ograniczenia spożywania alkoholu przez młodych ludzi, zwłaszcza nastolatków.

Wyniki badań HBSC z 2014 roku pokazały, że aż (42,6%) nastolatków w wieku 11-15 lat piło alkohol, w tym (6,4%) co najmniej raz w tygodniu. Co piąty nastolatek upił się co najmniej raz w życiu (21,1%), a (3,2%) zrobiło to więcej niż 10 razy. Porównując dane z 2010 roku należy zauważyć istotny spadek ogólnej częstości picia (z 43,6% do 42,6%), jak również upijania się (z 26,1% do 21,1%). Zaobserwowano natomiast częstsze upijanie się dzieci w wieku 11 lat i coraz większy odsetek uczniów deklarujących codzienne picie alkoholu (2,5% vs. 3,1%). Porównując skrajne grupy wieku (11-15 lat) należy zauważyć dwukrotny wzrost ogólnej częstości picia alkoholu. (34,9%) nastolatków sięgnęło po alkohol mając zaledwie 13 lat lub mniej, a (9,2%) upiło się po raz pierwszy w tak wczesnym wieku. Porównując dane z 2010 roku, zaobserwowano zmiany głównie w zakresie wczesnej inicjacji picia (z 47,8% do 42,6%). Korzystne zmiany w tym zakresie dotyczą obu płci.

Odsetek chłopców, którzy po raz pierwszy upili się przed 14 rokiem życia, zmniejszył się (z 13,4% do 9,7%), podczas gdy odsetek dziewcząt zwiększył się (z 5,0% do 8,7%).

Oznacza to zniwelowanie różnic związanych z płcią o 4,7 punktu procentowego. Wśród artykułów alkoholowych piwo było najczęściej spożywanym przez młodzież napojem zawierającym alkohol [Dzielska A., 2015, s. 178-181].

Wyniki badań własnych korespondują z danymi uzyskanymi w badaniach HBSC. Ponad (38%) badanych uczniów, w tym (37,9%) chłopców i (33,8%) dziewcząt próbowało już w swoim życiu alkoholu. Średnia wieku inicjacji alkoholowej wynosi 13,2 lat. Co piętnasty badany nastolatek upił się co najmniej jeden raz w życiu, a (2,6%) co najmniej trzy razy. Ulubionym trunkiem młodzieży szkolnej jest piwo i napoje alkoholizowane, które są spożywane co najmniej jeden raz w tygodniu. Mniejszą popularnością cieszy się wino i wódka, po które uczniowie sięgają co najmniej jeden raz w miesiącu. Płeć nie różnicowała statystycznie istotnie picia alkoholu, ani częstości jego picia.

4.3. Używanie substancji narkotycznych

Narkotyki w naszym kraju postrzegane są jako kulturowo obce i groźne zarówno dla jednostki, jak i życia społecznego. Sięganie po narkotyki traktowane jest z jednej strony jako łamanie podstawowych norm społecznych, z drugiej, jako ogromne zagrożenie dla zdrowia społeczeństwa [Sierosławski J., 2013a, s. 96]. Świadomość konsekwencji społecznych i zdrowotnych znalazła odzwierciedlenie w prawnym

statucie tych substancji. W Polsce narkotyki są nielegalne, a ich posiadanie nawet w niewielkich ilościach, zagrożone jest sankcjami prawnymi, włącznie z karą pozbawienia wolności.

Termin *narkotyk* wywodzi się z greckiego słowa *narcotikos* tzn. „oszałamiający”. Pod pojęciem tym rozumie się substancje powodujące zniesienie bólu a wywołujące euforię i oszołomienie.

Badania przeprowadzone przez B. Fatygę i J. Sierosławskiego zwróciły uwagę na trudność w definiowaniu pojęcia „narkotyk.” przez młodych ludzi. Najczęściej określany jest on jako środek odurzający, oszałamiający, uzależniający, szkodliwy dla zdrowia, ale też dający przyjemne przeżycia. Autorzy zwracają uwagę, że młodzież spostrzega narkotyki poprzez dwa elementy: pozytywny i negatywny. Pierwszy kojarzy się z przyjemnością, z lepszym samopoczuciem, z nowymi wrażeniami i decyduje o jego atrakcyjności. Drugi wiąże się z zagrożeniami, głównie dotyczącymi zdrowia [1999, s. 78]. Z badań wynika, że narkotyki są obecne w życiu młodzieży szkolnej i są kojarzone najczęściej z pojęciem „bawić się”. Nie stwierdzono również, by narkotyki były przypisywane tylko grupom patologicznym i były przez młodzież jednoznacznie łączone z marginalizacją społeczną i dewiacją [za: Boczkowska M., 2015, s. 47]. Powody sięgania po narkotyki przez młodych ludzi bywają różne. Badania wskazują, iż główną przyczyną jest ciekawość, chęć spróbowania jego działania, przeżycie nieznanego doświadczenia. Badacze podkreślają, iż w inicjacji narkotykowej niebagatelną rolę odgrywa wpływ innych osób (kolegów, przyjaciół, znajomych), ponieważ przyjmowanie narkotyków w początkowej fazie, prawie nigdy nie odbywa się w samotności. Daje to młodemu człowiekowi poczucie przynależności do grupy, zyskania jej akceptacji czy chociażby uniknięcia jej dezaprobaty [za: Jabłoński P., Jędrzejko M., 2011, s. 34].

Z pierwszymi próbami „zabawy” z narkotykiem nie idzie w parze świadomość zdrowotna. Tylko nieliczni uczniowie potrafią określić rzeczywiste, dalekosiężne skutki uzależnień narkotykowych. Młodzi ludzie nie mają do końca świadomości, że przyjmowanie narkotyków gwałtownie ogranicza zdolności oraz powoduje trwałe zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, zwłaszcza w obszarach mózgowych, odpowiedzialnych za ocenę sytuacji, podejmowania decyzji, uczenia się i pamięć oraz kontrolę zachowania. Nie mają wiedzy, iż trwałe zmiany w mózgu, będące konsekwencją uzależnienia, są przyczyną zachowań kompulsywnych i destrukcyjnych [Sierosławski J., Zieliński A., 2002; Jabłoński P., Jędrzejko M., 2011, s. 43-44]. Wyniki

badan pokazuja, ze branie narkotykow przez mlodzięz w wieku szkolnym laczy sie z problemami w relacjach z rodzicami, nauczycielami i przyjaciolmi, a takze z klopotami w nauce [Bobrowski K., 2006, s. 230].

J. Ostaszewski zauwaza, ze relacje z rodzicami i nauczycielami oraz przystosowanie do wymagan szkolnych, to obszary wazne z perspektywy prawidlowej socjalizacji mlodzięzy. Problemy i trudnosci w tych istotnych obszarach spolecznego funkcjonowania, moga byc zrodlem potencjalnych strat w rozwoju osobistym mlodego pokolenia, trudnosci w uzyskaniu wyksztalczenia, a takze w rozwoju moralnym i duchowym. Z kolei problemy w kontaktach z doroslymi moga prowadzic do oslabienia wsparcia i wlasciwego nadzoru z ich strony, zwiększajac tym samym podatnosć mlodego czlowieka na dzialanie srodowiskowych i rowiesniczych czynnikow ryzyka. Zauwaza sie, iz partnerskie relacje miedzy doroslymi, (rodzicami i nauczycielami) a mlodzięza, moga stanowic mechanizm, ktory w okresie dorastania jest waznym czynnikiem chroniacym przed wszelkiego rodzaju uzaleznieniami [2008, s. 383].

Badanej mlodzięzy zadano pytanie, czy w swoim srodowisku (w szkole, na podworcu, w rodzinie) zetknęli sie z substancjami narkotycznymi.

Blisko 1/3 badanej mlodzięzy (30,94%) potwierdzila, iz w swoim srodowisku zetknęla sie z substancjami narkotykami. Nie zaobserwowano istotnej rozniczy statystycznej w obrębie płci, odnośnie kontaktów z substancjami narkotycznymi, ($p < 0,816$), mimo, iz dziewczęta nieznacznie częściej niz chłopcy deklaruja kontakt z nimi, (31,9% vs. 29,8%) [Tabela 68].

Tabela III-68. Odpowiedzi badanej mlodzięzy na pytanie, czy w swoim srodowisku zetknęli sie z narkotykami

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
zetknęli się	82	30,94%	37	29,84%	45	31,91%
nie zetknęli się	183	69,06%	87	70,16%	96	68,09%

$\chi^2=0,054$ $df=1$ $p>0,816$

Dokonano zatem analizy częstości zażywania poszczegolnych substancji narkotycznych przez badanych uczniow.

Badana mlodzięz szkolna najczęściej sięgala po marihuanę i leki, sporadycznie po haszysz, heroinę, amfetaminę, halucynogeny, LSD i opiaty. Palenie marihuany deklaruje laczenie 33 badanych uczniow, co stanowiło (12,5%) wszystkich ankietowanych. Mlodzięz marihuanę pali z różną częstotliwoscia, najczęściej

okazjonalnie (3,8%), raz góra dwa razy. Jednak(8,7%) nastolatków deklaruje, że pali marihuanę częściej, dziesięć i więcej razy, co świadczy o popularności i dostępności tej substancji. Z danych empirycznych wynika, że młodzież nie zażywa środków psychoaktywnych silnie uzależniających, należących do grupy tzw. narkotyków twardych tj. haszysz, heroinę, amfetaminę itp.

Do szerokiej grupy substancji psychoaktywnych należą także substancje legalne, takie jak: leki przeciwbólowe i leki nasenne, syropy czy substancje wziewne. Szesnastu uczniów deklaruje (6,04%), że przyjmuje leki z zamiarem odurzenia się. W grupie tej, (4,2%) nastolatków zażywało leki okazjonalnie, zdarzyło się jeden może dwa razy. Trzy osoby (1,9%), eksperymentowały z lekami częściej, dziesięć i więcej razy. Różnica między chłopcami a dziewczętami odnośnie zażywania leków w celu innym niż zdrowotny, nie była statystycznie istotna, ($p < 0,162$), mimo, iż dziewczęta (8,5%) częściej niż ich koledzy (3,2%) sięgają po leki. Być może, ma to związek z większą labilnością układu nerwowego dziewcząt w tym okresie. Duży niepokój wzbudza stosunkowo łatwy dostęp młodzieży do leków, zwłaszcza tych, przepisywanych tylko na receptę. Niepokojący jest również brak kontroli rodziców nad lekami przyjmowanymi przez ich dzieci, szczególnie tych na bazie ziół, które tylko z pozoru wyglądają niewinnie.

Nie zauważono znamienych różnic statystycznych między chłopcami a dziewczętami w częstotliwości spożywania substancji narkotycznych wymienionych w tabeli 69, z wyjątkiem marihuany. Różnica między chłopcami a dziewczętami występowała na poziomie zbliżonym do istotności statystycznej, ($p \sim 0,073$). Chłopcy (17,7%) istotnie częściej niż dziewczęta (7,8%) palili marihuanę. Brak różnic w częstotliwości używania pozostałych spośród analizowanych substancji narkotycznych wynika z faktu, rzadkiego, sporadycznego (raz, góra dwa razy) kontaktu uczniów z tymi substancjami.

Tabela III-69. Częstotliwość używania n/w substancji psychotropowych przez badaną młodzież

Kategoria odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
MARIHUANA						
nigdy	232	87,55%	102	82,26%	130	92,20%
1 lub 2 razy	10	3,77%	6	4,84%	4	2,84%
3-6 razy	12	4,53%	7	5,65%	5	3,55%
6-9 razy	4	1,51%	4	3,23%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	4	1,51%	2	1,61%	2	1,42%

więcej niż 20 razy	3	1,13%	3	2,42%	0	0,00%
--------------------	---	-------	---	-------	---	-------

$\chi^2=10,063$ df=5 p~0,073

HASZYSZ

nigdy	260	98, 11%	120	96,77%	140	99,29%
1 lub 2 razy	5	1,89%	4	3,23%	1	0,71%
3-6 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
6-9 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

$\chi^2=1, 102$ df=5 p>0, 293

HEROINA, MORFINA

nigdy	264	99,62%	124	100 %	140	99,29%
1 lub 2 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
3-6 razy	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%
6-9 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

$\chi^2=0,004$ df=5 p>0,948

AMFETAMINA

nigdy	263	99,25%	123	99,19%	140	99,29%
1 lub 2 razy	2	0,75%	1	0,81%	1	0,71%
3-6 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
6-9 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

$\chi^2=0,384$ df=5 p>0,535

HALUCYNOGENY

nigdy	262	98,87%	123	99,19%	139	98,58%
1 lub 2 razy	2	0,75%	0	0,00%	2	1,42%
3-6 razy	1	0,38%	1	0,81%	0	0,00%
6-9 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

$\chi^2=2,898$ df=5 p>0, 234

LSD /KWASY

nigdy	264	99,62%	124	100%	140	99,29%
1 lub 2 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
3-6 razy	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%
6-9 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

$\chi^2=0,00$ df=5 p>0,948

OPIATY

nigdy	263	99,25%	123	99,19%	140	99,29%
1 lub 2 razy	2	0,75%	1	0,81%	1	0,71%
3-6 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
6-9 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

więcej niż 20 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
--------------------	---	-------	---	-------	---	-------

$\chi^2=0,384$ df=5 p>0,535

LEKI USPOKAJAJACE, LEKI PSYCHOTROPOWE

nigdy	249	93,96%	120	96,77%	129	91,49%
1 lub 2 razy	11	4,15%	3	2,42%	8	5,67%
3-6 razy	2	0,75%	0	0,00%	2	1,42%
6-9 razy	1	0,38%	1	0,81%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	2	0,75%	0	0,00%	2	1,42%
więcej niż 20 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

$\chi^2=6,534$ df=5 p>0,162

Mimo, iż badana młodzież w zdecydowanej większości nie miała kontaktu z narkotykami [Tabela 69], zdecydowano się jednak zbadać średni wiek inicjacji w grupie uczniów deklarujących ich przyjmowanie.

Średnia wieku inicjacji narkotykowej w badanej grupie uczniów wynosiła 13,8 lat. Dziewczęta z narkotykami zetknęły się nieznacznie wcześniej niż chłopcy. Średnia wieku inicjacji w grupie dziewcząt wynosiła 13,7 lat, a w grupie chłopców 14 lat.

Nie stwierdzono znamiennej różnicy statystycznej ($p<0,369$) w obrębie płci, odnośnie średniej wieku zetknięcia się z substancjami narkotycznymi. Rozpiętość wieku inicjacji w grupie dziewcząt wynosiła 9-15 lat, a w grupie chłopców 13-15 lat.

Tabela III-70. Wiek inicjacji spożywania środków psychoaktywnych

płeć	n	Wiek (lata)				Test t-Studenta
		średnia	odch.std	min	max	
chłopcy	24	13,96	0,69	13	15	p>0,369
dziewczęta	24	13,71	1,16	9	15	
Ogółem	48	13,83	0,95	9	15	

Badaną grupę młodzieży zapytano o motywy sięgania przez nieletnich po substancje narkotyczne.

W opinii młodzieży najczęstszym powodem sięgania po narkotyki, jest *chęć zaimponowania rówieśnikom* (29,81%) oraz zwykła *ciekawość* (29,43%). Równie ważnym motywem jest *chęć zapomnienia o problemach* (28,30%), w czym w opinii badanych mają pomóc narkotyki. *Chęć dobrej zabawy* (23,40%), *odczuwania przyjemności* (15,85%) to częsty powód zażywania zakazanych substancji. *Presja grupy, a zwłaszcza silna potrzeba jej akceptacji* (13,96%) jest zdaniem ankietowanych częstą przyczyną nieprzemyślanych zachowań. Wśród innych przyczyn sięgania po narkotyki uczniowie wymienili: *modę na narkotyki* (13,21%), *brak ciekawego zagospodarowania czasu wolnego* (6,42%), a także *przełamanie bariery własnej*

nieśmiałości (2,64%). Młodzież nie podała innych, nie wymienionych w kafeterii przyczyn. Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych między chłopcami a dziewczętami odnośnie przyczyn sięgania po substancje narkotyczne przez nieletnich [Tabela 71]. Dziewczęta częściej niż chłopcy jako przyczynę wymieniły: *chęć zaimponowania rówieśnikom, by zapomnieć o problemach, dla dobrej zabawy, bo są modne, z nudy*. Chłopcy częściej jako przyczynę wymienili: *ciekawość* oraz *przyjemność* jaką ponoć mogą dać narkotyki.

Tabela III-71. Subiektywna opinia młodzieży na temat przyczyn sięgania po środki narkotyczne przez nieletnich

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)		χ^2	df	
by zaimponować rówieśnikom	79	29,81%	32	25,81%	47	33,33%	1,445	1	p>0,229
z ciekawości	78	29,43%	39	31,45%	39	27,66%	0,292	1	p>0,588
by zapomnieć o problemach	75	28,30%	30	24,19%	45	31,91%	1,577	1	p>0,209
dla dobrej zabawy	62	23,40%	23	18,55%	39	27,66%	2,569	1	p>0,108
dla przyjemności	42	15,85%	22	17,74%	20	14,18%	0,388	1	p>0,533
bo ulegają presji kolegów	37	13,96%	17	13,71%	20	14,18%	0,004	1	p>0,947
bo są modne	35	13,21%	13	10,48%	22	15,60%	1,095	1	p>0,295
z nudy	17	6,42%	6	4,84%	11	7,80%	0,534	1	p>0,464
dla ośmielenia	7	2,64%	3	2,42%	4	2,84%	0,030	1	p>0,863

Większość badanych uczniów (70,19%) spostrzega narkotyki jako substancję zdecydowanie szkodliwą dla zdrowia. Jednak (9,8%) nastolatków spostrzega je jako substancję raczej szkodliwą. Co dziesiąty (10,2%) uczeń uzależnia szkodliwy wpływ narkotyków na zdrowie od jego rodzaju, co sugeruje, że niektóre substancje tj. marihuana czy leki OTC młodzież nie spostrzega w kategorii narkotyku. Może to być o tyle niebezpieczne, że marihuana często jest zażywana jako pierwszy środek, po którym młodzież często sięga po inne substancje z grupy tzw. twardych narkotyków. Co dwudziesty uczeń (4,2%) narkotyki spostrzega jako substancję nieszkodliwą dla zdrowia. Ocena ta może być spowodowane brakiem lub niedostatkim wiedzy na temat szkodliwego wpływu na zdrowie kannabinoli (marihuana, haszysz), oraz niektórych leków zwłaszcza tych grupy psychotropowych i uspokajających, szczególnie gdy są one łączone z alkoholem. Piętnastu uczniów (5,7%) nie udzieliło odpowiedzi. Różnica w subiektywnej opinii na temat szkodliwości narkotyków na zdrowie w obrębie badanej płci nie jest statystycznie istotna, ($p < 0,370$). Zauważono jednak, iż dziewczęta

zdecydowanie częściej niż chłopcy narkotyki spostrzegają w kategorii szkodliwej dla zdrowia (75,2% vs. 64,5%), w przeciwieństwie do chłopców, którzy wykazują bardziej liberalną postawę w tym temacie i spostrzegają narkotyki jako substancję nieszkodliwą lub raczej nieszkodliwą dla zdrowia (5,7% vs. 2,85).

Tabela III-72. Subiektywna opinia uczniów na temat szkodliwości środków odurzających

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
zdecydowanie szkodliwe	186	70,19%	80	64,52%	106	75,18%
raczej szkodliwe	26	9,81%	12	9,68%	14	9,93%
raczej nieszkodliwe	7	2,64%	4	3,23%	3	2,13%
zdecydowanie nieszkodliwe	4	1,51%	3	2,42%	1	0,71%
to zależy od rodzaju zażytego narkotyku	27	10,19%	16	12,90%	11	7,80%
trudno powiedzieć	15	5,66%	9	7,26%	6	4,26%

$\chi^2=5,3$ df=5 p>0,370

Podsumowując ten wycinek analiz, należy zwrócić uwagę na raport Najwyższej Izby Kontroli z 2013 roku, z którego wynika, że ponad (31%) uczniów było świadkiem zażywania narkotyków na terenie szkoły lub słyszało o tym z wiarygodnego źródła. Aż (17%) było świadkiem sprzedaży narkotyków na terenie szkoły lub o tym słyszało. Ponad (28%) ankietowanych nauczycieli przyznało, że w ich szkołach istnieje problem zażywania narkotyków. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli skuteczną profilaktykę antynarkotykową powstrzymuje w wielu szkołach strach przed nadszarpnięciem wizerunku placówki lub niedoceniającą wagę problemu. Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli głównym celem edukacyjnym w szkołach powinno być ukształtowanie u ucznia postawy prozdrowotnej warunkującej dokonywanie właściwych wyborów. W trakcie nauki szkolnej - z zakresu biologii i chemii - uczeń powinien zostać wyposażony w wiadomości na temat szkodliwości środków psychoaktywnych, jak również zrozumieć, dlaczego nie należy z nimi eksperymentować. Działalność edukacyjna szkoły, poza szkolnym zestawem programów nauczania, powinna obejmować zdaniem NIK program wychowawczy i program profilaktyki, które powinny być dostosowane do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska. Działania profilaktyczne i interwencyjne powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb i problemów szkoły i powinny zostać ukierunkowane na ich rozwiązanie. NIK zwróciła uwagę na fakt, że szkoły nie wykorzystują skutecznych i sprawdzonych programów profilaktycznych, rekomendowanych w europejskiej bazie programów

EDDRA (*Exchange on Drug Demand Reduction Action*) czy krajowym Systemie Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego. Dyrektorzy zdaniem NIK często nie mają o nich wiedzy, a z kolei Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i resort edukacji nie promują skutecznie tych programów w szkołach.

Z danych badań HBSC z 2014 roku wynika, że marihuany/haszyszu w swoim krótkim życiu próbowało aż (23,9%) badanych 15-latków, a w ostatnich 30 dniach przed badaniem (10,9%) ogółu badanych 15-latków. W stosunku do 2010 roku odsetki te zwiększyły się odpowiednio o pięć i trzy punkty procentowe, co wynika z istotnego wzrostu używania tych substancji przez dziewczęta (wzrost o osiem punktów procentowych). Średni wiek inicjacji w obu badanych grupach wynosił 14,3 lat, Wczesna inicjacja narkotykowa (13 lat i mniej) dotyczyła 4,1% chłopców oraz (3,4%) dziewcząt w wieku 15-u lat [Wojnarowska B., 2015, s. 198-190].

Wyniki uzyskane w badaniach własnych są bardziej optymistyczne niż te w badaniach HBSC z 2014 roku. Wynika z nich, że marihuany w swoim życiu próbowało (12,5%) badanych nastolatków, w tym (17,7%) chłopców i (7,8%) dziewcząt.

Średnia wieku inicjacji narkotykowej w badanej grupie uczniów wynosiła 13,8 lat. Płeć różnicowała palenie marihuany na poziomie zbliżonym do istotności statystycznej, ($p \sim 0,073$).

Jeżeli chodzi o kontakt z narkotykami to wyniki badań własnych są zbliżone do danych uzyskanych w raporcie NIK z 2013 roku. Z danych empirycznych wynika, że (30,9%) badanych uczniów zetknęła się w swoim środowisku z narkotykami. (31,9%) dziewcząt i (29,8%) chłopców było świadkiem ich zażywania lub słyszało o tym z wiarygodnego źródła.

Termin „dopalacze” nie jest określeniem precyzyjnym i nie ma charakteru naukowego. Obejmuje szerokie spectrum substancji pochodzenia naturalnego, jak i syntetycznego lub ich mieszanek o rzekomym, bądź faktycznym działaniu psychoaktywnym. Dopalacze mogą działać zarówno pobudzająco, jak i uspokajająco, psychodelicznie i halucynogennie [Jabłoński P., Malczewski A., 2014, s. 11]. Działając na ośrodkowy układ nerwowy mogą powodować efekty przypominające skutki po zażyciu kokainy, haszyszu, ekstazy czy LSD. Podobnie jak w przypadku narkotyków objawy używania zależą od rodzaju substancji, przyjętej dawki, jak również cech psychofizycznych danej osoby Nie ma jednego wzorca reakcji na przyjętą substancję –

tolerowana przez jednych, dla innych, może być poważną w skutkach trucizną, nawet ze skutkiem śmiertelnym [Lubecka B., i in., 2018, s. 99-102]. Należy zauważyć, że „dopalacze” w Polsce długo traktowane były jako produkt kolekcjonerski, a ich sprzedaż nie była prawnie zakazana. Dlatego obrosły w liczne mity, wśród których najniebezpieczniejszym jest twierdzenie, że są bezpieczne dla zdrowia lub przynajmniej nie szkodzą [Kołodziejczyk M., 2008, s. 26-28]. Także osoby handlujące „dopalaczami” rozpowszechniają informacje jakoby „dopalacze” są bezpieczną alternatywą dla narkotyków. W rzeczywistości mamy często do czynienia z produktami o nieznanym składzie i właściwościach psychochemicznych, kuszących potencjalnych nabywców orientalnymi nazwami i skojarzeniami z nimi związanymi tj.: „indiański wojownik”, „zioło marzeń”, „ekstrakt błękitnego lotosu” [Jabłoński P., Jędrzejko M., 2011, s. 86-88; Zawilska J., 2016, s. 45-50].

Zjawisko „dopalaczy” urosło do rangi poważnego problemu społecznego w 2010 roku, głównie z powodu gwałtownego wzrostu podaży oraz dowiedzionych medycznie konsekwencji zdrowotnych w postaci licznych ostrych zatruc organizmu włącznie ze zgonami. Nagłośnione w mediach informacje o zgonach po zażyciu dopalaczy przez młodych ludzi, doprowadziła do uruchomienia w polskim szkolnictwie szerokiej kampanii antydopalaczowej adresowanej do uczniów w okresie dorastania i młodzieży starszej. Wydaje się, że działania te przynoszą doraźne efekty, chociaż pokazują również, że profilaktyka nowych uzależnień, ma ciągle charakter kampanijny, a nie działań systemowych [Jabłoński P., Jędrzejko M., 2011, s. 90].

„Dopalacze” to trzecia w kolejności, po marihuanie i lekach OTC substancja odurzająca z którą zetknęli się badani nastolatki. Kontakt z nimi deklaruje (5,3%) uczniów. Część z nich (4,2%) sięgnęła po „dopalacze” raz lub dwa razy, można powiedzieć, że eksperymentowała z nimi. Jednak trzy osoby (1,1%) deklarują częstszy z nimi kontakt, dziesięć i więcej razy.

Płeć nie różnicowała statystycznie istnie chłopców i dziewcząt odnośnie zażywania „dopalaczy” ($p < 0,703$). Zauważono jednak, że dziewczęta (6,4%) częściej niż chłopcy (4,0%) sięgały po „dopalacze”, co pośrednio może świadczyć o ograniczonej wiedzy dziewcząt, na temat ryzyka ich przyjmowania.

Tabela III-73. Częstotliwość brania „dopalaczy” przez badaną młodzież

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nigdy	251	94,72%	119	95,97%	132	93,62%
1 lub 2 razy	11	4,15%	4	3,23%	7	4,96%
3-6 razy	2	0,75%	1	0,81%	1	0,71%
6-9 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%
więcej niż 20 razy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

$$\chi^2=1,407 \text{ df}=5 \text{ p}>0,703$$

Zaledwie $\frac{1}{3}$ badanych uczniów (32,8%) spostrzega „dopalacze” w kategorii narkotyku. Również $\frac{1}{3}$ skłania się uznać „dopalacze” za narkotyki. Co ósmy badany (12,8%) uzależnia zakwalifikowanie „dopalaczy” jako narkotyku od jego rodzaju, a co dziesiąty (10,2%) nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Także co dziesiąty badany nastolatek nie spostrzega „dopalaczy” w kategorii narkotyku (9,43%+ 0,75%). Różnica w obrębie badanej płci, odnośnie spostrzegania „dopalaczy” jako narkotyku nie była statystycznie istotna ($p<0,272$), mimo, iż chłopcy (10,5%) nieznacznie częściej niż dziewczęta (9,9%) byli skłonni nie kwalifikować „dopalaczy” jako narkotyku [Tabela 74].

Tabela III-74. Subiektywna opinia badanej młodzieży na temat „dopalaczy” jako narkotyku

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
zdecydowanie tak	87	32,83%	49	39,52%	38	26,95%
raczej tak	90	33,96%	40	32,26%	50	35,46%
to zależy od rodzaju dopalacza	34	12,83%	13	10,48%	21	14,89%
raczej nie	25	9,43%	12	9,68%	13	9,22%
zdecydowanie nie	2	0,75%	1	0,81%	1	0,71%
trudno powiedzieć	27	10,19%	9	7,26%	18	12,77%

$$\chi^2=6,360 \text{ df}=5 \text{ p}>0,272$$

4.4. Spożywanie napojów energetyzujących

Napoje energetyzujące współcześnie stają się powszechną używką nie tylko wśród dorosłych, ale także wśród młodzieży, zwłaszcza tej, w wieku dorastania. Należą do grupy produktów żywnościowych o największym wzroście sprzedaży, a tym samym popularności konsumenckiej. Są promowane jako produkty bezpieczne, zwiększające zdolności psychofizyczne organizmu i odpowiadające wzrastającemu tempu życia. Zaleca się ich spożycie w celu odzyskania lub utrzymania na wysokim poziomie energii

fizycznej i sprawności psychicznej [Harris J. L, Munsell C. R., 2015; Gunja N., Brown J. A., 2012; Reissig C. J., 2009]. W rzeczywistości napoje energetyzujące to bogate źródło łatwo przyswajalnych węglowodanów oraz związków aktywnych biologicznie – głównie kofeiny, która w młodym organizmie daje szybkie uzależnienie, oraz wpływa na wystąpienie bezsenności, insulinooporności, nadciśnienia i miażdżycy [Kozłowska-Wojciechowska M., on-line]. Regularne spożywanie środków energetyzujących nie pozostaje obojętne dla zdrowia. Badania pokazują, że osoby pijące napoje energetyzujące częściej niż 6 razy w miesiącu, z trzykrotnie większym prawdopodobieństwem niż inni palą papierosy, sięgają po alkohol, nadużywają leków i częściej angażują się w bójki [Cichocki M., 2012, s. 854-860]. M. Jędrzejko wskazuje, że (80%) młodzieży uzależnionej od narkotyków zaczynało od energetyzujących napojów, zwłaszcza gdy były łączone z alkoholem [Korczak J., Jędrzejko M., 2010]. Eksperyment badawczy przeprowadzony przez M. Szotowską [2013, s. 169-174] na grupie ochotników – młodych, zdrowych osób – wykazał, że przyjęcie wysokich dawek energizerów wpływa niekorzystnie na układ nerwowy i sercowo-naczyniowy. Po trzech godzinach od przyjęcia przez badanych napoju o zawartości 360 mg kofeiny obserwowano u nich tachykardię, niepokój i problemy z zasypianiem. Konsumpcja napojów energetyzujących sprzyja otyłości i problemom z uzębieniem, ze względu na wysoką zawartość cukrów [Motyka M., Marcinkowski J. T., 2015, s. 832].

Należy zauważyć, że napoje energetyzujące znajdują się w legalnym obrocie i są dostępne bez żadnych ograniczeń również dla dzieci młodszych, mimo iż są zalecane do spożycia przez producentów od 16 roku życia. Ta nieograniczona dostępność i niska świadomość społeczna na temat potencjalnych skutków zdrowotnych nadużywania tego rodzaju napojów, nakazuje konieczność podjęcia badań w celu określenia skali tego zjawiska.

Ponad połowa badanej młodzieży (62,26%) spożywa napoje energetyzujące. Różnica między chłopcami i dziewczętami dotycząca ich spożywania nie była statystycznie istotna, $p > 0,110$, mimo, iż chłopcy (67,74%) częściej niż dziewczęta (57,45%) sięgali po energizery.

Przeanalizowano zatem, częstotliwość ich spożywania w badanej grupie uczniów.

Badana młodzież deklaruje, że pije napoje energetyzujące sporadycznie, okazjonalnie (29,43%). Jednak co piąty badany uczeń (19,24%) spożywa kilka napojów w ciągu miesiąca, a co dziesiąty (9,81%) kilka napojów w ciągu tygodnia. Mała grupka

nastolatków (3,4%) spożywała energizery codziennie, a jedna osoba nawet kilka w ciągu dnia.

Płeć nie różnicowała statystycznie istotnie, częstości picia napojów energetyzujących, ($p > 0,560$), mimo, iż zauważono, że chłopcy częściej niż dziewczęta piją napoje energetyzujące (67,7% vs. 57,5%), [Tabela 75].

Tabela III-75. Spożywanie napojów energetyzujących przez badaną młodzież

Kategoria odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
spożywa	165	62,26%	84	67,74%	81	57,45%
nie spożywa	100	37,74%	40	32,26%	60	42,55%

$\chi^2=2,554$ df=1 $p > 0,110$

w tym:

okazjonalnie	78	29,43%	35	28,23%	43	30,49%
kilka w ciągu miesiąca	51	19,24%	28	22,57%	23	16,31%
kilka w ciągu tygodnia	26	9,81%	15	12,10%	11	7,81%
codziennie	9	3,40%	5	4,03%	4	2,84%
kilka w ciągu dnia	1	0,38%	1	0,81%	0	0,00%

$\chi^2=2,983$ df=4 $p > 0,560$

Podsumowując ten wycinek analiz, należy podkreślić znaczącą rolę reklamy w promowaniu spożywania tego produktu. Efektem pracy specjalistów od marketingu są z całą pewnością reklamy energizerów, jako alternatywy dla narkotyków. Produkowanie ich pod postacią gum do żucia, lodów, jogurtów i innych produktów spożywczych [Motyka M., Marcinkowski J. T, 2015, s. 837]. Tworzenie atrakcyjnych wizualnie opakowań oraz nazw tj. Cocaine, DareDevil, Bawls, Pimp Juice, Monster Assault, przy częstym pomijaniu informacji o zawartości kofeiny i możliwości wystąpienia działań niepożądanych. Obniżanie ceny produktu, umożliwia młodzieży jego zakup przy ograniczonych środkach finansowych. Niebagatelną rolę odgrywa też łatwy dostęp, umożliwiający nabycie energizerów we wszelkich punktach sprzedaży. Badania przeprowadzone przez J. L. Reid wśród kanadyjskich uczniów szkół średnich (n=23610) potwierdziły, że spożywanie napojów energetyzujących stanowi zachowanie coraz bardziej popularne w tym segmencie populacji [2015, s. 101-118]. Wobec narastania zjawiska spożywania napojów energetyzujących przez młodzież (a niekiedy i przez dzieci), niezbędne jest wprowadzanie działań profilaktycznych obejmujących grupy najbardziej narażone na podejmowanie tego typu aktywności - osoby poniżej szesnastego roku życia, oraz młodych dorosłych (szczególnie tych łączących energizery

z alkoholem). Grupy te stanowią zasadniczy obszar wymagający prozdrowotnej edukacji w tym zakresie.

4.5. Podejmowanie niezdrowej diety

Ideologia szczupłego ciała, jako „ideału” kobiecej urody, rozpowszechniana przez media, uruchomiła zjawisko kontrolowania masy ciała i masowego odchudzania się. Modzie tej ulegają już 11-letnie dziewczynki. Niska, bo kształtująca się dopiero samoocena przy silnej potrzebie akceptacji ze strony rówieśników i innych osób, sprzyja pojawieniu się zaburzeń w odżywianiu [Kasznia-Kocot J., i in., 2010, s. 14-15]. Badania przeprowadzone w Polsce w 2014 roku w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC), pokazują, że (23,5%) młodzieży odchudzało się, a (21,6%) uważało, że powinno schudnąć. Zjawisko to istotnie częściej dotyczyło dziewcząt (35,8%) niż chłopców(14,3%). Porównując wyniki badań z 2010 roku, stwierdzono zwiększenie się (z 17,2% do 23,6%) odsetka młodzieży odchudzającej się. U obu płci były to zmiany istotne, większe w grupie dziewcząt (z 20% 30,2%) niż w grupie chłopców (z 14,2% do 16,7%). Tempo zmian nasilało się w kolejnych grupach wieku, gdzie wzrost odsetka odchudzających się wynosił w grupie 11-latków- (2,4%), 13-latków –(7,4%) i 15-latków – (8,9%) [Jodkowska M., 2015, s. 164-166]. To nieuzasadnione odchudzanie oraz stosowanie diet eliminacyjnych i innych nieprawidłowych sposobów kontrolowania masy ciała, powinno niepokoić, tym bardziej, że może spowodować niedobory pokarmowe, a także wystąpienie zaburzenia wzrastania i dojrzewania, oraz może przyczyniać się do wystąpienia zaburzeń psychicznych typu bulimia czy anoreksja [Jodkowska M., Woynarowska B., Oblacińska A., 2007, s. 6]. Lansowany przez media wzorzec muskularnego ciała, ma również znaczący wpływ na zachowania dorastających chłopców. Badacze zwracają uwagę na występowanie w ostatnim czasie w męskiej części młodej populacji zjawiska odwróconej anoreksji tzw. „bigoreksji”, czyli nieadekwatnego obrazu siebie i własnego ciała. Zaburzenie to objawia się obsesją na punkcie umięśnionego ciała. Zaabsorbowanie wyglądem zewnętrznym i stosowanie rozmaitych odżywek i diet wspomagających rozwój tkanki mięśniowej należą do głównych objawów tego zaburzenia [Kliś-Pietrzak K., 2012, s. 249-256]. Chęć posiadania harmonijnie zbudowanego i umięśnionego ciała, nie idzie w parze ze świadomością szkodliwości anaboliików i innych specyfików. Młodzi chłopcy nie mają

świadomości, że leki te wpływają na wszystkie układy młodego organizmu, a ich nieodwracalnym efektem jest zamknięcie stref wzrostowych kości długich, co powoduje wczesne zakończenie wzrastania i niską ostateczną wysokość ciała [Jodkowska M., Woynarowska B., Oblacińska A., 2007, s. 7]. Uzasadnionym wydaje się monitorowanie rozmiarów i tendencji tego zjawiska.

W badanej grupie młodzieży stosowanie diety deklaruje aż $\frac{1}{5}$ uczniów (20,38%). Dietę podejmuje co czwarta badana dziewczyna (26,95%) i co ósmy badany chłopiec (12,90%). Aż $\frac{1}{4}$ badanych uczniów (25,28%), myśli o jej podjęciu. Różnica między chłopcami a dziewczętami odnośnie stosowania diety (najczęściej w celu schudnięcia) jest statystycznie istotna, ($p < 0,000$). Dziewczęta częściej niż chłopcy stosują dietę (26,95% vs. 12,90%) i również częściej niż chłopcy myślą o jej stosowaniu. (30,50% vs. 19,35%). Chłopcy natomiast częściej niż dziewczęta uważają, że ich waga jest prawidłowa, a co za tym idzie, nie mają potrzeby jej stosowania (51,61% vs. 31,91%) [Tabela 76].

Wśród wielu możliwości redukcji wagi, najczęstszym wybieranym sposobem jej spadku wśród badanej młodzieży jest: ograniczenie jedzenia (6,79%), stosowanie określonej „cud” diety (4,15%), ograniczenie słodyczy (3,40%), wprowadzenie do harmonogramu dnia ćwiczeń fizycznych (3,02%). W dalszej kolejności: praca z dietetykiem, ograniczenie jedzenia w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi, zażywanie środków farmakologicznych w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi.

Tabela III-76. Stosowanie metod odchudzania się przez badaną młodzież

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nie, bo moja waga jest prawidłowa	109	41,13%	64	51,61%	45	31,91%
nie, ale powinienem schudnąć	67	25,28%	24	19,35%	43	30,50%
nie, bo powinienem przytyć	35	13,21%	20	16,13%	15	10,64%
tak, stosuję	54	20,38%	16	12,90%	38	26,95%

* $\chi^2=17,358$ df=3 p<0,000

w tym

ograniczenie jedzenia	18	6,79%	4	3,23%	14	9,93%
stosowanie diety	11	4,15%	5	4,04%	6	4,26%
ograniczenie słodyczy	9	3,40%	1	0,81%	8	5,67%
ćwiczenia	8	3,02%	5	4,03%	3	2,13%
ćwiczenia, ograniczenie jedzenia	5	1,88%	1	0,81%	4	2,83%
ćwiczenia, środki farmakologiczne	2	0,75%	0	0,00%	2	1,41%
praca z dietetykiem	1	0,38%	0	0,00%	1	0,71%

Podsumowując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że zjawisko odchudzania związane jest między innymi z lansowanym w mediach, wzorcem „idealnego” ciała kobiety (szczupła lub bardzo szczupła sylwetka ciała) i mężczyzny (sylwetka wysoka, szczupła i umięśniona), jak również z panującymi powszechnie opiniami, że osoby szczupłe są bardziej atrakcyjne i łatwiej osiągają sukcesy osobiste i zawodowe.

Z badań empirycznych wynika, że dietę stosuje aż (20,4%) wszystkich ankietowanych nastolatków. Dziewczęta dietę stosują znamienne częściej niż chłopcy (27,0% vs. 12,9%). Różnica w obrębie płci jest statystycznie istotna, ($p < 0,001$).

4.6. Przemoc rówieśnicza

Szkoła obok rodziny jest, jednym z najważniejszych środowisk społecznych młodzieży. Jej zadaniem jest nie tylko rozwijanie wiedzy, ale także stymulowanie rozwoju poznawczego dziecka, jego zdolności intelektualnych, jak również wspieranie jego rozwoju społeczno-emocjonalnego. Ważną rolę w tym procesie odgrywa klimat szkoły oraz relacje interpersonalne dziecka, zarówno z nauczycielami, jak i rówieśnikami. Należy jednak pamiętać, że szkoła stanowi równocześnie obszar, na którym młody człowiek styka się z negatywnymi zjawiskami, do których możemy zaliczyć przemoc [Dojna K., 2008].

Przemoc w szkole jest jednym z przejawów szerszego zjawiska społecznego - przemocy wśród dzieci i młodzieży, agresji w relacjach społecznych i brutalizacji przekazów medialnych [Wrzesień M., 2009, s. 10]. Specyficznym rodzajem przemocy rówieśniczej jest „*bullying*” rozumiany jako dręczenie, znęcanie się czy prześladowanie. To celowe, powtarzalne i nie prowokowane zachowanie agresywne jednego lub wielu sprawców wobec ofiary. Zachowanie to ma na celu sprawienie ofierze bólu fizycznego, przykrości, poniżenia jej, czy też wywołania przerażenia, najczęściej przy innych osobach, którzy pełnią rolę obserwatorów. W takiej sytuacji ofiara nie może (lub nie chce) się obronić, a sprawca ma poczucie bezkarności [Orłowski S., 2005].

Obraz nastolatka bijącego kolegę jest najbardziej rozpowszechnionym stereotypem postrzegania agresji dziecięcej. Nic bardziej mylnego. Pod pojęciem tym, często kryje się: popychanie, kopanie, plucie, bicie, zabieranie i chowanie rzeczy, obmawianie, przezywanie, wyśmiewanie, rozpuszczanie plotek (często w Internecie), oraz celowe wykluczenie z grupy [Guerin E., Hennessy S., 2004, s. 9].

Agresja i przemoc są pojęciem bliskoznacznym, choć nie tożsamym. Istotą przemocy jest wykorzystanie własnej przewagi nad drugim człowiekiem (fizycznej, emocjonalnej czy społecznej). Mamy z nią do czynienia, gdy osoba słabsza (ofiara), poddawana jest przez dłuższy czas negatywnym działaniom osoby lub grupy osób silniejszych (sprawcom przemocy). Charakterystyczną jej cechą, jest nierównowaga sił [Tracz-Dral J., 2012, s. 4].

Z raportu badań przeprowadzonych w 2011 roku w 150-u losowo wybranych szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wynika, że najbardziej rozpowszechnioną formą przemocy w szkołach jest przemoc werbalna, której doznało aż (63%) uczniów. Oznacza to, że $\frac{2}{3}$ uczniów było obrażanych, wyśmiewanych i poniżanych. Przemocy fizycznej pod postacią umyślnego przewrócenia lub pobicia doświadczyło (33%) uczniów, a (7%) młodzieży dotknęła groźna przemoc fizyczna, z użyciem niebezpiecznego narzędzia, powodującego obrażenia ciała. (41%) ankietowanych zetknęło się z przemocą relacyjną polegającą na manipulowaniu relacjami społecznymi w taki sposób, aby im zaszkodzić lub sprawić przykrość (rozpowszechnianie szkodliwych kłamstw, odtrącanie i wykluczanie z grupy). Polskiej szkole nie obce są także takie formy przemocy jak kradzieże, niszczenie czyjejs własności oraz przemoc seksualna [Tracz-Dral J., 2012, s. 5-6]. Za czynniki ryzyka dręczenia, autorzy raportu uznali cechy związane z relacjami społecznymi takie jak: wyróżnianie się na tle klasy poprzez złą sytuację materialną, gorsze oceny, mniejsze wsparcie ze strony rodziny i znajomych, gorsze relacje rodziców ze szkołą, mniejsza liczba przyjaciół, większa liczba wrogów [Tracz-Dral J., 2012, s. 7].

Jedną z ciekawych propozycji działań zmierzających do ograniczenia przemocy w szkole jest program społeczny „Szkoła bez przemocy”, opracowany w celu przeciwdziałania przemocy w polskich szkołach poprzez dostarczenie im konkretnego wsparcia i narzędzi, które skutecznie i systemowo zwalczałyby to zjawisko. W trakcie trwania programu prowadzone są badania określające skalę, uwarunkowania i rodzaje przemocy [Boczkowska M., 2015, s. 49]. Także program „Bezpieczna i przyjazna szkoła” zakłada udzielenie szkole pomocy w tworzeniu warunków sprzyjających uczeniu się, realizacji programu wychowawczego i angażowaniu w te działania wszystkich członków społeczności szkolnej. Program pomaga uruchomić procesy wzmacniające odporność ucznia na przeciwności życiowe, rozwinąć umiejętności społeczne, w tym postaw akceptujących różnorodność i odmienność kulturową i językową [Tracz-Dral., 2012, s. 15]. Duże znaczenie w profilaktyce przemocy ma styl

wychowania preferowany przez rodziców. Nie można nakazać dziecku być dobrym i mądrym, ale można pomóc mu kształtować te postawy w relacji z nim. Brak poczucia bezpieczeństwa, wsparcia, wzorów i autorytetów powoduje, że młody człowiek podąża za popędami a nie wartościami. Spadek rangi wartości moralnych i intelektualnych, z równoczesnym wzrostem znaczenia wartości materialnych i przyjemnościowych jaki współcześnie występuje, nie ułatwia młodzieży podejmowanie właściwych i oczekiwanych postaw [Kosmatka R. M., 2015, s. 159-169]. Kończąc, należy zauważyć, że najlepsze programy i projekty profilaktyczne, nie będą skuteczne, jeżeli młody człowiek nie zakorzeni się w wartościach uniwersalnych, takich jak miłość, mądrość, dobro, sprawiedliwość, i nie zostanie wyposażony w ten system wartości przez rodziców i nauczycieli, zarówno w domu, jak i w szkole.

Wśród różnych form agresji i przemocy szkolnej należy szczególną uwagę zwrócić na zjawisko tzw. dręczenia (*ang. bullying*). Ten specyficzny rodzaj przemocy rówieśniczej, charakteryzuje się dysproporcją między agresorem i ofiarą, długotrwałością stosowania przemocy oraz uwikłaniem w proces całej grupy [Salmivalli Ch., 2010, s. 112]. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że szkolni dręczyciele nie działają w przypływie emocji lub w reakcji na prowokację, ale sami planują i inicjują działania agresywne, dążąc do uzyskania kontroli nad grupą i osiągnięcia uprzywilejowanej pozycji w środowisku rówieśniczym [Coloroso B., 2002, s. 31]. Istotnym powodem dla prowadzenia badań oraz podejmowania działań profilaktyczno-interwencyjnych w tym zakresie, są nie tylko bezpośrednie konsekwencje przemocy, a więc to, że ofiary powinny się ratować „tu i teraz”, ale przede wszystkim długofalowe konsekwencje dotyczące obu głównych uczestników tego zjawiska, jak również jego obserwatorów (erozja poczucia odpowiedzialności, brak umiejętności współpracy i rozwiązywania konfliktów) [Rigby K., 2010, s. 31-34; Currie C., i in., 2012]. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że proces dręczenia często pozostawia trwałe ślady w psychice na całe życie [Komendant-Brodowska A., 2014, s. 17].

Agresja szkolna ma wiele form, może się różnić intensywnością i częstością. Nie sposób odpowiedzieć na pytanie o skalę problemu bez odniesienia się do tych istotnych rozróżnień. W kwestionariuszu ankiety, zapytano młodzież, czy byli ofiarami lub sprawcami dręczenia w szkole lub poza nią, w ostatnich dwóch miesiącach przed badaniem (wyjaśniając wcześniej uczniom na czym polega dręczenie i przemoc), mając

nadzieję, że odpowiedzi ankietowanych przyczynią się do naświetlenia głównych problemów w tym obszarze.

Do oceny i interpretacji uzyskanych wyników zastosowano następujące wskaźniki:

- odsetek uczniów, którzy nigdy nie uczestniczyli w przemocy wobec innych;
- odsetek uczniów często uczestniczących w „bullyingu” - przynajmniej 2 lub 3 razy w miesiącu w ostatnich 2 miesiącach.

Niemal co piąty (17,74%) badany uczeń deklaruje, że doznawał dręczenia w szkole lub poza nią w ostatnich dwóch miesiącach. Chłopcy zjawiska dręczenia doznawali częściej niż dziewczęta (20,16% vs. 15,60%), jednak zaobserwowana różnica nie była statystycznie istotna, ($p < 0,781$). Zadano zatem młodzieży pytanie jak często w ostatnich dwóch miesiącach doznawali zjawiska dręczenia w szkole i poza nią.

Dość liczną grupę stanowili uczniowie (12,83%) którym zdarzyło się doznać dręczenia jeden lub dwa razy. Istniała grupa młodzieży (4,9%) która zjawiska dręczenia doznawała stosunkowo często, od trzy razy w miesiącu (2,26%) do kilka razy w tygodniu (2,64%).

Odsetek uczniów doznających dręczenia w obu badanych grupach był do siebie zbliżony i statystycznie nieistotny ($p < 0,781$). Można powiedzieć, że równouprawnienie dotyczy także niepokojących zjawisk społecznych. Dziewczęta i chłopcy w równym stopniu doznawali zjawiska dręczenia.

Tabela III-77. Częstotliwość doświadczenia dręczenia w szkole i poza nią w ostatnich dwóch miesiącach

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nie był dręczony	218	82,26%	99	79,84%	119	84,40%
zdarzyło się 1 lub 2 razy	34	12,83%	17	13,71%	17	12,06%
2 lub 3 razy w miesiącu	6	2,26%	4	3,23%	2	1,42%
przeciętnie 1 raz w tygodniu	4	1,51%	2	1,61%	2	1,42%
kilka razy w tygodniu	3	1,13%	2	1,61%	1	0,71%

* $\chi^2=1,752$ df=4 $p > 0,781$

Ponad 1/4 badanych uczniów (25,7%) deklarowała, że uczestniczyła w dręczeniu swoich kolegów i koleżanek w szkole i poza nią ostatnich dwóch miesiącach, co może świadczyć o skali tego zjawiska. Znaczna grupa uczniów (16,98%) deklarowała, że uczestniczyła w dręczeniu sporadycznie - raz lub dwa razy. Istniała jednak grupa młodzieży (8,68%) która w dręczeniu swoich kolegów i koleżanek uczestniczyła często

- od trzech razy w miesiącu (4,91%) do kilku razy w tygodniu (1,51%). Różnica między chłopcami i dziewczętami odnośnie uczestniczenia w dręczeniu innych była statystycznie istotna ($p < 0,000$). Chłopcy w zjawisku dręczenia uczestniczyli częściej niż dziewczęta (36,29% vs. 16,31%) [Tabela 78].

Reasumując należy stwierdzić, że skala zjawiska dręczenia w szkole i poza nią jest stosunkowo duża, obejmowała aż $\frac{1}{4}$ wszystkich badanych uczniów. Należy zauważyć, że o ile ofiarami dręczenia są uczniowie obojga płci, to prześladowcami częściej jednak są chłopcy.

Tabela III-78 Częstotliwość uczestniczenia w dręczeniu innych w szkole i poza nią w ostatnich dwóch miesiącach poprzedzających badanie

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nie uczestniczył w dręczeniu	197	74,34%	79	63,71%	118	83,69%
zdarzyło się 1 lub 2 razy	45	16,98%	25	20,16%	20	14,18%
2 lub 3 razy w miesiącu	13	4,91%	12	9,68%	1	0,71%
przeciętnie 1 raz w tygodniu	6	2,26%	4	3,23%	2	1,42%
kilka razy w tygodniu	4	1,51%	4	3,23%	0	0,00%

* $\chi^2=21,248$ $df=4$ $p < 0,000$

Problematyka dotycząca przemocy szkolnej jest bardzo ważnym zagadnieniem społecznym mającym olbrzymi wpływ na rozwój dziecka. Z tego też względu w pedagogice powinno znaleźć się miejsce dla szczegółowych rozważań merytorycznych w tym zakresie. Trudno odmówić prawdziwości twierdzeniu, że wszelka przemoc ma charakter patologiczny. Narusza bowiem nie tylko prawa człowieka, ale i jego dobra osobiste, powodując zwykle cierpienie i ból. W Polsce podjęto próbę oszacowania odsetka uczniów będących ofiarami dręczenia zarówno w badaniach HBSC, jak też przedsięwzięciu podjętym w ramach programu „Szkoła bez Przemocy”.

W obu badaniach uzyskano podobne rezultaty. Skala wiktylizacji w polskich szkołach wynosi około (10%) [za: Komendant-Brodowska A., 2014, s. 29]. W roku szkolnym 2013/2014 za ofiary dręczenia w grupie 15-latków można uznać (9,1%) nastolatków, w tym (10,8%) chłopców i (7,6%) dziewcząt. Sprawcami dręczenia było (11%) uczniów, w tym (15,3%) chłopców i (7,2%) dziewcząt [za: Małkowska-Szkutnik A., 2015, s.208]. W Polsce skala dręczenia (w porównaniu do czterdziestu innych krajów, które brały udział w badaniach HBSC) jest na przeciętnym poziomie [za: Komendant-Brodowska A., 2014, s. 29].

Wskaźnikiem uczestnictwa w bójkach jest częstość podejmowania tej formy agresywnego zachowania w ostatnich 12 miesiącach (od wcale do 4 razy i więcej). Przyjmuje się, że udział w bójkach więcej niż dwa razy, oznacza częste uczestniczenie i jest wskaźnikiem negatywnym.

Ponad $\frac{1}{3}$ badanych uczniów (35,1%) deklarowała, że uczestniczyła w bójkach w ostatnich dwunastu miesiącach. liczną grupę stanowiły osoby (26,03%), które w bójkach uczestniczyły sporadycznie, jeden raz (15,09%), maksymalnie dwa razy (10,94%). Istniała jednak spora grupa młodzieży (9,06%), która w bójkach uczestniczyła często, trzy (3,02%) i więcej razy (6,04%). Różnica w obrębie płci była statystycznie istotna ($p < 0,000$). Chłopcy dwukrotnie częściej niż dziewczęta brali w nich udział (50,81% vs. 21,28%) [Tabela 79].

Tabela III-79. Częstotliwość udziału w bójkach w ostatnich 12-u miesiącach poprzedzających badanie

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		Chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nie uczestniczył	172	64,91%	61	49,19%	111	78,72%
uczestniczył 1 raz	40	15,09%	26	20,97%	14	9,93%
uczestniczył 2 razy	29	10,94%	21	16,94%	8	5,67%
uczestniczył 3 razy	8	3,02%	5	4,03%	3	2,13%
uczestniczył 4 lub więcej razy	16	6,04%	11	8,87%	5	3,55%

* $\chi^2=25,728$ df=4 p<0,000

Przeanalizowano także, z kim badana młodzież była się najczęściej. Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru, z możliwością wskazania kategorii nie uwzględnionej w kafeterii. Tendencję tą obrazuje tabela 80.

Badana młodzież deklaruje, że bije się najczęściej ze swoimi kolegami i koleżankami (16,98%). Jednak co dwunasta osoba bije się z osobami im nieznanymi (8,30%), co pośrednio może sugerować przynależność do band chuligańskich. Dość liczna grupa uczniów deklaruje, że bije się była z rodzeństwem - bratem lub siostrą (7,55%), a trzy osoby (1,13%), że były się z rodzicem lub innym dorosłym członkiem rodziny. Różnica statystyczna między chłopcami i dziewczętami była statystycznie istotna ($p < 0,000$). Dziewczęta częściej biją się z rodzeństwem, chłopcy natomiast z kolegami i nieznanymi im osobami. Należy podkreślić, że o ile sporadyczne bójki w tym okresie rozwoju można uznać jeszcze za zachowania mieszczące się w granicach normy (szczególnie wtedy kiedy spostrzega się je, jako drobne konflikty między

rodzeństwem), to częstszy w nich (zwłaszcza kiedy dotyczą nieznanymi osób i kolegów) należy uznać za niebezpieczne i zmierzające w kierunku przemocy.

Tabela III-80. Osoby z którymi bije się badana młodzież

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nie uczestniczył	172	64,91%	61	49,19%	111	78,72%
z kolegą lub koleżanką	45	16,98%	32	25,81%	13	9,22%
z osobą zupełnie nieznaną	22	8,30%	19	15,32%	3	2,13%
z bratem lub siostrą	20	7,55%	9	7,26%	11	7,80%
z rodzicem lub innym dorosłym członkiem rodziny	3	1,13%	2	1,61%	1	0,71%
ze swoim chłopakiem lub dziewczyną	3	1,13%	1	0,81%	2	1,42%

* $\chi^2=34,110$ df=5 p<0,000

Podsumowując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że bójki są jednym z komponentów zespołu zachowań ryzykownych, współistniejąc z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, wagarowaniem i porzucaniem szkoły. Ten typ zachowań agresywnych nastolatków jest o tyle niebezpieczny, że może się utrwalić i w dalszych latach życia przejawiać się w postaci różnych form przemocy wobec dzieci i innych dorosłych, a nawet przestępstw. Z tego punktu widzenia uczestniczenie młodzieży w bójkach należy uznać za ważny problem społeczny i zdrowotny, który należy w sposób ciągły monitorować [Wojnarowska B., 2015, s. 200].

Z danych badań HBSC z 2014 roku wynika, że w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, w bójkach uczestniczyło (31,4%) nastolatków w wieku 11-15 lat. W stosunku do 2010 roku odsetek uczniów uczestniczących w bójkach zmniejszył się o cztery punkty procentowe. Spadek uczestniczenia w bójkach dotyczył tylko chłopców (o 9,5%), w grupie dziewcząt odnotowano nieznaczny jego wzrost (o 0,4%). W grupie piętnastolatków, bójkach (więcej niż 2 razy) uczestniczyło (8,7%) uczniów, w tym (4,3%) dziewcząt i (13,7%) chłopców [Wojnarowska B., 2015, s. 201-203].

4.7. Środowisko rodzinne a modelowanie zachowań ryzykownych

Rodzina to najważniejszy sojusznik młodego człowieka w kreowaniu właściwych i pozytywnych zachowań [Kulik B. T., 1997, s. 81]. Należy przyjąć, że rodzicom zależy na zdrowiu i prawidłowym rozwoju dziecka i istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, by świadomie uczyli swoje pociechy zachowań szkodliwych. Sami jednak często mają złe przyzwyczajenia, których szkodliwości albo nie rozumieją,

albo nie dostrzegają [Woynarowska B., 2008, s. 220]. Palący czy pijący rodzice, często nie są świadomi sprzecznego komunikatu, jaki wysyłają swoim dzieciom. Z jednej strony pouczają swoje pociechy o negatywnych skutkach palenia papierosów czy picia alkoholu, z drugiej podejmują lub kontynuują nałóg [Kuras B., 2003, s. 62.]. W badaniach udowodniono, że zachowania zdrowotne kształtują się pod wpływem wzorców i informacji przekazywanych przez rodziców [Woynarowska B., 2008, s. 217]. Niby nie jest niczym zdrożnym, gdy na urodziny malucha rodzice kupują szampana bezalkoholowego. Jednak takie zachowanie modeluje określone postawy. Dla dziecka przekaz jest prosty, są urodziny, powinien być alkohol. Dziecko zapamiętuje, że piło szampana, a kiedy będzie miało okazję skosztować prawdziwego wina z bąbelkami, istnieje duże prawdopodobieństwo, że go spróbuje. Także propagowanie palenia i picia, przez inne, znaczące dla młodzieży osoby (znanych muzyków, aktorów, sportowców), może zachęcać młodych ludzi do sięgania po papierosy czy alkohol.

Zebrany materiał pozwoli dokonać analizy, czy w środowisku rodzinnym badanej młodzieży są osoby palące papierosy lub nadużywające alkoholu.

Problem palenia nikotyny dotyczył prawie połowy rodziców badanej młodzieży (43,40%). Co czwarty uczeń deklaruje, że pali tylko ojciec (22,64%), co ósmy, że pali zarówno mama jak i tato (11,70%), a co dziesiąty, że pali tylko mama (9,06%). Dziewczęta częściej deklarują palenie papierosów tylko przez tatę (23,4% vs. 21,8%). Chłopcy tylko przez mamę (10,5% vs. 7,8%) lub przez obojwoje rodziców (13,7% vs. 9,9%). Zaobserwowane różnice nie jest jednak statystycznie istotne ($p < 0,641$) [Tabela 81].

Tabela III-81. Palenie papierosów przez rodziców badanej młodzieży

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nie palą	150	56,60%	67	54,03%	83	58,87%
pali tylko tato	60	22,64%	27	21,77%	33	23,40%
pali tylko mama	24	9,06%	13	10,48%	11	7,80%
palą oboje	31	11,70%	17	13,71%	14	9,93%

$\chi^2=1,680$ $df=3$ $p>0,641$

Problem nadużywania alkoholu przez osoby z najbliższego kręgu rodzinnego, dotyczył $\frac{1}{3}$ badanych uczniów (31,32%). Problem ten nieznacznie częściej dotyczył rodzin dziewcząt (33,4% vs. 29,03%). Nie stwierdzono statystycznie znamiennych różnic ($p < 0,534$) między dziewczętami i chłopcami odnośnie nadużywania alkoholu przez osoby z najbliższego kręgu rodzinnego.

Tabela III-82. Nadużywanie alkoholu przez osoby z najbliższego kręgu rodzinnego badanej młodzieży

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	nadużywa	83	31,32%	36	29,03%	47
nie nadużywa	182	68,68%	88	70,97%	94	66,67%

$\chi^2=0,385$ df=1 p>0,534

W tym miejscu należy podkreślić, że rodzina to ten szczególny obszar działań zdrowotnych, który dopiero od niedawna został odkryty, jako posiadający zasadniczy wpływ na zdrowie człowieka.

5. Spędzanie czasu wolnego w grupie rówieśniczej i jego formy

Opisując środowisko rówieśnicze analizowano liczbą bliskich przyjaciół wśród dziewcząt i wśród chłopców, jak również liczbą dni i wieczorów spędzanych wspólnie z koleżankami i kolegami po zajęciach szkolnych

Terminem „grupa rówieśnicza” posługujemy się zazwyczaj w odniesieniu do pewnego systemu jednostek, które należą do tego samego otoczenia, są w tym samym lub zbliżonym wieku, kontaktują się ze sobą i mogą wywierać na siebie odczuwalny wpływ [Rigby K., 2010, s. 70]. Można powiedzieć, że grupa rówieśnicza to organizm społeczny, wyróżniony spośród innych zbiorowości, ze względu na charakterystyczny dla niej typ więzi, oraz bliskie, nacechowane wzajemną aprobatą uczestnictwo, które zazwyczaj ma charakter dobrowolny [Pilch T., 2003, s. 175]. Przynależność do grupy zaspokaja te potrzeby społeczne, których rodzice i nauczyciele nie są w stanie zapewnić [Tuściak-Deliowska A., 2014, s. 27]. Młodzież współpracuje ze sobą w celu realizacji wspólnych zamierzeń. Kontakty mają najczęściej charakter interakcji „twarzą w twarz”. Członkowie silnie identyfikują się z grupą, czego wyrazem jest zaimk „MY” dla odróżnienia się od zaimka „WY”, czyli innych, nie tworzących grupy [Obuchowska I., 2012, s. 176]. W całokształcie oddziaływań na jednostkę grupa rówieśnicza pełni ważne funkcje socjalizacyjne [Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z., 2002, s. 210]. To dzięki grupie jednostka tworzy obraz własnej osoby, konsoliduje poczucie własnej wartości (im wyższa popularność w grupie, tym wyższa samoocena). W naturalny sposób rozwija własną aktywność społeczną, uczy kształtowania więzi z innymi, dialogu, konwersacji, dyskusowania, aktywnego słuchania, kompromisu, negocjacji czy rozwiązywania konfliktów. Gwarantuje zaspokojenie określonych potrzeb emocjonalnych, umożliwia wyrażanie własnych uczuć oraz prezentowania własnych

poglądów. Daje poczucie przynależności do większej społeczności i stanowi dla młodego człowieka grupę odniesienia [Tłuściak-Deliowska A., 2014, s. 26-27]. Grupa pełni w życiu jednostki dwie funkcje: normatywną i porównawczą. Pierwsza umożliwia przyjmowanie od grupy norm, zasad i wzorów zachowania, druga pozwala oceniać siebie i innych według standardów obowiązujących w danej grupie [Woźniak R. B., 2012, s. 273]. Wyróżnia się grupy dziecięce, powstające głównie dla zabawy, grupy młodzieżowe, paczki, kliki, subkultury, jak również bandy chuligańskie, gangi czy grupy dewiacyjne. Niektóre z tych grup sprzyjają rozwojowi jednostki (klasa, kółka zainteresowań, grupa harcerska), inne mogą wypaczać jakość jej funkcjonowania w społeczeństwie, zachęcając do czynów antyspołecznych [Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z., 2002, s. 209; Obuchowska I., 2012, s. 176]. Ważną rolę w systemie społecznej kontroli grupy odgrywają tzw. „normy grupowe”, stanowiące określony układ odniesienia dla jej członków, a wywierające silny wpływ na sposób spostrzegania i wartościowania innych osób oraz zachowań poszczególnych członków grupy [Woźniak R. B., 2012, s. 283]. Normy obowiązujące w środowisku rówieśniczym są niepisane i zależą od aktualnej sytuacji grupy tzn. od stopnia jej zwartości, wieku, tradycji a także poziomu rozwoju społecznego i psychicznego jej członków [Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z., 2002, s. 210]. Pozwalają grupie osiągnąć zamierzony cel oraz przyczyniają się do jej istnienia. Z tego powodu od członków grupy oczekuje się określonego sposobu myślenia i działania, zgodnego z obowiązującymi w danej grupie normami [Mika S., 1984, s. 381-382]. Każdy członek grupy łamiący obowiązujące normy, spotyka się z sankcjami. Najbardziej dotkliwą karą, szczególnie dla młodych ludzi, jest odrzucenie przez kolegów. W obawie przed tą sankcją, członkowie grupy często zachowują się konformistycznie, nawet jeśli jest to wbrew ich przekonaniu [Dambach K. E., 2008, s. 61]. Grupa stosująca kary i nagrody potrafi skutecznie kontrolować swoich członków, wzmacniając zachowania pożądane z punktu widzenia interesów grupy i eliminując zachowania niepożądane. Rodzice często demonizują i przeceniają negatywny wpływ grupy rówieśniczej na zachowanie własnego dziecka, zwłaszcza w okresie dorastania, kiedy słabnie ich autorytet i młody człowiek zaczyna się buntować oraz domagać większej swobody, a głównym punktem odniesienia dla własnych zachowań stają się koledzy i koleżanki.

Spoleczne funkcjonowanie młodzieży oraz ich rozwój zależy nie tylko od tego jakie obiekty, cechy i procesy zewnętrzne na nich oddziałują, lecz także od tego w jaki sposób dana osoba spostrzega świat i interpretuje społeczne zachowania innych [Kluz

T., 2005, s 13]. Jednak K. Rigby [2010, s 72] uważa, że to, jaki rodzaj zachowań będzie prezentowała dana osoba, w dużym stopniu zależy od grupy koleżeńskiej z którą młody człowiek wchodzi w interakcje, a także od jego podatności na wpływ tej grupy. Należy pamiętać, że zmiany rozwojowe okresu dojrzewania, nie są jeszcze w pełni zakończone, a młodzież na tym etapie rozwoju, cechuje brak pełnych kompetencji pozwalających na umiejętne i generalizujące stosowanie reguł społecznych, adekwatnych do różnych sytuacji [Kluz T., 2005, s. 13-14].

Zadano młodzieży pytanie, odnośnie liczby bliskich przyjaciół w grupie chłopców i w grupie dziewcząt. Młodzież miała do dyspozycji cztery kategorie odpowiedzi: żadnego; jednego; dwóch; trzech i więcej.

Płeć wpływała statystycznie istotnie na ilość bliskich przyjaciół zarówno w grupie chłopców ($p < 0,000$), jak i w grupie dziewcząt ($p < 0,001$) [Tabela 83 i 84].

Dziewczęta częściej niż chłopcy deklarują, iż w grupie chłopców nie mają bliskiego przyjaciela (30,50% vs. 6,45%) lub mają tylko jednego (29,79%). Chłopcy natomiast częściej niż dziewczęta deklarują, że wśród rówieśników swojej płci posiadają co najmniej trzech lub więcej bliskich przyjaciół (68,55% vs. 26,24%).

W przypadku liczby bliskich przyjaciół wśród dziewcząt, obie badane grupy deklarują posiadanie co najmniej trzech bliskich przyjaciółek. Dziewczęta nieznacznie częściej niż chłopcy deklarują ich posiadanie (63,12% vs. 54,03%). Jednak 1/5 badanych chłopców (20,97%) nie ma bliskiej osoby w grupie dziewcząt.

Tabela III-83. Ilość bliskich przyjaciół wśród chłopców

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
żadnego	51	19,25%	8	6,45%	43	30,50%
jednego	60	22,64%	18	14,52%	42	29,79%
dwóch	32	12,08%	13	10,48%	19	13,48%
trzech lub więcej	122	46,04%	85	68,55%	37	26,24%

* $\chi^2=52,756$ df=3 p<0,000

Tabela III-84. Ilość bliskich przyjaciół wśród dziewcząt

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
żadnej	33	12,45%	26	20,97%	7	4,96%
jedna	33	12,45%	14	11,29%	19	13,48%
dwie	43	16,23%	17	13,71%	26	18,44%
trzy lub więcej	156	58,87%	67	54,03%	89	63,12%

* $\chi^2=15,657$ df=3 p<0,001

Przeanalizowano zatem, ile dni w tygodniu badana młodzież spędza swój czas wolny w grupie przyjaciół bezpośrednio po zajęciach w szkole.

Jedynie co dziesiąty badany uczeń (10,19%) nie spędzał z rówieśnikami czasu wolnego bezpośrednio po zajęciach w szkole, [Tabela 85].

Nie zauważono jednak istotnych różnic statystycznych między chłopcami a dziewczętami ($p < 0,139$), mimo, iż chłopcy (92,74%) nieznacznie częściej niż dziewczęta (87,23%) deklarowali spędzanie czasu wolnego w grupie rówieśników po zajęciach w szkole.

Tabela III-85. Czas wolny spędzany z kolegami i koleżankami bezpośrednio po zajęciach w szkole

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
nie spędza	27	10,19%	9	7,26%	18	12,77%
spędza	238	89,81%	115	92,74	123	87,23%

* $\chi^2=2,187$ df=1 p>0,139

Młodzież na wspólne przebywanie ze sobą bezpośrednio po zajęciach przeznaczają średnio około trzech dni (2,89). Różnica między chłopcami a dziewczętami, odnośnie liczby dni przeznaczanych na wspólne przebywanie w grupie rówieśniczej, jest zbliżona do istotności statystycznej ($p \sim 0,063$). Chłopcy na przebywanie z przyjaciółmi przeznaczają średnio 3,1 dnia, podczas gdy dziewczęta 2,7 dnia.

Maksymalna ilość dni spędzanych z kolegami i koleżankami, bezpośrednio po zajęciach w szkole wynosi 5 dni, minimalna 0 dni, co oznacza, że niektórzy uczniowie, nie spędzają swojego czasu wolnego w grupie rówieśniczej [Tabela 86].

Tabela III-86. Średnia ilość dni spędzana przez badaną młodzież z kolegami i koleżankami bezpośrednio po zajęciach w szkole

Płeć	n	Liczba dni				test t-Studenta
		średnia	odch.std	min	max	
chłopcy	124	3,09	1,58	0	5	p~0,063
dziewczęta	141	2,72	1,65	0	5	
Ogółem	265	2,89	1,63	0	5	

Zbadano także, ile wieczorów w wymiarze tygodniowym spędza badana młodzież poza domem w grupie przyjaciół.

Zaledwie 1/3 badanych uczniów (28,68%) nie spędzała wieczorów w grupie rówieśniczej [Tabela 87]. Różnica w obrębie badanych grup była zbliżona do istotności statystycznej, ($p \sim 0,064$). Dziewczęta częściej niż chłopcy spotykały się ze swoimi przyjaciółmi wieczorem poza domem. (75,87% vs. 66,13%)

Tabela III-87. Wieczory spędzane z kolegami i koleżankami poza domem w wymiarze tygodniowym

	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nie spędza	76	28,68%	42	33,87%	34	24,11%
spędza	189	71,32%	82	66,13%	107	75,87

* $\chi^2=3,408$ df=1 p~0,064

Badana młodzież na wspólne przebywanie ze sobą wieczorem, przeznaczają średnio 2,19 wieczora. Płeć nie różnicuje statystycznie istotnie badanych uczniów odnośnie średniej liczby wieczorów spędzanych poza domem ze swoimi kolegami i koleżankami ($p < 0,785$). Maksymalna liczba wieczorów spędzana ze swoimi przyjaciółmi wynosiła 7 wieczorów, minimalna 0, co oznacza, że niektórzy uczniowie nie spędzają swojego czasu wolnego wieczorem poza domem w grupie przyjaciół, [Tabela 88].

Tabela III-88. Średnia liczba wieczorów spędzana przez badaną młodzież poza domem z kolegami i koleżankami

Płeć	n	Liczba wieczorów				test t-Studenta
		średnia	odch.std	min	max	
chłopcy	124	2,19	2,16	0	7	p>0,785
dziewczęta	141	2,26	1,95	0	7	
Ogółem	265	2,23	2,05	0	7	

Młodzież zapytano również o częstotliwość odbywania rozmów telefonicznych, wysyłania SMS-ów i e-maili do swoich kolegów i koleżanek.

Dzięki ogólnodostępnej telefonii komórkowej i Internetu, pośrednia komunikacja jest współcześnie popularną metodą porozumiewania się. Ponad $\frac{3}{4}$ badanych uczniów (83,4%) korzysta z tej formy komunikowania się. Zapytani o częstotliwość odbywania rozmów telefonicznych, wysyłania SMS-ów i e-maili, badani nastolatki, najczęściej deklarują, iż telefonują i wysyłają do siebie smsy i e-maile codziennie (42,64%). Zaledwie $\frac{1}{6}$ badanych nastolatków (16,60%) nie korzysta z tej formy komunikowania się, lub robi to bardzo rzadko.

Płeć badanych uczniów różnicuje statystycznie istotnie częstotliwość odbywania rozmów telefonicznych, wysyłania SMS-ów i e-maili, ($p < 0,000$). Dziewczęta częściej niż chłopcy codziennie rozmawiają i wysyłają smsy oraz e-maile do swoich przyjaciół. (54,61% vs. 29,03%). Chłopcy częściej niż dziewczęta nie komunikują się ze swoimi kolegami i koleżankami poprzez dostępne media lub robią to rzadko (25,00% vs. 9,22%) [Tabela 89].

Tabela III-89. Częstotliwość rozmów przez telefon i wysyłania SMS-ów, e-mailów przez badaną młodzież do swoich kolegów i koleżanek

Kategorie odpowiedzi	Ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
nigdy lub rzadko	44	16,60%	31	25,00%	13	9,22%
1 lub 2 razy w tygodniu	33	12,45%	17	13,71%	16	11,35%
3 lub 4 razy w tygodniu	48	18,11%	27	21,77%	21	14,89%
5 lub 6 w tygodniu	27	10,19%	13	10,48%	14	9,93%
codziennie	113	42,64%	36	29,03%	77	54,61%

$\chi^2=22,057$ $df=4$ $p<0,000$

Reasumując, należy zauważyć, iż kontakt z dużą grupą osób będących w tym samym wieku w połączeniu z brakiem kontroli ze strony rodziców, może stanowić pewne zagrożenie dla prawidłowej socjalizacji młodego człowieka.

Wpływ grupy rówieśniczej na dorastającą młodzież jest uzależniony od kondycji rodziny, w której osoba wyrasta. Najbardziej efektywnym działaniem zmierzającym do stymulowania pożądanych społecznie zachowań jest ich modelowanie poprzez rodziców, którzy pokazując pozytywne wzory zachowań, doprowadzają do ich internalizacji [Kokosiński M., 2011, s. 132].

Czas wolny jest naturalnym elementem funkcjonowania jednostki, wydzielonym z 24-godzinnego budżetu czasu. Jest zarazem dobrem społecznym wypracowanym przez jednostkę i społeczeństwo dla regeneracji sił fizycznych i psychicznych. Służy rozwojowi indywidualnych zainteresowań, poprzez zdobywanie wiedzy oraz amatorską działalność artystyczną, sportową czy naukową [Bombol M., 2008, s. 19-20]. Należy zauważyć, że we współczesnej rzeczywistości wolny czas staje się jedną z najbardziej deficytowych, a co za tym idzie cennych wartości w życiu człowieka. Wiele działań pedagogicznych, psychologicznych i społecznych ukierunkowanych jest na organizację czasu wolnego. W ostatnich latach coraz większą popularnością cieszą się kursy zarządzania czasem wolnym, ponieważ ludzie coraz bardziej są świadomi faktu, iż prawdziwy rozwój jednostki dokonuje się w jej czasie wolnym [Kraszewska J., 2009, s. 9]. Mądrze wypełniony konstruktywnymi formami, wpływa pozytywnie nie tylko na rozwój osobowości jednostki, ale także przyczynia się do podnoszenia kultury całego społeczeństwa [Dąbrowski Z., 1966, s. 12]. Brak wolnego czasu, oraz związane z nim zmęczenie, a niekiedy i „wypalenie zawodowe” ma silny i ujemny wpływ na zdrowie, osiągnięcia osobiste, stosunek do ludzi, a także zadowolenie z siebie i ze świata, co może wyzwać depresję lub pojawienie się zachowań, niekoniecznie prozdrowotnych [Kwilecki K., 2011, s. 14-15].

Za czas wolny dzieci i młodzieży, uznaje się czas, który pozostaje im po wypełnieniu szkolnych i domowych obowiązków, a także czynności związanych z zaspokojeniem podstawowych potrzeb biologicznych i higienicznych. Czas w którym mogą wykonywać czynności według swoich upodobań, zgodnych z ich potrzebami psychospołecznymi [Pięta J., 2008, s. 11]. Mimo, iż cechą wolnego czasu jest możliwość dysponowania nim według własnej woli, to w przypadku dzieci i młodzieży czas wolny powinien być objęty dyskretnym nadzorem ze strony rodziców, szkoły oraz wszystkich placówek wychowania pozaszkolnego. Kontrola aktywności młodzieży w ramach ich czasu wolnego, wiąże się z planową pracą wychowawczą, stwarzającą warunki nie tylko do rozwoju inicjatywy młodego pokolenia, ale pozwalającą również na „wyżycie” się poza zajęciami obowiązkowymi. Udział uczniów w pozalekcyjnych i pozaszkolnych zajęciach, nie tylko ujawnia ich zainteresowania i uzdolnienia, ale także propaguje alternatywne sposoby spędzania czasu wolnego, stymuluje postawy twórcze, rozwija osobowość poprzez własną działalność. Dodatkowo wyzwala w młodym człowieku możliwości kreacyjne, zaspokajające potrzebę twórczej aktywności. Czas wolny służy rozwijaniu zdolności recytatorskich, aktorskich, plastycznych, muzycznych, tanecznych czy konstruktorskich. Uczy młodzież nawiązywania kontaktów rówieśniczych, jak również odnajdywania swojego miejsca w grupie.

Na formy aktywności młodzieży w czasie wolnym wpływają rozmaite czynniki. Należą do nich ilość czasu wolnego, moda, kultura popularna oraz oczekiwania osób dorosłych dotyczące preferowanych zachowań [Kokosiński M., 2011, s. 144].

Należy zauważyć, że wraz z dorastaniem zwiększają się obciążenia związane z edukacją szkolną, co skutkuje brakiem czasu na zróżnicowaną aktywność w czasie wolnym od obowiązków szkolnych. Badania pokazują, że poziom zadowolenia ze sposobu spędzania czasu wolnego jest uzależniony od częstotliwości kontaktów z grupą rówieśniczą. Odczuwanie satysfakcji jest silnie skorelowane z potrzebą bycia w grupie, która jest naczelnym celem w wyborze określonej formy spędzania czasu wolnego [za: Kokosiński M., 2011, s. 146].

Pytania dotyczące sposobu spędzania czasu wolnego, pozwolą określić, które z przedstawionych poniżej form są popularne zarówno w grupie chłopców jak i w grupie dziewcząt, a które są dla danej grupy dominujące. Formy spędzania czasu wolnego oraz ich częstotliwość przedstawiono w tabeli 90.

Słuchanie muzyki i taniec nie należą do ulubionych sposobów spędzania wolnego czasu zarówno w grupie chłopców jak i w grupie dziewcząt. Prawie połowa badanej młodzieży (48,68%) nie spędza czasu wolnego w ten sposób.

Zaledwie $\frac{1}{3}$ badanych dziewcząt (31,34%) swój czas wolny spędza tańcząc i słuchając muzyki w grupie przyjaciół i to nie częściej niż 3 razy w miesiącu.

Odrabianie lekcji i wspólna nauka nie jest także zbyt atrakcyjnym sposobem spędzania czasu wolnego. Ponad połowa badanych nastolatków (68,68%) nie spędza swojego czasu wolnego w ten sposób. Zaledwie $\frac{1}{4}$ dziewcząt (28,37%) wspólnie się uczy, jednak nie częściej niż trzy razy w miesiącu.

Sport to ulubiona forma spędzania wolnego czasu w grupie chłopców. Ponad $\frac{1}{3}$ uczniów (44,35%) ćwiczy razem w wolnym czasie, co najmniej dwa razy w tygodniu. Dziewczęta (30,50%) ćwiczą razem znacznie rzadziej, maksymalnie trzy razy w miesiącu. Duża grupa nastolatków (41,13%), nie preferuje sportu jako formy spędzania swojego czasu wolnego.

Gry komputerowe to druga ulubiona i zarazem ceniona forma spędzania czasu wolnego w grupie chłopców. Prawie $\frac{1}{3}$ nastolatków (31,45%) spędza wspólnie czas wolny grając w gry komputerowe, co najmniej dwa razy w tygodniu. Większość ankietowanych dziewcząt (71,63%) nie preferuje tej formy spędzania czasu wolnego.

Spotkania i rozmowy towarzyskie, to dość popularny sposób spędzania czasu wolnego zarówno w grupie chłopców jak i w grupie dziewcząt. Blisko połowa badanej młodzieży (42,64%) spotyka się i rozmawia co najmniej dwa razy w tygodniu. Dziewczęta (51,77%) częściej niż chłopcy (32,26%) preferują tę formę spędzania czasu wolnego.

Portale społecznościowe i komunikatory to stały element życia badanej młodzieży. Zdecydowana większość badanych nastolatków (87,55%) spędza swój czas wolny w „sieci” rozmawiając ze swoimi kolegami i koleżankami na portalach społecznościowych, co najmniej dwa razy w tygodniu.

Spacer cieszy się popularnością głównie w grupie dziewcząt. Ponad $\frac{1}{3}$ badanych uczennic (38,30%) na wspólne spacery przeznaczają co najmniej jedno spotkanie tygodniowo. Chłopcy (37,10%) nie preferują spacerów jako formy spędzania czasu wolnego.

Wyjście na dyskotekę lub do pubu nie należy do szczególnie ulubionych form spędzania czasu wolnego wśród badanej młodzieży. Ponad połowa uczniów (62,64%) nie spędza swojego czasu wolnego w ten sposób. Chłopcy nieznacznie częściej

(41,94%) niż dziewczęta (33,33%) wychodzą wspólnie do pubu lub na dyskotekę, jednak nie częściej niż trzy razy w miesiącu.

Wspólne wyjścia na imprezy kulturalne deklaruje zaledwie połowa (52,08%) badanych uczniów. Dziewczęta (56,74%) nieznacznie częściej niż chłopcy (46,77%) wychodzą razem do kina, teatru lub na koncert, jednak nie częściej niż trzy razy w miesiącu.

Zaledwie (18,11%) badanej młodzieży spędzało swój czas wolny uczestnicząc w zajęciach artystycznych. Dziewczęta (24,11%) biorą w nich udział nieznacznie częściej niż chłopcy (11,29%), maksymalnie trzy razy w miesiącu.

Należy zauważyć, iż badana młodzież prawie nie uczestniczy w pracach społecznych. Zaledwie co siódmy uczeń (14,72%) deklaruje, że podejmuje pracę społeczną w swoim czasie wolnym. Dziewczęta prawie trzykrotnie częściej niż chłopcy podejmują społeczne prace, jednak nie częściej niż trzy razy w miesiącu (20,56% vs. 8,06%).

Preferowaną formą spędzania czasu wolnego w badanej grupie młodzieży było wspólne przebywanie ze sobą, ale bez konkretnego celu. Ponad ¾ badanej grupy (78,87%) swój czas wolny przeznaczają na wspólną „bezczynność”, „leniuchowanie”. Prawie połowa badanych dziewcząt (46,81%) co najmniej dwa razy w tygodniu spotyka się i przebywa ze sobą bez konkretnego celu..

Formy zajęć nie różnicujące chłopców i dziewczęta dotyczą: rozmów przez komunikatory internetowe oraz portale społecznościowe ($p < 0,349$), wyjść do pubu i na dyskotekę ($p < 0,251$), wyjść do kina, teatru i na koncert ($p < 0,408$). Chłopcy zamiennie częściej zajmują się sportem ($p < 0,000$) oraz grają w gry komputerowe ($p < 0,000$).

Dziewczęta zamiennie częściej: tańczą i słuchają muzyki ($p < 0,000$), odrabiają lekcje i uczą się ($p < 0,001$), spotykają się i rozmawiają ($p < 0,000$), spacerują ($p < 0,000$), zajmują się pracą społeczną ($p < 0,015$), przesiadują ze sobą nic nie robiąc ($p < 0,001$), uczestniczą w zajęciach artystycznych ($p \sim 0,054$).

Tabela III-90. Preferowane formy spędzania czasu wolnego przez badanych uczniów

Kategorie odpowiedzi	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
Słuchanie muzyki i taniec						
nie spędzamy razem czasu w ten sposób	129	48,68%	80	64,52%	49	34,75%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	68	25,66%	23	18,55%	45	31,91%
jeden raz w tygodniu	32	12,08%	12	9,68%	20	14,18%

Dwa razy w tygodniu lub częściej	36	13,58%	9	7,26%	27	19,15%
----------------------------------	----	--------	---	-------	----	--------

$\chi^2=24,578$ df=3 p<0,000

Uczenie się i odrabianie lekcji

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	182	68,68%	99	79,84%	83	58,87%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	54	20,38%	14	11,29%	40	28,37%
jeden raz w tygodniu	25	9,43%	9	7,26%	16	11,35%
Dwa razy w tygodniu lub częściej	4	1,51%	2	1,61%	2	1,42%

$\chi^2=14,856$ df=3 p<0,001

Sport

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	78	29,43%	20	16,13%	58	41,13%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	70	26,42%	27	21,77%	43	30,50%
Jeden raz w tygodniu	39	14,72%	22	17,74%	17	12,06%
Dwa razy w tygodniu lub częściej	78	29,43%	55	44,35%	23	16,31%

$\chi^2=34,993$ df=3 p<0,000

Gry komputerowe

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	128	48,30%	27	21,77%	101	71,63%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	57	21,51%	29	23,39%	28	19,86%
Jeden raz w tygodniu	39	14,72%	29	23,39%	10	7,09%
dwa razy w tygodniu lub częściej	41	15,47%	39	31,45%	2	1,42%

$\chi^2=84,703$ df=3 p<0,000

Spotkania i rozmowy

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	19	7,17%	14	11,29%	5	3,55%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	62	23,40%	38	30,65%	24	17,02%
Jeden raz w tygodniu	71	26,79%	32	25,81%	39	27,66%
dwa razy w tygodniu lub częściej	113	42,64%	40	32,26%	73	51,77%

$\chi^2=16,730$ df=3 p<0,000

Kontakty przez Internet

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	33	12,45%	15	12,10%	18	12,77%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	52	19,62%	30	24,19%	22	15,60%
jeden raz w tygodniu	53	20,00%	22	17,74%	31	21,99%
dwa razy w tygodniu lub częściej	127	47,92%	57	45,97%	70	49,65%

$\chi^2=3,283$ df=3 p>0,349

Spacery

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	67	25,28%	46	37,10%	21	14,89%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	78	29,43%	39	31,45%	39	27,66%
Jeden raz w tygodniu	80	30,19%	26	20,97%	54	38,30%
dwa razy w tygodniu lub częściej	40	15,09%	13	10,48%	27	19,15%

$\chi^2=23,033$ df=3 p<0,000

Imprezy towarzyskie w lokalach (puby, dyskoteki)

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	166	62,64%	72	58,06%	94	66,67%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	58	21,89%	27	21,77%	31	21,99%

Jeden raz w tygodniu	23	8,68%	14	11,29%	9	6,38%
dwa razy w tygodniu lub częściej	18	6,79%	11	8,87%	7	4,96%

$\chi^2=4,094$ df=3 p>0, 251

Wydarzenia kulturalne (kino, teatr, koncert)

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	127	47,92%	66	53,23%	61	43,26%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	108	40,75%	46	37,10%	62	43,97%
Jeden raz w tygodniu	19	7,17%	7	5,65%	12	8,51%
dwa razy w tygodniu lub częściej	11	4,15%	5	4,03%	6	4,26%

$\chi^2=2,895$ df=3 p>0,408

Zajęcia artystyczne

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	217	81,89%	110	88,71%	107	75,89%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	26	9,81%	7	5,65%	19	13,48%
Jeden raz w tygodniu	17	6,42%	5	4,03%	12	8,51%
dwa razy w tygodniu lub częściej	5	1,89%	2	1,61%	3	2,13%

$\chi^2=7,603$ df=3 p~0,054

Praca społeczna

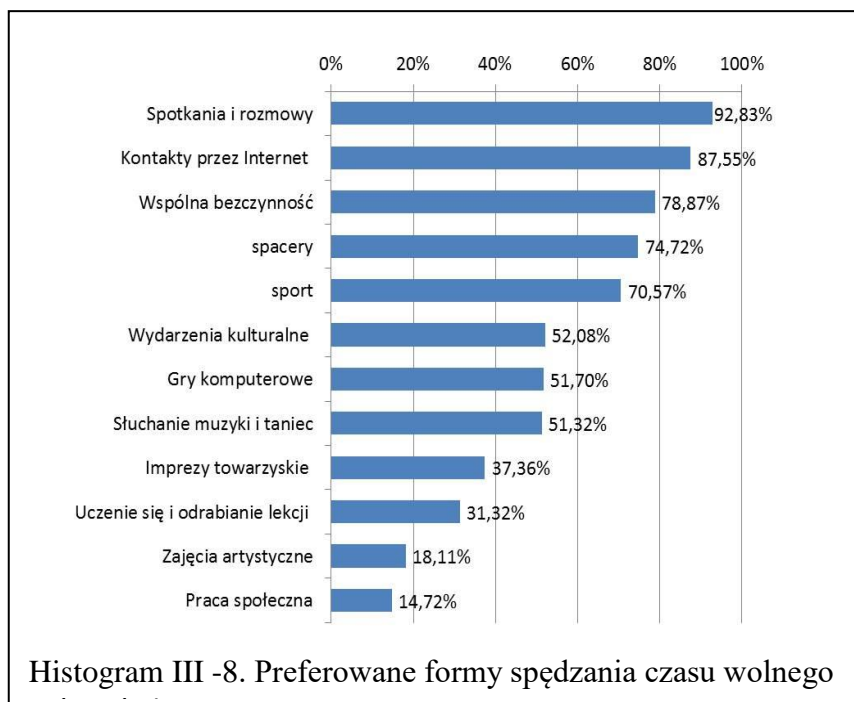
nie spędzamy razem czasu w ten sposób	226	85,28%	114	91,94%	112	79,43%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	29	10,94%	8	6,45%	21	14,89%
Jeden raz w tygodniu	10	3,77%	2	1,61%	8	5,67%
dwa razy w tygodniu lub częściej	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

$\chi^2=8,389$ df=3 p<0,015

Wspólna bezczynność

nie spędzamy razem czasu w ten sposób	56	21,13%	35	28,23%	21	14,89%
2-3 razy w miesiącu lub rzadziej	47	17,74%	24	19,35%	23	16,31%
Jeden raz w tygodniu	65	24,53%	34	27,42%	31	21,99%
dwa razy w tygodniu lub częściej	97	36,60%	31	25,00%	66	46,81%

$\chi^2=15,261$ df=3 p<0,001



Syntezyząc ten wycinek analiz, należy zauważyć, że nieumiejętne zagospodarowanie czasu wolnego, jak i jego nadmiar może prowadzić do tzw. „zabijania” czasu, czyli wypełnianiu zwykłej „nudy” nic nieznaczącymi w sensie rozwojowym, a niekiedy szkodliwymi w sensie zdrowotnym zajęciami, co w konsekwencji może prowadzić do wystąpienia zachowań niepożądanych, destrukcyjnie wpływających na rozwój młodego organizmu. Uzasadnionym wydaje się, wprowadzanie do szkół podstaw wiedzy z zakresu ekonomii czasu wolnego, aby z obrazować młodzieży, jaka ilość czasu z ich całodobowej aktywności, nie jest przez nich w sposób w pragmatyczny wykorzystana. Chodzi o to, by na bieżąco, a w przyszłości jako dorośli, potrafili w sposób społecznie korzystny organizować czas wolny własny i rodziny, by umieli rozwijać jego formy, zarówno w rodzinie, jak i własnym środowisku.

Kończąc należy zauważyć, iż dziewczęta swój czas wolny spędzały w bardziej urozmaicony sposób niż chłopcy. Posiadały znacząco bogatszy wachlarz form jego spędzania, niż ich rówieśnicy [Histogram 8] .

6. Miejsce zdrowia w hierarchii wartości badanej młodzieży i jego formy

Kształtowanie własnego zdrowia oraz dbałość o nie wymaga przyjęcia wobec zdrowia postawy autokreacyjnej, związanej z przekonaniem, że każdy człowiek jest odpowiedzialny za swój los, pomyślność i zdrowie. Swoim zachowaniem człowiek może kreować zdrowie, aby zagwarantować jego sprawne funkcjonowanie oraz możliwość zaspokajania życiowych aspiracji jak najdłużej [za: Dworak A.,2015, s. 159].

Zdrowie można analizować z perspektywy wartości, (w zależności od sposobu interpretowania tego pojęcia): deklarowanych-zdrowie uznawane za warunek szczęścia, uważane za coś bardzo ważnego; akceptowanych-zdrowie należy szanować i o nie dbać; pożądanym-być zdrowym i utrzymanie zdrowia wymaga energii, środków finansowych; praktykowanych—to rzeczywiste działanie na rzecz zdrowia, wzmacnianie go, wykorzystywanie do osiągnięcia innych celów [Woynarowska B.,2007, s. 40].

Zbadano, jakie miejsce wśród wyznawanych wartości osobistych zajmuje zdrowie. Przeanalizowano także, co młodzież rozumie pod pojęciem „bycia zdrowym” tabele 91-92 ukazują uszeregowanie twierdzeń dotyczących symboli szczęścia osobistego według średnich wag .

Udane życie rodzinne to najcenniejszy symbol szczęścia w opinii badanej młodzieży (M=3,05). Prawie $\frac{1}{3}$ ankietowanych uczniów (31,70%) przypisała temu symbolowi najwyższą piątą rangę, a $\frac{1}{4}$ ankietowanych rangę czwartą (22,64%). Być może kryzys jaki dotyka współczesne rodziny (zwiększenie liczby rozwodów, migracje zarobkowe, niepełne lub skonstruowane rodziny) powoduje, że młoda generacja coraz częściej swoje szczęście upatruje w pełnej kochającej się rodzinie. *Dobre zdrowie* uplasowało się na wysokiej drugiej pozycji, wśród dziewięciu najważniejszych symboli szczęścia, uzyskując średnią wagę równą (2,63%). Uczniowie *dobremu zdrowiu* przypisywali najczęściej rangę trzecią (26,42%). Za ledwie co szósty badany nastolatek (14,34%) przyznawał mu najwyższą rangę. Również co szósty badany (16,60%) nie utożsamiał *dobrego zdrowia* z symbolem osobistego szczęścia.

Duży *krąg przyjaciół* został wskazywany przez badanych nastolatków jako trzeci (M=2,18) symbol szczęścia, obok *udanego życia rodzinnego* i *dobrego zdrowia* sygnalizując tym samym, że bliskie więzi z kolegami i wzajemna aproba są w tym okresie życia szczególnie ważne. Niskie rangi przypisane *sukcesom w nauce* (M=1,38) i *wykonywaniu ulubionej pracy* (M=1,78) wskazują na małe zainteresowanie badanej

młodzieży sprawami dotyczącymi ich zawodowej przyszłości. Także wartości tj. *bycie potrzebnym innym* ($M=1,74$) nie były szczególnie wysoko cenione przez badanych nastolatków. Najwyższą rangę tej altruistycznej wartości przyznało zaledwie (15,09%) ankietowanych. *Dobre warunki materialne* ($M= 0,90$) nie mają większego znaczenia, dla badanej młodzieży. Prawdopodobnie wysoki status materialny badani postrzegają bardziej jako środek do celu, a nie symbol szczęścia. Wartości z grupy hedonistycznych tj. *slawa i popularność* ($M=0, 23$) znalazły się na ostatnim miejscu wśród wszystkich symboli szczęścia. Zaledwie (1,13%) badanych uczniów przypisało im najwyższą rangę, co może trochę dziwić, we współczesnym konformistycznym świecie. Należy zauważyć, że badanych uczniów cechowała pewnego rodzaju obojętność na ten wymiar ludzkiej egzystencji.

Zauważono istotne różnice statystyczne między średnimi wagami symboli szczęścia analizowanymi pod kątem płci. Dotyczyły one przede wszystkim: *udanego życia rodzinnego* ($p<0,013$), *wykonywania ulubionej pracy* ($p<0,000$), *bycia potrzebnym innym* ($p<0,000$) oraz *dobrych warunków materialnych* ($p<0,000$).

Udane życie rodzinne pomimo, iż zostało wskazane jako najcenniejszy symbol szczęścia zarówno w grupie chłopców jak i w grupie dziewcząt, to dziewczęta ($M=3,35$) przypisały mu znacznie wyższą średnią wagę niż chłopcy ($M=2,72$). Prawdopodobnie dziewczęta mniej lub bardziej świadomie, udane życie rodzinne utożsamiają z funkcją kobiety i jej rolą w tym zakresie.

Chłopcy ($M=2,21$) zamiennie częściej niż dziewczęta ($M=1,41$) *wykonywanie ulubionej pracy* utożsamiają z osobistym szczęściem. Symbol ten w grupie chłopców został wskazany jako czwarty w kolejności symboli szczęścia, podczas gdy w grupie dziewcząt został on wskazany jako szósty. Wydaje się, że chłopcy bardziej niż dziewczęta są świadomi faktu, że wykonywanie dobrze płatnej pracy w przyszłości, będzie stanowiło podstawę dobrobytu materialnego nie tylko dla nich samych, ale także ich rodzin. Dlatego temu materialnemu wymiarowi życia przypisali wyższą średnią wagę ($M=1,19$) niż dziewczęta ($M=0,64$).

Bycia potrzebnym innym, jako symbol szczęścia, jest nieznacznie wyżej ceniony w grupie dziewcząt (na piątym miejscu $M=2,01$), niż w grupie chłopców (na szóstym miejscu $M=1,44$). Dziewczęta częściej niż chłopcy są skłonne nieść pomoc innym. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że wartości altruistyczne w naszej kulturze częściej są utożsamiane z kobietą i z jej cechami tj.: dobroć, łagodność, opiekuńczość, współczucie.

Różnica zbliżona do istotności statystycznej dotyczyła *sukcesów w nauce* ($p \sim 0,055$). Dziewczęta ($M=1,52$) częściej niż chłopcy ($M=1,22$) swoje szczęście osobiste dostrzegają w dobrym wykształceniu i możliwościach z nim związanych. Sukcesy w nauce utożsamiają nie tyle z rozwojem intelektualnym, co z możliwościami zawodowymi. Nie zanotowano istotnych różnic statystycznych w pozostałych symbolach szczęścia [Tabela 92]. Chłopcy wyższe średnie wagi przypisywali *dużemu kręgu przyjaciół, życiu pełnym przygód oraz sławie i popularności*. Dziewczęta *dobremu zdrowiu* jako fundamentowi do osiągnięcia pozostałych celów.

Tabela III-92. Symbole szczęścia osobistego w opinii badanej młodzieży - średnia wagi i rozkłady wyboru rang (w %)

Symbole szczęścia	średnia waga	rangi (wybory w %)					
		0	1	2	3	4	5
2.udane życie rodzinne	3,05	19,25	7,55	7,92	10,94	22,64	31,70
5.dobre zdrowie	2,63	16,60	8,30	16,60	26,42	17,74	14,34
1.duży krąg przyjaciół	2,18	31,70	9,81	12,45	15,09	16,60	14,34
3.wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	1,78	37,74	12,45	14,72	12,83	13,21	9,06
6.być potrzebnym dla innych ludzi	1,74	44,53	10,57	11,32	8,30	10,19	15,09
4.sukcesy w nauce, pracy	1,38	45,28	15,85	13,58	12,08	7,17	6,04
8.życie pełne przygód, podróży	1,06	53,96	18,49	10,19	6,42	6,42	4,53
7.dobre warunki materialne	0,90	61,51	12,08	11,32	7,92	4,53	2,64
9.sława, popularność	0,23	89,81	4,91	1,89	0,75	1,51	1,13

0-brak wyboru, 5-najwyższa ranga, N=265

Tabela III -11. Porównanie średnich wag symboli szczęścia osobistego w zależności od płci

Symbole szczęścia	średnia waga		test Manna-Whitneya
	chłopcy	dziewczęta	
1.duży krąg przyjaciół	2,21	2,16	$p > 0,762$
2.udane życie rodzinne	2,72	3,35	$p < 0,013$
3.wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	2,21	1,41	$p < 0,000$
4.sukcesy w nauce, pracy	1,22	1,52	$p \sim 0,055$
5.dobre zdrowie	2,60	2,67	$p > 0,743$
6.być potrzebnym dla innych ludzi	1,44	2,01	$p < 0,015$
7.dobre warunki materialne	1,19	0,64	$p < 0,000$
8.życie pełne przygód, podróży	1,10	1,03	$p > 0,715$
9.sława, popularność	0,29	0,17	$p > 0,797$

Tabela 93 ukazuje uszeregowane twierdzeń dotyczących wartości osobistych według średnich wag .

Uczniowie za najważniejszą wartość osobistą (M=3,81) uznali *przyjaźń i miłość*, aż (58,87%) uczniów przyznało tej wartości najwyższą rangę. *Dobre zdrowie* utożsamiane ze sprawnością fizyczną i psychiczną zajęło wysoką drugą lokatę uzyskując średnią wagę równą (2,38%). Uczniowie *dobremu zdrowiu* przypisywali najczęściej czwartą rangę (23,40%). Piątą najwyższą znacznie rzadziej (14,34%). *Inteligencja i bystrość umysłu* znalazła się na wysokim trzecim miejscu (M=1,63%) spośród innych dziesięciu wartości osobistych. Należy zauważyć, że badana młodzież nie przywiązuje zbyt dużej wagi jako wartości osobistej do *poczucia humoru* (M=1,17), *mądrości i wiedzy* (M=1,10) czy *prezencji* (M=0,63), mimo iż są to cechy wspólnie wysoko cenione. Również *odwaga i stanowczość* (M=1, 15) oraz *dobroć i delikatność* (M=1,03) nie były wartościami z którymi uczniowie utożsamiają się. *Bogactwo i majątek* (M=0,47) znalazły się na ostatnim miejscu w hierarchii wartości osobistych. Zaledwie (2,64%) nastolatków przyznało im najwyższą rangę. Ankietowani wykazywali wręcz całkowitą abnegację do wartości materialnych. Prawdopodobnie pozostaje to tylko w sferze deklaracji, ponieważ obserwując współczesną młodzież, śmiało można powiedzieć, że dla większości z nich „mieć” znaczy dużo więcej niż „być”.

Tabela III-93. Lista wartości osobistych - średnie wagi i rozkłady wyboru rang (w %)

Kategorie wartości osobistych	średnia waga	rangi (wybory w %)					
		0	1	2	3	4	5
1.miłość, przyjaźń	3,81	9,06	9,43	3,02	7,55	12,08	58,87
2.dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	2,38	27,17	10,19	12,08	12,83	23,40	14,34
4.inteligencja, bystrość umysłu	1,63	40,75	9,43	19,62	13,58	9,81	6,79
6.radość, zadowolenie	1,62	41,13	10,94	14,34	15,85	13,96	3,77
3.poczucie humoru, dowcip	1,17	49,43	16,60	13,58	9,81	9,43	1,13
7.odwaga , stanowczość	1,15	54,72	10,94	13,21	9,81	8,30	3,02
5.wiedza , mądrość	1,10	62,26	5,28	7,55	12,83	9,43	2,64
8.dobroć, delikatność	1,03	60,75	7,92	10,57	11,32	7,17	2,26
9.ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	0,63	72,83	12,83	4,15	3,40	2,64	4,15
10.bogactwo, majątek	0,47	81,89	6,42	2,26	4,15	2,64	2,64

0-brak wyboru, 5-najwyższa ranga, N=265

Zauważono znamienne różnice statystyczne, między średnimi wagami wartości osobistych analizowanymi pod kątem płci. Różnice te dotyczyły następujących zmiennych: *przyjaźni i miłości* ($p < 0,004$), *poczucia humoru* ($p < 0,013$), *dobroci i delikatności* ($p < 0,001$), oraz *bogactwa i majątku* ($p < 0,005$).

Mimo, iż *przyjaźń i miłość* została uznana przez chłopców i dziewczęta za najcenniejszą wartość osobistą, to jednak dziewczęta przypisały jej znacznie wyższą średnią wagę (M=4,12) niż chłopcy (M=3,45).

Także *dobroć i delikatność* uzyskała w grupie dziewcząt znacznie wyższą średnią wagę (M=1,30) niż w grupie chłopców (M=0,73). W hierarchii wartości dziewcząt zajęła ona najwyższą - piątą lokatę. Pozycję tę w grupie chłopców zajęło *poczucie humoru*. Mimo, iż *bogactwo i majątek* znalazło się w grupie chłopców na przedostatnim, a w grupie dziewcząt na ostatnim miejscu, to chłopcy tej wartości przypisali nieznacznie wyższą średnią wagę (M=0,69), niż dziewczęta (M=0,28).

Nie odnotowano znamienych różnic w pozostałych wartościach osobistych, [Tabela 94]. Dziewczęta bardziej ceniły sobie *radość i zadowolenie z życia, inteligencję i bystrość umysłu* oraz *ładny wygląd zewnętrzny*. Chłopcy natomiast *dobrze zdrowie, wiedzę oraz odwagę*. Znalazło to odzwierciedlenie w wyższej średniej wadze przypisywanej tym wartościom [Tabela 94].

Tabela III-94. Porównanie średnich wag listy wartości osobistych w zależności od płci

Kategorie wartości osobistych	średnia waga		test Manna-Whitneya
	chłopcy	dziewczęta	
1.miłość, przyjaźń	3,45	4,12	p<0,004
2.dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	2,44	2,33	p>0,651
3.poczucie humoru, dowcip	1,39	0,97	p<0,013
4.inteligencja, bystrość umysłu	1,59	1,66	p>0,600
5.wiedza, mądrość	1,27	0,95	p>0,103
6.radość, zadowolenie	1,54	1,69	p>0,422
7.odwaga, stanowczość	1,27	1,05	p>0,275
8.dobroć, delikatność	0,73	1,30	p<0,001
9.ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	0,60	0,65	p>0,362
10.bogactwo, majątek	0,69	0,28	p<0,005

7. Kryteria zdrowia w opinii badanych nastolatków

Na sposób definiowania zdrowia podstawowe znaczenie ma nie tylko wiek, płeć, poziom wykształcenia czy status materialny człowieka, ale przede wszystkim wyznawany przez niego i realizowany w codziennym życiu system wartości. Jak słusznie zauważa M. Boczkowska [2015, s. 135] „sposób wartościowania i definiowania zdrowia zmienia się wraz z pojawieniem się bezpośredniego zagrożenia chorobą”. Ustosunkowanie się do zdrowia jako wartości jest swoistym, świadomym wyborem „czegoś cennego”, co chce się w życiu urzeczywistnić. Jednostka, która ceni

zdrowie, zaczyna myśleć kategoriami jemu sprzyjającymi. Z uwagi na specyfikę młodego pokolenia warto zwrócić uwagę na właściwą dla tej generacji hierarchię wartości. Zgłębienie tej kwestii stało się przedmiotem przeprowadzonych badań.

Tabele 95-96 przedstawiają kryteria zdrowia preferowane przez badaną młodzież.

Badani uczniowie spostrzegają zdrowie przede wszystkim jako wynik prozdrowotnego stylu życia, to znaczy *prawidłowego odżywiania* (M=1,43), *racjonalnego wypoczynku, długiego, prawidłowego snu* (M=1,10), jak również unikania używek w tym *palenia tytoniu* (M=1,07). Bycie zdrowym w opinii badanych nastolatków oznacza: *mieć sprawne wszystkie części ciała* (M=1,18), *odpowiednią wagę* (M=0,99), *ogólnie czuć się dobrze* (M=0,91) oraz *nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych* (M=0,89).

Zdrowie definiowane jest również jako środek do osiągnięcia celu, jakim jest *dożycie późnej starości* (M=0,83). Należy zauważyć, że młodzież szkolna nie spostrzega zdrowia szerszym w jego wymiarze: psychicznym i społecznym. Młodzież nie dostrzega wyraźnie wpływu stanów emocjonalnych na prawidłowe codzienne funkcjonowanie. Zdrowie utożsamiane jest głównie z fizyczną naturą człowieka. Badani uczniowie nie przywiązują większej wagi do komfortu psychicznego i do takich stanów jak: *czuć się szczęśliwym przez większość czasu* (M=0,59), *mieć dobry nastrój* (M=0,47), *czy akceptować siebie* (M=0,37), co znalazło odzwierciedlenie w wartościach średnich wag. Ankietowani uczniowie nie postrzegają zdrowia również w jego wymiarze społecznym. Nie doceniają znaczenia *dobrych społecznych relacji* w codziennym życiu. Skupiają się raczej na sobie, niż na budowaniu poprawnych, partnerskich relacji z otoczeniem: rodzicami, nauczycielami i rówieśnikami (M=0,37).

Badani nastolatkowie najniższe średnie wagi przypisali zdrowiu jako procesowi. Młodzi ludzie nie do końca mają świadomość, że zdrowie nie jest właściwością otrzymaną na całe życie w chwili narodzin. Nie utożsamiają zdrowia jako złożonego długiego powolnego procesu, przebiegającego na kontinuum zdrowia i choroby. Nie mają świadomości, że permanentny stres, wszechobecny we współczesnym życiu, ma decydujący wpływ na ich stan zdrowia. Radzenie sobie ze stresem w postaci umiejętności *rozwiązywania problemów* (M=0,27), *pracowania bez większego napięcia* (M=0,27), czy *szybkiego przystosowywania się do zmian w życiu* (M=0,17) ma ogromne znaczenie, nie tylko dla jakości ich życia, ale również dla ich zdrowia.

Tabela III-95. Lista Kryteriów Zdrowia w całej grupie badanych - uszeregowanie twierdzeń według średnich wag i rozkładu wyboru rang (w %)

kategorie LKZ	średnia waga	rangi (wybory w %)						definicja zdrowia
		0	1	2	3	4	5	
5.należy się odżywiać	1,43	57,74	4,91	6,79	9,81	8,30	12,45	wynik
20.mieć sprawne wszystkie części ciała	1,18	65,28	6,42	4,53	4,15	8,30	11,32	właściwość
6.dbać o wypoczynek, sen	1,10	62,26	7,17	7,92	9,81	6,79	6,04	wynik
8.nie palić tytoniu	1,07	64,91	5,66	7,92	6,04	9,81	5,66	wynik
9.mieć odpowiednią wagę ciała	0,99	66,79	5,66	6,04	9,43	7,55	4,53	wynik
23.czuć się dobrze	0,91	70,19	6,79	4,91	5,28	5,66	7,17	stan
12.nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,89	72,08	3,02	6,42	6,79	5,28	6,42	właściwość
1.dożyć późnej starości	0,83	71,70	7,55	5,66	2,64	6,42	6,04	cel
17.umieć się cieszyć z życia	0,73	76,98	3,40	6,04	3,02	4,15	6,42	stan
7.pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,72	74,72	5,66	5,66	4,53	6,04	3,40	wynik
15.mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,69	72,83	10,19	3,77	4,53	6,04	2,64	właściwość
14.nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,63	76,23	5,66	6,42	5,28	3,02	3,40	właściwość
2.czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,59	79,62	3,77	6,04	3,40	3,02	4,15	stan
11.mieć dobry nastrój	0,47	84,53	3,02	3,40	1,89	4,53	2,64	właściwość
24.prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,41	84,53	4,91	3,77	1,89	1,51	3,40	właściwość
3.potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,37	89,06	0,75	2,26	2,26	3,02	2,64	proces
21.akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,37	86,79	3,77	2,26	2,26	2,64	2,26	cel
22.mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,34	88,68	2,64	2,64	1,51	0,75	3,77	wynik
4.umieć rozwiązywać swoje problemy	0,27	91,70	1,13	1,51	1,89	1,51	2,26	proces
13.potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,27	90,57	1,89	1,13	3,77	1,51	1,13	proces
10.jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,21	91,70	2,26	1,51	2,64	1,51	0,38	właściwość
18.być odpowiedzialnym	0,20	93,21	1,13	1,13	2,64	0,75	1,13	cel
16.umieć przystosować się do zmian w życiu	0,17	93,58	1,13	1,89	1,51	1,51	0,38	proces
19.potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,16	94,34	1,13	0,38	3,02	0,75	0,38	proces

0-brak wyboru, 5-najwyższa ranga, N=265

Analizując wyniki badania w grupie chłopców i w grupie dziewcząt [Tabela 96], należy zauważyć istotne różnice między średnimi wartościami następujących zmiennych: *potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi* ($p < 0,037$), *należycie się odżywiać* ($p < 0,000$), *nie chorować, najwyżej rzadko na grypę lub niestrawność* ($p < 0,018$), *mieć zdrowe oczy, włosy i cerę* ($p < 0,001$), *umieć przystosować się do zmian w życiu* ($p < 0,002$), *być odpowiedzialnym* ($p < 0,027$), *akceptować siebie oraz znać swoje możliwości i braki* ($p < 0,039$). Różnica zbliżona do istotności statystycznej dotyczyła *pracy i różnorodnych zainteresowań* ($p \sim 0,008$).

W spostrzeganiu i definiowaniu zdrowia zarówno w grupie dziewcząt jak i w grupie chłopców widoczny jest wpływ edukacji zdrowotnej. Zdrowie jest jednoznacznie utożsamiane z jego wymiarem fizycznym, a przede wszystkim z prozdrowotnym stylem życia. Dziewczęta częściej niż chłopcy zwracają uwagę na *prawidłowe odżywianie* ($M=1,81$ vs. $M=1,01$), *dbanie o wypoczynek i sen* ($M=1,21$ vs. $M=0,97$), a także *utrzymanie prawidłowej wagi ciała* ($M=1,13$ vs. $M=0,82$). Chłopcy natomiast częściej niż dziewczęta są świadomi negatywnego wpływu używek na zdrowie, zwłaszcza *tytoniu* ($M=1,22$ vs. $M=0,94$) i *alkoholu* ($M=0,82$ vs. $M=0,62$).

Chłopcy częściej niż dziewczęta utożsamiają zdrowie z pełnosprawnością fizyczną. *Sprawność wszystkich członków ciała* jednoznacznie identyfikują ze zdrowiem, przypisując tej zmiennej wyższą średnią wartość niż dziewczęta ($M=1,39$ vs. $M=0,99$). Dziewczęta częściej niż chłopcy spostrzegają zdrowie jako określony układ, wzajemnych uwarunkowań w relacji zdrowie - choroba, definiując go jako *stan wolny od chorób* ($M=0,78$ vs. $M=0,47$). Częściej również niż chłopcy skupiają uwagę na swoim wyglądzie zewnętrznym *mieć zdrowe oczy, włosy, cerę*, utożsamiając zdrowie z aparycją ($M=0,92$ vs. $M=0,42$).

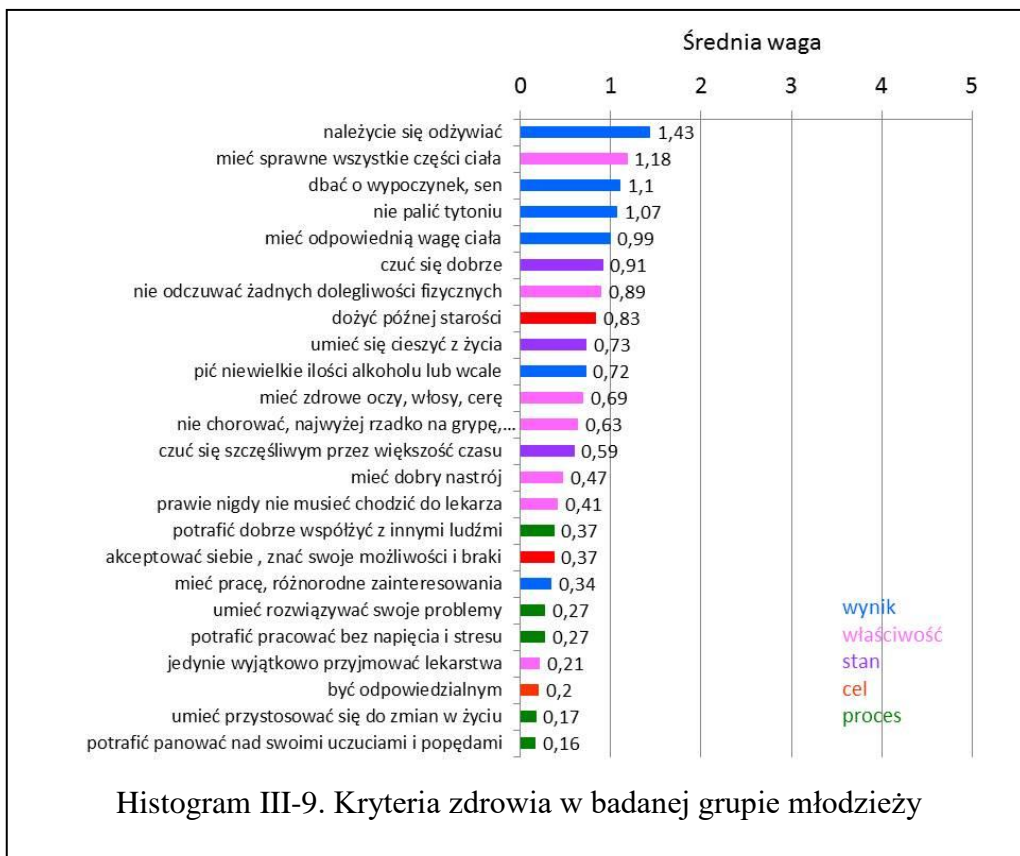
Analizując dane w tabeli 96, należy zauważyć, iż chłopcy większą wagę przywiązują do *umiejętności przystosowania się do zmian w życiu* ($M=0,31$ vs. $M=0,06$), *bycia odpowiedzialnym* ($M=0,30$ vs. $M=0,11$), *posiadania pracy i różnorodnych zainteresowań* ($M=0,49$ vs. $M=0,21$) jako wyznacznika zdrowia. Dziewczęta natomiast koncentrują się na *akceptowaniu siebie, poznawaniu swoich możliwości i braków* ($M=0,52$ vs. $M=0,19$). Chłopcy częściej niż dziewczęta dostrzegają znaczenie społecznego wymiaru zdrowia przypisując wyższą średnią wagę takim jego kategoriom jak: *zdolności nawiązywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi czy pełnieniu ról społecznych* ($M=0,51$ vs. $M=0,26$).

Tabela III-96. Porównanie średnich wag Listy Kryteriów Zdrowia w zależności od płci

kategorie LKZ	średnia waga		test Manna- Whitneya
	chłopcy	dziewczeta	
1.dożyć późnej starości	0,92	0,74	p>0,304
2.czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,74	0,45	p>0,075
3.potrawić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,51	0,26	p<0,037
4.umieć rozwiązywać swoje problemy	0,42	0,14	p>0,081
5.należyście się odżywiać	1,01	1,81	p<0,000
6.dbać o wypoczynek, sen	0,97	1,21	p>0,266
7.pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,82	0,62	p>0,369
8.nie palić tytoniu	1,22	0,94	p>0,124
9.mieć odpowiednią wagę ciała	0,82	1,13	p>0,072
10.jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,27	0,16	p>0,224
11.mieć dobry nastrój	0,56	0,38	p>0,457
12.nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,89	0,90	p>0,753
13.potrawić pracować bez napięcia i stresu	0,30	0,25	p>0,865
14.nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,47	0,78	p<0,018
15.mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,42	0,92	p<0,001
16.umieć przystosować się do zmian w życiu	0,31	0,06	p<0,002
17.umieć się cieszyć z życia	0,78	0,69	p>0,643
18.być odpowiedzialnym	0,30	0,11	p<0,027
19.potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,15	0,16	p>0,603
20.mieć sprawne wszystkie części ciała	1,39	0,99	p>0,090
21.akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,19	0,52	p<0,039
22.mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,49	0,21	p~0,008
23.czuć się dobrze	0,71	1,09	p>0,285
24.prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,35	0,47	p>0,433

Podsumowując ten wycinek analiz, należy zauważyć, iż badana młodzież szkolna zdrowie najczęściej spostrzega w jego wymiarze czysto fizycznym. Zdrowie w opinii badanych uczniów to wynik prozdrowotnego stylu życia, czyli prawidłowego odżywiania, racjonalnego wypoczynku i długiego spokojnego snu. Zdrowie to także określone działania podejmowane na jego rzecz tj. ograniczenie lub eliminacja palenia tytoniu i picia alkoholu. Zdrowie w badanej grupie uczniów utożsamiane jest jednoznacznie z pełnosprawnością fizyczną *mieć sprawne wszystkie części ciała*. Widoczny jest tu wpływ edukacji zdrowotnej na definiowanie zdrowia, ale uczniowie jeszcze nie rozumieją znaczenia jego wymiaru psychicznego i społecznego. Badani nastolatki rzadko spostrzegają zdrowie jako dobrostan psychiczny *czuć się szczęśliwym, mieć dobry nastrój, pracować bez stresu i napięcia*, dlatego tym

kategoriom zdrowia przypisują niskie średnie wagi. Młodzież sporadycznie utożsamia zdrowie z poprawnymi relacjami społecznymi. Jest to ten okres ich życia, w którym młodzież skupia się raczej na sobie, niż na innych i chęci budowania z nimi poprawnych relacji społecznych. Nie rozumieją jeszcze znaczenia poprawnych relacji z innymi osobami. Badani uczniowie zdrowie spostrzegają najczęściej jako wynik i jako właściwość. Rzadziej jako cel do którego powinni dążyć, oraz proces nad którym powinni pracować [Histogram III-9].



Rozdział IV

Analizy statystyczne zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w kontekście aktywności fizycznej

Poziom aktywności fizycznej badanej młodzieży określono na podstawie metody sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety HBSC, w którym zawarto pytania dotyczące liczby dni, w ostatnich siedmiu dniach i w typowym tygodniu, w którym badana młodzież przeznaczała na aktywność fizyczną, co najmniej 60 minut dziennie. Na podstawie odpowiedzi na oba pytania, wyliczono wskaźnik (MVPA), czyli średnią liczbę dni w tygodniu, w którym badana osoba przeznaczyła na aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności (MVPA), co najmniej 60 minut dziennie. Na podstawie wskaźnika (MVPA), dokonano podziału badanej młodzieży na trzy grupy: o niskim, przeciętnym i wysokim poziomie aktywności fizycznej.

Do grupy *o niskim poziomie aktywności fizycznej* zakwalifikowano uczniów, którzy na umiarkowaną aktywność fizyczną przeznaczali w tygodniu od 2,5 do 3 dni.

Do grupy *o przeciętnym jej poziomie* zakwalifikowano uczniów, którzy na umiarkowaną aktywność fizyczną przeznaczali w tygodniu od 3,5 do 5 dni.

Do grupy *o wysokim poziomie aktywności fizycznej* zakwalifikowano uczniów, którzy na aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności przeznaczali w tygodniu od 5,5 do 7 dni. Wyniki kwalifikacji badanych uczniów do jednego z trzech poziomów aktywności fizycznej przedstawiono w tabeli 1

Tabela IV-1. Podział na 3 poziomy aktywności fizycznej badanych uczniów ogółem, oraz z uwzględnieniem płci, w zależności od MVPA, czyli średniej ilości dni w tygodniu w którym badana osoba przeznaczyła na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut dziennie

Ilość dni	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczeta (n=141)		aktywność
2.5	12	4,53%	3	2,42%	9	6,38%	niska
3	45	16,98%	22	17,74%	23	16,31%	
3.5	40	15,09%	13	10,48%	27	19,15%	przeciętna
4	37	13,96%	13	10,48%	24	17,02%	
4.5	27	10,19%	14	11,29%	13	9,22%	
5	27	10,19%	10	8,06%	17	12,06%	wysoka
5.5	27	10,19%	18	14,52%	9	6,38%	
6	30	11,32%	22	17,74%	8	5,67%	
6.5	6	2,26%	2	1,61%	4	2,84%	
7	14	5,28%	7	5,65%	7	4,96%	

* $\chi^2=22,245$ df=9 p~0,008

Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowili uczniowie prezentujący aktywność fizyczną na poziomie przeciętnym (49,43%). Skrajne grupy tworzyła młodzież cechująca się aktywnością fizyczną na poziomie wysokim (29,06%) i niskim (21,51%). Zaobserwowana różnica była zbliżona do istotności statystycznej ($p \sim 0.008$).

1. Wybrane wskaźniki społeczno-demograficzne badanej grupy a poziom aktywności fizycznej

Płeć badanych uczniów różnicowała statystycznie istotnie ($p < 0,001$) poziom aktywności fizycznej. Chłopcy cechowali się aktywnością fizyczną na poziomie wysokim (39,5% vs. 19,7%), podczas gdy dziewczęta prezentowały aktywność fizyczną na poziomie przeciętnym (57,5% vs. 40,3%), [Tabela 2.]

Tabela IV-2. Aktywność fizyczna badanej młodzieży w zależności od płci

Aktywność fizyczna	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	niska	57	21,51%	25	20,16%	32
przeciętna	131	49,43%	50	40,32%	81	57,45%
wysoka	77	29,06%	49	39,52%	28	19,86%

* $\chi^2=12.885$ df=2 p<0,001

W każdej badanej grupie, z niskim, przeciętnym i wysokim poziomem aktywności fizycznej, przeważali uczniowie mieszkający w dużym mieście i na terenach wiejskich [Tabela 3]. Miejsce zamieszkania nie różnicuje poziomu aktywności fizycznej badanych uczniów ($p < 0,495$). Zauważono jednak, że w dużym mieście częściej mieszka młodzież z niskim jej poziomem, a na terenach wiejskich młodzież z przeciętnym poziomem aktywności fizycznej.

Tabela IV-3. Aktywność fizyczna badanej młodzieży w zależności od miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
duże miasto	130	33	57,89%	58	44,27%	39	50,65%
małe miasto	49	10	17,54%	26	19,85%	13	16,88%
wieś	86	14	24,56%	47	35,88%	25	32,47%

* $\chi^2=3,391$ df=4 p>0,495

Wykształcenie ojców nie różnicowało statystycznie istotnie poziomu aktywności fizycznej badanej młodzieży, ($p > 0,367$). W każdej badanej grupie dominowali ojcowie z wykształceniem średnim i zawodowym (odpowiednio: 73,69%, 80,91%, 70,13%).

Mimo, iż wykształcenie ojców nie różnicowało poziomu aktywności fizycznej młodzieży, zauważono, że w grupie ojców z wyższym wykształceniem dominowali uczniowie wysokim jej poziomem [Tabela 4].

Tabela IV-4. Zróżnicowana aktywność fizyczna badanych a wykształcenie ojca

Kategorie odpowiedzi	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
brak ojca	6	1	1,75%	4	3,05%	1	1,30%
podstawowe	5	2	3,51%	0	0,00%	3	3,90%
zawodowe	94	18	31,58%	51	38,93%	25	32,47%
średnie	108	24	42,11%	55	41,98%	29	37,66%
wyższe	52	12	21,05%	21	16,03%	19	24,68%

* $\chi^2=8,716$ df=8 $p > 0,367$

Wykształcenie matek nie różnicowało statystycznie istotnie poziomu aktywności fizycznej badanych uczniów, ($p > 0,497$).

W każdej badanej grupie dominowały matki z wykształceniem średnim i wyższym (odpowiednio: 75,44%, 67,17%, 68,83%).

Mimo, iż wykształcenie matek nie różnicowało poziomu aktywności fizycznej młodzieży, to zauważono, że matki uczniów z wysokim (36,36%) poziomem aktywności fizycznej, nieznacznie częściej niż matki uczniów z niskim jej poziomem (26,32%), posiadały wykształcenie wyższe, [Tabela 5]

Tabela IV-5. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży, a wykształcenie matki

Kategorie odpowiedzi	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
brak matki	1	0	0,00%	1	0,76%	0	0,00%
podstawowe	5	2	3,51%	2	1,53%	1	1,30%
zawodowe	75	12	21,05%	40	30,53%	23	29,87%
średnie	98	28	49,12%	45	34,35%	25	32,47%
wyższe	86	15	26,32%	43	32,82%	28	36,36%

* $\chi^2=7,376$ df=8 $p > 0,497$

Syntezyując ten wycinek analiz, należy podkreślić, iż wykształcenie rodziców nie różnicowało poziomu aktywności fizycznej młodzieży. Zauważono jednak, że rodzice uczniów z wysokim jej poziomem częściej posiadali wykształcenie wyższe.

Poziom aktywności fizycznej badanej młodzieży różnicował statystycznie istotnie postrzeganie statusu materialnego rodziny, ($p < 0,049$), [Tabela 6].

Młodzież z wysokim i przeciętnym poziomem aktywności fizycznej sytuację materialną rodziny postrzegała najczęściej jako *raczej dobrą*, podczas gdy uczniowie z niskim jej poziomem, status materialny rodziny postrzegali najczęściej jako *przeciętny* [Tabela 6]. Zauważono, że w grupie młodzieży oceniającej status materialny rodziny jako *bardzo dobry* przeważali uczniowie z wysokim jej poziomem (odpowiednio: 32,5%, 20,6%, 29,8%)

Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej młodzieży maleje odsetek osób spostrzegających sytuację materialną rodziny jako przeciętną.

Tabela IV-6. Zróżnicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a status materialny rodziny

Sytuacja materialna	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
bardzo dobra	69	17	29,82%	27	20,61%	25	32,47%
raczej dobra	116	18	31,58%	63	48,09%	35	45,45%
przeciętna	73	22	38,60%	37	28,24%	14	18,18%
zła	7	0	0,00%	4	3,05%	3	3,90%

* $\chi^2=12,612$ df=6 p<0,049

2. Wybrane wskaźniki charakteryzujące zdrowie badanych nastolatków a poziom aktywności fizycznej

Sytuację zdrowotną młodzieży oceniano, analizując wskaźnik wagowo wzrostowy (BMI), subiektywną ocenę zdrowia i zadowolenie z życia.

Poziom aktywności fizycznej badanej młodzieży różnicował statystycznie istotnie wskaźnik wzrostowo-wagowy (BMI), ($p < 0,003$).

Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów, zwiększał się odsetek młodzieży z prawidłową wagą ciała (odpowiednio: 43,7%, 56,5%, 72,7%). Założono, iż w grupie uczniów z wysokim poziomem aktywności fizycznej kontrola wagi odbywa się poprzez rekomendowaną bądź zwiększoną codzienną aktywność ruchową. Równoległe ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów malał odsetek osób z niedowagą (odpowiednio: 40,4%, 24,3%, 19,5%), [Tabela7]. Mimo, iż

nadwaga i otyłość występowała w każdej badanej grupie, to należy zauważyć, że w grupie uczniów z wysokim jej poziomem odnotowano najniższy odsetek osób borykających się z tym problemem (odpowiednio: 12,3%, 19,1%, 7,8%).

Tabela IV-7. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży, a wskaźnik wzrostowo-wagowy (BMI)

Odżywienie wg. BMI	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
niedowaga	70	23	40,35%	32	24,43%	15	19,48%
waga prawidłowa	157	27	47,37%	74	56,49%	56	72,73%
nadwaga	31	4	7,02%	23	17,56%	4	5,19%
otyłość	7	3	5,26%	2	1,53%	2	2,60%

* $\chi^2=19,472$ df=6 p<0,003

Syntezyując ten wycinek analiz, należy podkreślić, iż młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej, częściej niż ich koledzy i koleżanki z niskim i przeciętnym jej poziomem charakteryzowali się prawidłową masą ciała, a odsetek osób z nadwagą i otyłością w tej grupie badanych uczniów był najniższy.

Poziomem aktywności fizycznej badanej młodzieży istotnie różnicował subiektywną oceną zdrowia, ($p<0,019$), [Tabela 8]. Uczniowie cechujący się wysokim poziomem aktywności fizycznej (49,4%) swoje zdrowie najczęściej spostrzegali jako *bardzo dobre*. Młodzież z przeciętnym (51,2%) i niskim (56,1%) jej poziomem, swoje zdrowie najczęściej oceniali jako *dobre*. Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów, zwiększa się odsetek badanych spostrzegających swoje zdrowie jako *bardzo dobre*, a maleje odsetek osób wnoszących pewne zastrzeżenia do własnego zdrowia, zdrowie *takie sobie*.

Tabela IV-8. Zróżnicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a subiektywna samoocena zdrowia

Samoocena zdrowia	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
bardzo dobre	91	11	19,30%	42	32,06%	38	49,35%
dobre	129	32	56,14%	67	51,15%	30	38,96%
„takie sobie”	43	13	22,81%	21	16,03%	9	11,69%
złe	2	1	1,75%	1	0,76%	0	0,00%

* $\chi^2=15,153$ df=6 p<0,019

Poziomem aktywności fizycznej badanych nastolatków nie różnicował statystycznie istotnie zadowolenia z życia, ($p>0,358$), [Tabela 9]

Bez względu na to, jaki poziom aktywności fizycznej prezentowali badani uczniowie, wysoki, przeciętny czy niski, w każdej badanej grupie większość stanowiły osoby o postawie z niego zadowolonej. Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej maleje odsetek uczniów niezadowolonej z życia (odpowiednio: 28,1%, 25,2%, 18,2%). Równolegle zwiększa się odsetek młodzieży z życia zadowolonej [Tabela 9].

Tabela IV-9. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a zadowolenie z życia (wg. skali Cantrila)

zadowolenie z życia	z	n	Aktywność fizyczna					
			niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
niezadowoleni		63	16	28,07%	33	25,19%	14	18,18%
zadowoleni		202	41	71,93%	98	74,81%	63	81,82%

* $\chi^2=2,054$ df=2 p>0,358

Średni poziom zadowolenia z życia badanych uczniów zwiększał się wraz ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej. Statystyczna różnica występowała na poziomie zbliżonym do przyjmowanego jako istotny, ($p \sim 0,082$), [Tabela 10]. Najwyższa średnia zadowolenia z życia (7,1 punkta) cechowała uczniów z wysokim poziomem aktywności fizycznej.

Tabela IV-10. Zróżnicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a średnia zadowolenia z życia

Aktywność fizyczna	n	Zadowolenie z życia w skali Cantrila					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	57	6,4	1,9	7	1	10	p~0,082
przeciętna	131	6,8	1,8	7	2	10	
wysoka	77	7,1	1,9	8	0	10	

3. Wybrane zachowania zdrowotne badanej grupy a poziom aktywności fizycznej

3.1. Ocena poziomu wybranych wskaźników aktywności fizycznej

Aktywność fizyczną młodzieży badano: analizując wskaźnik (MVPA) (umiarkowaną aktywność fizyczną); wskaźnik VPA (intensywną aktywność fizyczną); uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego, a także uczestnictwo w pozalekcyjnych i pozaszkolnych zajęciach sportowych.

Żaden uczeń prezentujący przeciętny i niski poziom aktywności fizycznej nie spełniał rekomendacji WHO, w zakresie aktywności fizycznej tzw. podtrzymującej zdrowie, a wynoszącej 7 dni po 60 minut. Zaledwie dwadzieścia dwie osoby (28,57%) spełniały tę rekomendację i byli to wyłącznie uczniowie z wysokim jej poziomem [Tabela 11].

Tabela IV-11. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO w zakresie ilości dni przeznaczanych na MVPA (w tym lekcje WF)

	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
< 7dni w tygodniu	243	57	100%	131	100%	55	71,43%
≥7 dni w tygodniu	22	0	0,00%	0	0,00%	22	28,57%

* $\chi^2=58,577$ df=2 p<0,000

Poziomem aktywności fizycznej młodzieży różnicował statystycznie istotnie ilość dni w tygodniu przeznaczanych na aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności (MVPA). Różnice występowały między wszystkimi analizowanymi grupami na poziomie, (p<0,001) [Tabela 12].

Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej zwiększała się średnia liczba dni w tygodniu przeznaczana na aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności. Uczniowie z niskim jej poziomem na aktywność (MVPA) przeznaczali 2,7 dnia, podczas gdy uczniowie z wysokim poziomem aktywności fizycznej 6,1 dnia .

Tabela IV-12. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia ilość dni w tygodniu przeznaczona na MVPA (w tym lekcje WF)

Aktywność fizyczna	n	ilość dni w tygodniu przeznaczona na MVPA					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	57	2,7	0,5	3	2	4	p<0,001*
przeciętna	131	4,1	0,8	4	2	6	
wysoka	77	6,1	0,7	6	5	7	

*statystycznie istotne różnice wystąpiły pomiędzy 1 a 3 p<0,001;
1 a 2 p<0,001, 2 a 3 p<0,001

Poziom aktywności fizycznej badanej młodzieży różnicował statystycznie istotnie spełnienie rekomendacji WHO, w zakresie ilości dni w tygodniu przeznaczanych na intensywną aktywność fizyczną (VPA), (p<0,000) [Tabela 13].

Rekomendację WHO, w zakresie ilości dni przeznaczanych na ćwiczenia o dużej intensywności spełniali głównie uczniowie z wysokim poziomem aktywności fizycznej. Ponad $\frac{2}{3}$ uczniów z tej grupy (67,5%) podejmowało ćwiczenia o dużej

intensywności na zalecanym poziomie. Uczniowie z niskim i przeciętnym jej poziomem powyższą rekomendację spełniali w bardzo niskim odsetku. Zaledwie (5,3%) uczniów z niskim i (9,9%) uczniów z przeciętnym poziomem aktywności fizycznej podejmowało ćwiczenia o dużej intensywności co najmniej cztery razy w tygodniu [Tabela 13].

Tabela IV-13. Aktywność fizyczna badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO odnośnie ilości dni przeznaczanych na VPA (poza zajęciami WF)

	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
< 4 dni w tygodniu	197	54	94,74%	118	90,08%	25	32,47%
≥4 dni w tygodniu	68	3	5,26%	13	9,92%	52	67,53%

* $\chi^2=100,210$ df=2 p<0,000

Poziom aktywności fizycznej uczniów różnicował statystycznie istotnie częstotliwość wykonywania ćwiczeń fizycznych o dużej intensywności według wskaźnika (VPA), (p<0,000).

Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej młodzieży, zwiększała się częstotliwość wykonywania ćwiczeń o dużej intensywności [Tabela 14]. Uczniowie z wysokim jej poziomem (40,3%) ćwiczenia o dużej intensywności wykonywali najczęściej od czterech do sześciu razy w tygodniu. Młodzież z przeciętnym jej poziomem (63,4%) od dwóch do trzech razy w tygodniu, a młodzież z niskim jej poziomem(42,1%) zaledwie jeden raz w tygodniu.

Tabela IV-14. Aktywność fizyczna młodzieży a częstotliwość wykonywania ćwiczeń o dużej intensywności (poza zajęciami WF)

Częstotliwość wykonywania ćwiczeń VPA	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
codziennie	26	2	3,51%	3	2,29%	21	27,27%
4- 6 razy w tygodniu	42	1	1,75%	10	7,63%	31	40,26%
2-3 razy w tygodniu	125	20	35,09%	83	63,36%	22	28,57%
1 raz w tygodniu	54	24	42,11%	27	20,61%	3	3,90%
1 raz w miesiącu	5	2	3,51%	3	2,29%	0	0,00%
mniej niż 1 raz w miesiącu	9	6	10,53%	3	2,29%	0	0,00%
nigdy	4	2	3,51%	2	1,53%	0	0,00%

* $\chi^2=130,277$ df=12 p<0,000

Poziom aktywności fizycznej badanej młodzieży, różnicuje spełnienie rekomendacji WHO, odnośnie liczby godzin w tygodniu przeznaczanych na ćwiczenia o dużej intensywności (VPA), (p<0,000) [Tabela 15]

Powyższą rekomendację wynoszącą cztery godziny w tygodniu, spełniali wyłącznie uczniowie prezentujący wysoki (39,0%) i przeciętny (3,1%) poziom aktywności fizycznej. Żaden uczeń z niskim jej poziomem nie spełniał powyższych zaleceń.

Tabela IV-15. Aktywność fizyczna badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO odnośnie liczby godzin w tygodniu przeznaczanych na VPA (poza zajęciami WF)

	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
< 4 godzin w tygodniu	231	57	100%	127	96,95%	47	61,04%
≥4 godzin w tygodniu	34	0	0,00%	4	3,05%	30	38,96%

* $\chi^2=66,596$ df=2 p<0,000

Poziomem aktywności fizycznej badanych nastolatków różnicował statystycznie istotnie liczbą godzin w tygodniu przeznaczonych na ćwiczenia o dużej intensywności (VPA), (p<0,000) [Tabela 16].

Uczniowie z wysokim poziomem aktywności fizycznej (70,1%) na ćwiczenia o dużej intensywności przeznaczają najczęściej od dwóch do sześciu godzin w tygodniu. Młodzież z przeciętnym jej poziomem (78,6%) od jednej do trzech godzin w tygodniu. Najmniej korzystnie wypadają uczniowie z niskim jej poziomem. Aż (73,7%) osób z tej grupy na ćwiczenia o dużej intensywności przeznaczają zaledwie od pół do jednej godziny w tygodniu, a (14%) uczniów z tej grupy deklaruje, że nigdy ich nie podejmują.

Tabela IV-16. Aktywność fizyczna młodzieży a ilość godzin w tygodniu przeznaczana na ćwiczenia o dużej intensywności (poza zajęciami WF)

Ilość godzin w tygodniu przeznaczona na VPA	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
nie ćwiczy	10	8	14,04%	2	1,53%	0	0,00%
około ½ godziny	41	12	21,05%	22	16,79%	7	9,09%
około godziny	86	30	52,63%	44	33,59%	12	15,58%
od 2-3 godzin	94	7	12,28%	59	45,04%	28	36,36%
od 4-6 godzin	30	0	0,00%	4	3,05%	26	33,77%
7 godzin i więcej	4	0	0,00%	0	0,00%	4	5,19%

* $\chi^2=108,275$ df=10 p<0,000

Podsumowując ten wycinek analiz należy podkreślić, że poziom aktywności fizycznej badanych uczniów istotnie różnicował spełnienie rekomendacji WHO

odnośnie liczby dni i liczby godzin przeznaczanych na aktywność fizyczną o umiarkowanej ($p < 0,000$) i dużej intensywności ($p < 0,000$).

Rekomendację odnośnie umiarkowanej intensywności spełniają wyłącznie uczniowie z wysokim jej poziomem. Żaden uczeń z niskim i przeciętnym poziomem aktywności fizycznej nie spełnia powyższych zaleceń WHO, w zakresie aktywności tzw. podtrzymującej zdrowie.

Wraz ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej, zwiększa się odsetek młodzieży spełniającej rekomendację WHO, w zakresie liczby dni i liczby godzin przeznaczanych na aktywność fizyczną o dużej intensywności. Zalecenia odnośnie liczby dni spełnia co 2-gi uczeń z wysokim, co 10-ty uczeń z przeciętnym i zaledwie co 20-ty uczeń z niskim jej poziomem.

Rekomendację w zakresie liczby godzin, spełnia co 3-ci badany z wysokim i zaledwie co 30-ty badany z przeciętnym jej poziomem. Żaden uczeń z niskim poziomem aktywności fizycznej nie spełnia powyższych zaleceń.

3.2. Uczestnictwo w obowiązkowych i pozaszkolnych zajęciach ruchowych

Poziom aktywności fizycznej badanych uczniów, różnicuje statystycznie istotnie uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego, ($p < 0,000$) [Tabela 17].

Młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej częściej niż ich koledzy i koleżanki przeciętnym i niskim jej poziomem uczestniczy we wszystkich lekcjach wychowania fizycznego (odpowiednio: 39,0%, 23,7%, 1,8%)

Zauważono, że równolegle z obniżaniem się poziomu aktywności fizycznej, zwiększa się odsetek uczniów, uczestniczących w lekcjach wychowania fizycznego w stopniu przeciętnym i słabym (odpowiednio: 31,6%; 6,9%; 1,3%)

Tabela IV-17. Aktywność fizyczna młodzieży a uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego w poprzednim w roku szkolnym

Poziom uczestnictwa w lekcjach WF		n	Aktywność fizyczna					
			niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
wysoki	100%	62	1	1,75%	31	23,66%	30	38,96%
wystarczający	75%	175	38	66,67%	91	69,47%	46	59,74%
przeciętny	50%	24	15	26,32%	8	6,11%	1	1,30%
słaby	30-40%	4	3	5,26%	1	0,76%	0	0,00%

* $\chi^2=52,177$ df=6 $p < 0,000$

Poziom aktywności fizycznej badanych uczniów, różnicuje również uczestnictwo młodzieży w pozaszkolnych i pozalekcyjnych zajęciach sportowych, ($p < 0,000$) [Tabela 18]. Wraz ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów, zwiększa się odsetek osób uczestniczących w pozalekcyjnych i pozaszkolnych zajęciach sportowych.

Zauważono, że młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej znacznie częściej niż uczniowie z przeciętnym i niskim jej poziomem uczestniczy w dodatkowych zajęciach sportowych (odpowiednio: 66,2%;35,1%;14,0%) [Tabela 18].

Tabela IV-18. Aktywność fizyczna badanej młodzieży a uczestnictwo w pozalekcyjnych zajęciach sportowych

Kategorie odpowiedzi	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
uczestniczy	105	8	14,04%	46	35, 11%	51	66, 23%
nie uczestniczy	160	49	85,96%	85	64,89%	26	33,77%

* $\chi^2=39,505$ df=2 p<0,000

3.3. Bierne formy spędzania wolnego czasu

Wnioskami wpływającymi z analizy badań w rozdziale 3.2 jest stwierdzenie, że chłopcy zdecydowanie częściej zajmują się grami komputerowymi a dziewczęta częściej serfują po „sieci”. W sumie jest to bardzo poważny czas, który jednoznacznie wpływa na ograniczenie postaw, które nazywamy prozdrowotnymi.

Poziomem aktywności fizycznej, nie różnicuje badanych uczniów odnośnie przebywania w „sieci” w dniach nauki szkolnej w czasie wolnym, ($p > 0,918$).

We wszystkich badanych grupach, tylko mały odsetek uczniów nie przebywa w „sieci” w dniach nauki szkolnej [Tabela 19]. Najwyższy odsetek osób przebywających w „sieci” odnotowano w grupie uczniów z niskim jej poziomem (odpowiednio:94,7%, 93,1%, 93,5%).

Poziomem aktywności fizycznej uczniów, nie różnicuje również czasu spędzanego „sieci” w dniach nauki szkolnej, ($p > 0,415$). W każdej badanej grupie, młodzież najczęściej spędzała przed ekranem monitora od 0,5 do 2 godzin w wymiarze dobowym. Zauważono jednak, że młodzież z przeciętnym i niskim jej poziomem, częściej niż ich koledzy i koleżanki z wysokim poziomem aktywności fizycznej

wydłużała czas przebywania w „sieci” nawet do pięciu godzin i dłużej (odpowiednio: 17,54%, 18,32%, 16,88%).[Tabela 19].

Tabela IV-19. Zróżnicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a ilość czasu przeznaczana w ciągu doby na korzystanie z Internetu, tabletu lub smartfon’a w dniach nauki szkolnej

Zajęcia sedenteryjne	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
korzysta	248	54	94,74%	122	93, 13%	72	93,51%
nie korzysta	17	3	5, 26%	9	6,87%	5	6,49%

* $\chi^2=0,172$ df=2 p>0,918

w tym:

od ½ do 2 godzin	128	26	45,62%	69	52,67%	33	42,86%
od 3 do 4 godzin	73	18	31,58%	29	22, 14%	26	33,77%
5 godzin i powyżej	47	10	17,54%	24	18,32%	13	16,88%

* $\chi^2=3,938$ df=4 p>0,415

Poziom aktywności fizycznej, nie różnicuje badanych nastolatków odnośnie korzystania z „sieci” w dniach wolnych od nauki szkolnej, (p>0,764). W weekendy zwiększa się nieznacznie odsetek uczniów przebywających w „sieci” (średnio o 1,5%). Najwyższy jego odsetek, podobnie jak to miało miejsce w dniach nauki szkolnej, odnotowano w grupie młodzieży z niskim jej poziomem (odpowiednio: 96,5%, 93,9%, 94,8%) [Tabela 20].

Poziom aktywności fizycznej nie różnicuje również czasu przeznaczanego na przebywanie w „sieci” w dniach wolnych od nauki szkolnej, (p>0,733). Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej, skróceniu ulega czas przebywania w „sieci”. Uczniowie z wysokim i przeciętnym poziomem aktywności fizycznej w „sieci” najczęściej przebywają od 0,5 do 2 godzin w wymiarze dobowym (odpowiednio: 40,26%;38,17%;31,58%). Młodzież z niskim jej poziomem wydłuża czas przebywania w „sieci” do pięciu godzin i dłużej [Tabela 20].

Tabela IV-20. Zróżnicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a ilość czasu w wymiarze dobowym przeznaczana na korzystanie z Internetu, tabletu lub smartfon’a w dniach weekendu

Zajęcia sedenteryjne	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
korzysta	251	55	96,49%	123	93,89%	73	94,81%
nie korzysta	14	2	3,51%	8	6, 11%	4	5, 19%

* $\chi^2=0,537$ df=2 p>0,764

w tym:

od ½ do 2 godzin	99	18	31,58%	50	38,17%	31	40,26%
od 3 do 4 godzin	78	17	29,82%	39	29,77%	22	28,57%
5 godzin i powyżej	74	20	35,09%	34	25,95%	20	25,98%

* $\chi^2=2,013$ df=4 p>0,733

Syntezyzując ten wycinek analiz należy podkreślić, że poziom aktywności fizycznej, nie różnicuje badanych uczniów odnośnie przebywania i czasu przebywania w „sieci” w dniach nauki szkolnej i w dniach weekendu. Zaobserwowano jednak, że w dniach weekendu, młodzież cechująca się wysokim poziomem aktywności fizycznej, częściej spełnia rekomendację WHO odnośnie czasu spędzanego przed ekranem monitora – maksymalnie dwie godziny w wymiarze dobowym - niż ich koledzy i koleżanki niskim jej poziomem.

3.4. Spożywanie śniadania i drugiego śniadania oraz produktów niekorzystnych dla zdrowia

Nawyki żywieniowe uczniów badano analizując częstość spożywania śniadania, drugiego siadania oraz produktów niekorzystnych dla zdrowia: słodczy, słonych przekąsek, dań typu „fast food” oraz dosładzanych napojów

Poziomem aktywności fizycznej badanych uczniów, nie różnicuje częstości spożywania śniadania, (p>0,659) [Tabela 21].

W każdej badanej grupie młodzież najczęściej spożywa śniadanie codziennie. Jednak odsetek osób go spożywających, był najniższy w grupie uczniów z przeciętnym jej poziomem. Zaledwie połowa uczniów z tej badanej grupy (51,2%), spożywa śniadanie regularnie. Należy przypomnieć, że w tej grupie odnotowano najwyższy odsetek osób (17,6%) borykających się z problemem nadwagi i otyłości. Nieregularność spożywania śniadania może być jedną z wielu przyczyn pojawienia się nadwagi.

Poziom aktywności fizycznej młodzieży nie różnicuje także częstości spożywania drugiego śniadania, (p>0,264). Zauważono jednak, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej młodzieży, maleje odsetek osób nie spożywających lub rzadko, okazjonalnie spożywających drugie śniadanie (odpowiednio: 15,8%;12,2%; 11,7%). W grupie uczniów spożywających drugie śniadanie regularnie, najniższy jego odsetek odnotowano w grupie uczniów z przeciętnym jej poziomem. Zaledwie 9,2% uczniów z tej grupy, spożywa codziennie drugie śniadanie.

Tabela IV-21. Aktywność fizyczna młodzieży a częstość spożywania śniadania i drugiego śniadania wymiarze tygodniowym

Częstość spożywania śniadania i drugiego śniadania	n	Aktywność fizyczna		
		niska (N=57)	przeciętna (N=131)	wysoka (N=77)

ŚNIADANIE*

nigdy lub 1 raz w tygodniu.	21	5	8,76%	12	9,15%	4	5,20%
2-4 x w tygodniu	46	8	14,04%	26	19,85%	12	15,58%
5-6 x w tygodniu	48	8	14,04%	26	19,85%	14	18,18%
codziennie	150	36	63,16%	67	51,15%	47	61,04%

II ŚNIADANIE**

nigdy lub 1 raz w tygodniu.	34	9	15,79%	16	12,21%	9	11,69%
2-4 x w tygodniu	113	24	42,11%	52	39,69%	37	48,05%
5-6 x w tygodniu	85	14	24,56%	51	38,94%	20	25,97%
codziennie	33	10	17,54%	12	9,16%	11	14,29%

* $\chi^2=4,129$ df=6 p>0,659

** $\chi^2=7,656$ df=6 p>0,264

Poziom aktywności fizycznej badanych uczniów nie różnicuje również spożywania produktów niekorzystnych dla zdrowia, w tym: słodczy (p>0,206), słonych przekąsek (p>0,604), dań typu fast-food (p>0,253) i picia słodzonych napojów (p>0,864). Można powiedzieć, że niezdrową żywność typu słone przekąski i dania fast-food większość młodzieży, w każdej badanej grupie, spożywa stosunkowo rzadko, maksymalnie trzy razy w tygodniu. Wyjątek stanowią słodczyce i słodzone napoje, po które młodzież sięga często. W każdej badanej grupie, ponad połowa młodzieży codziennie lub prawie codziennie pałaszuje słodczyce. W grupie młodzieży regularnie spożywającej słodczyce, najwyższy odsetek odnotowano w grupie uczniów z przeciętnym jej poziomem, najniższy w grupie młodzieży z wysokim poziomem aktywności fizycznej (odpowiednio:49,12%;54,20%;41,56%). Młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej rzadziej również codziennie pije słodzone napoje (odpowiednio:35,1%, 29,0%, 27,3%) i spożywa dania typu fast food (odpowiednio: 12,3%;6,9%;3,9%) [Tabela 22].

Tabela IV-22. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży, a częstość spożywania produktów niekorzystnych dla zdrowia w wymiarze tygodniowym

Częstość spożywania	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)	przeciętna (N=131)	wysoka (N=77)			
SŁODYCZE							
1-3 razy	65	14	24,56%	25	19,08%	26	33,76%
4-6 razy	69	15	26,32%	35	26,72%	19	24,68%

7 razy	131	28	49,12%	71	54,20%	32	41,56%
--------	-----	----	--------	----	--------	----	--------

* $\chi^2=5,911$ df=4 p>0, 206

SŁONE PRZEKĄSKI

1-3 razy	16 4	40	70,18%	77	58,78%	47	61,04%
4-6 razy	62	10	17,54%	32	24,43%	20	25,97%
7 razy	39	7	12,28%	22	16,79%	10	12,99%

* $\chi^2=2,729$ df=4 p>0,604

SŁODKIE NAPOJE

1-3 razy	129	26	45,61%	63	48,09%	40	51,95%
4-6 razy	57	11	19,30%	30	22,90%	16	20,78%
7 razy	79	20	35,09%	38	29,01%	21	27,27%

* $\chi^2=1, 282$ df= 4 p>0,864

dania typu FAST-FOOD

1-3 razy	232	49	85,96%	113	86, 26%	70	90,91%
4-6 razy	14	1	1,75%	9	6,87%	4	5,19%
7 razy	19	7	12,28%	9	6,87%	3	3,90%

* $\chi^2=5,354$ df= 4 p>0, 253

3.5. Ocena wybranych nawyków higienicznych

Zachowania higieniczne młodzieży badano analizując długość snu oraz częstotliwość mycia zębów.

Poziom aktywności fizycznej uczniów nie różnicuje nawyków higienicznych, takich jak sen (p>0,518) czy mycie zębów (p>0,452).

Zauważono jednak, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów zwiększa się odsetek młodzieży, która na sen przeznaczają od 8-u do 10-u godzin. W grupie tej dominują uczniowie cechujący się wysokim poziomem aktywności fizycznej (odpowiednio: 8,8%;9,2%;18,2%). Równoległe z obniżaniem się poziomu aktywności fizycznej wzrasta odsetek uczniów, którzy na sen przeznaczają zaledwie pięć godzin. W grupie tej dominują uczniowie z niskim jej poziomem [Tabela 23].

Tabela IV-23. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży, a ilość czasu przeznaczana na sen

Długość snu	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
mniej niż 5 godzin	52	12	21,05%	25	19,08%	15	19,48%
5-7 godzin	176	39	68,42%	90	68,70%	47	61,04%
8-10 godzin	31	5	8,77%	12	9,16%	14	18,18%
więcej niż 10 godzin	6	1	1,75%	4	3,05%	1	1,30%

* $\chi^2=5, 201$ df=6 p>0,518

Poziom aktywności fizycznej, nie różnicował częstotliwości mycia zębów, (p>0,452).

W każdej badanej grupie młodzież myła zęby najczęściej dwa razy dziennie. Zaobserwowano jednak niepokojące zjawisko, wraz ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej młodzieży, malał odsetek osób myjących zęby zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego tzn. częściej niż jeden raz dziennie (odpowiednio: 73,7%;69,5%;66,2%), a zwiększał się odsetek uczniów myjących zęby raz dziennie (odpowiednio: 22,8%, 25,2%, 26%), [Tabela 24.].

Tabela IV-24. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstość mycia zębów

Częstość mycia zębów	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
częściej niż 1 raz dziennie	184	42	73,68%	91	69,47%	51	66,23%
1 raz dziennie	66	13	22,81%	33	25,19%	20	25,97%
kilka razy w tygodniu ale nie codziennie	11	1	1,75%	4	3,05%	6	7,79%
1 raz w tygodniu lub rzadziej	4	1	1,75%	3	2,29%	0	0,00%

* $\chi^2=5,744$ df=6 p>0,452

Syntezyując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że poziom aktywności fizycznej nie różnicuje zachowań odnośnie nawyków higienicznych dotyczących długości snu (p>0,518), czy mycia zębów (p>0,452). Zauważono jednak, że młodzież prezentująca wysoki jej poziom częściej na sen przeznaczają od 8-u do 10-u godzin, niż ich rówieśnicy z dwóch pozostałych badanych grup. Z kolei młodzież z niskim poziomem aktywności fizycznej częściej przestrzega rekomendacji PTS (Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego) i myje zęby dwa razy dziennie.

4. Wybrane zachowania ryzykowne badanej grupy młodzieży a poziom aktywności fizycznej

Zachowania ryzykowne młodzieży badano, analizując częstość: palenia papierosów, picia alkoholu, zażywania substancji narkotycznych, spożywania napojów energetyzujących, a także podejmowania różnego rodzaju diet.

4.1. Palenie tytoniu

Poziom aktywności fizycznej uczniów, różnicuje statystycznie istotnie palenie papierosów, (p<0,000). Uczniowie z niskim poziomem aktywności fizycznej częściej niż ich koledzy z przeciętnym i wysokim jej poziomem deklarują palenie papierosów (odpowiednio:79,0%;20,6%;13,0%) [Tabela 25].

Poziom aktywności fizycznej młodzieży nie różnicuje natomiast częstości ich palenia, ($p>0,395$). Zaobserwowano jednak, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej maleje ilość wypalanych papierosów. Uczniowie z niskim i przeciętnym jej poziomem częściej niż uczniowie z wysokim poziomem aktywności fizycznej deklarują palenie papierosów codziennie (odpowiednio: 33,3%; 9,2%; 1,31%) [Tabela 25].

Tabela IV-25. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstość palenia tytoniu

Palenie tytoniu	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
tak	82	45	78,95%	27	20,61%	10	12,99%
nie	183	12	21,05%	104	79,39%	67	87,01%

* $\chi^2=79,633$ df=2 p<0,000

w tym:

codziennie	32	19	33,33%	12	9,16%	1	1,31%
co najmniej 1 raz w tygodniu	27	14	24,57%	8	6,11%	5	6,49%
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	23	12	21,05%	7	5,34%	4	5,19%

* $\chi^2=4,083$ df=4 p>0,395

Poziom aktywności fizycznej badanych uczniów nie różnicuje również średniej wieku inicjacji nikotynowej, ($p>0,426$).

Po papieros najwcześniej sięgnęła młodzież z niskim jej poziomem. Średni wiek inicjacji nikotynowej w tej grupie badanych wynosi 12,4 lat. Najpóźniej pierwszy papieros wypaliła młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej. Średni wiek inicjacji nikotynowej w tej grupie wynosi 13,1 lat [Tabela 26].

Tabela IV-26. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia wieku inicjacji nikotynowej

Aktywność fizyczna	n	Wiek inicjacji nikotynowej (lata)					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	45	12,4	2,2	13	6	15	p>0,426
przeciętna	27	12,6	2,0	13	7	15	
wysoka	10	13,1	1,4	13	9	15	

Reasumując należy podkreślić, iż uczniowie cechujący się wysokim poziomem aktywności fizycznej istotnie rzadziej ($p<0,000$), niż ich koledzy i koleżanki z niskim i przeciętnym jej poziomem deklarują palenie papierosów. Także ilość wypalanych papierosów w tej grupie badanych, była mniejsza niż w dwóch pozostałych. Ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów, wzrasta średnia wieku inicjacji nikotynowej.

4.2. Picie alkoholu

Poziom aktywności fizycznej uczniów nie różnicuje statystycznie istotnie picia alkoholu, ($p > 0,685$), [Tabela 27].

W każdej badanej grupie ponad połowa badanej młodzieży deklaruje, że w swoim życiu piła już alkohol. Zauważono że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej, zwiększa się odsetek uczniów, którzy pili już alkohol. Najwyższy odsetek odnotowano w grupie młodzieży z wysokim jej poziomem, najniższy w grupie osób z niskim poziomem aktywności fizycznej (odpowiednio: 64,9%, 60,3%, 57,9%).

Tabela IV-27. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a spożywanie alkoholu

Picie alkoholu	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
próbował	162	33	57,89%	79	60,31%	50	64,94%
nie próbował	103	24	42,11%	52	39,69%	27	35,06%

* $\chi^2=0,758$ df=2 p>0,685

Poziom aktywności fizycznej młodzieży nie różnicuje również częstości jego spożywania, w tym: piwa ($p > 0,964$), wódki ($p > 0,809$) czy gotowych napojów z dodatkiem alkoholu ($p > 0,939$). Poziom aktywności fizycznej różnicuje statystycznie istotnie tylko częstość picia wina, ($p < 0,028$) [Histogram 1].

W każdej badanej grupie, młodzież pije każdy rodzaj alkoholu. Uczniowie z wysokim jej poziomem częściej niż ich koledzy i koleżanki z poziomem przeciętnym i niskim piją alkohol. Najczęściej jest to piwo (odpowiednio: 40,3%; 36,6%; 36,8%) i wino (odpowiednio: 31,2%, 14,5%, 12,3%). Rzadziej wódka (odpowiednio: 19,5%; 14,5%; 15,8%) i gotowe napoje z dodatkiem alkoholu (odpowiednio: 14,3%; 9,2%; 12,3%) [Tabela 28]. W każdej badanej grupie, alkohol spożywany jest z różną częstością w zależności od jego rodzaju. Najczęściej jednak okazjonalnie, chociaż zdarzają się uczniowie (pojedyncze osoby), którzy deklarują, że spożywają alkohol częściej: w każdym miesiącu (każdy jego rodzaj) i w każdym tygodniu (piwo, wódkę, napoje alkoholizowane).

Tabela IV-28. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstość i rodzaj picia alkoholu

Częstość spożywania alkoholu	n	Aktywność fizyczna		
		niska (N=57)	przeciętna (N=131)	wysoka (N=77)

PIWO

codziennie	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym tygodniu	6	1	1,75%	4	3,05%	1	1,30%
w każdym miesiącu	12	2	3,51%	6	4,58%	4	5,19%
rzadko	82	18	31,58%	38	29,01%	26	33,77%
nigdy	165	36	63,16%	83	63,36%	46	59,74%

* $\chi^2=1,426$ df=8 p>0,964

WINO

codziennie	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym tygodniu	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym miesiącu	6	1	1,75%	2	1,53%	3	3,90%
rzadko	44	6	10,53%	17	12,98%	21	27,27%
nigdy	215	50	87,72%	112	85,50%	53	68,83%

* $\chi^2=10,917$ df=8 p<0,028

WÓDKA, KONIAK, WHISKY

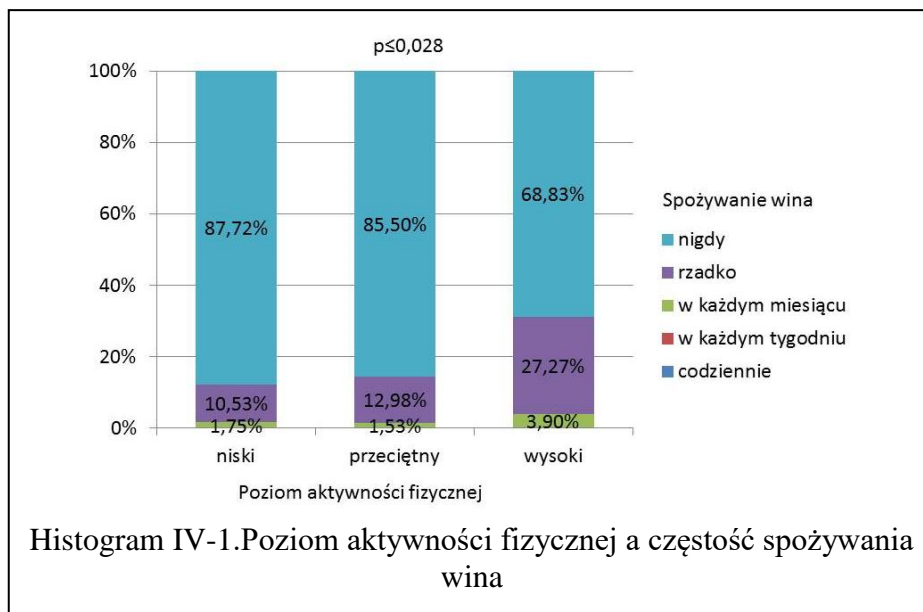
codziennie	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym tygodniu	1	0	0,00%	1	0,76%	0	0,00%
w każdym miesiącu	5	1	1,75%	3	2,29%	1	1,30%
rzadko	37	8	14,04%	15	11,45%	14	18,18%
nigdy	222	48	84,21%	112	85,50%	62	80,52%

* $\chi^2=3,001$ df=8 p>0,809

GOTOWE NAPOJE Z DODATKIEM ALKOHOLU typu alkopop

codziennie	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
w każdym tygodniu	2	0	0,00%	1	0,76%	1	1,30%
w każdym miesiącu	3	1	1,75%	1	0,76%	1	1,30%
rzadko	26	6	10,53%	11	8,40%	9	11,69%
nigdy	234	50	87,72%	118	90,08%	66	85,71%

* $\chi^2=1,784$ df=8 p>0,939



Poziom aktywności fizycznej badanych uczniów nie różnicuje średniej wieku inicjacji alkoholowej, ($p > 0,620$).

Mimo, iż w każdej badanej grupie wiek inicjacji alkoholowej był do siebie zbliżony [Tabela 29] to po alkohol jako pierwsza sięgnęła młodzież z przeciętnym jej poziomem. Średnia wieku inicjacji w tej grupie uczniów wynosi 13,1 lat. Najpóźniej po alkohol sięgnęła młodzież z niskim jej poziomem. Średnia wieku inicjacji w tej grupie uczniów wynosi 13,4 lat [Tabela 29].

Tabela IV-29. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia wieku inicjacji alkoholowej

Aktywność fizyczna	n	Wiek inicjacji alkoholowej (lata)					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	33	13,4	1,2	14	10	15	$p > 0,620$
przeciętna	79	13,1	1,5	13	8	15	
wysoka	50	13,3	1,4	14	10	15	

Poziom aktywności fizycznej młodzieży nie różnicuje częstości upijania się, ($p > 0,219$). Jednak młodzież z przeciętnym jej poziomem (11,5%) częściej niż ich koledzy i koleżanki z wysokim (9,1%) i niskim (5,3%) poziomem aktywności fizycznej, deklarowali upijanie się. W tej badanej grupie niektórym osobom zdarzało się upić dwa, a nawet trzy razy [Tabela 30].

Tabela IV-30. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstotliwość upijania się

Częstość upijania się	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
nie, nigdy	240	54	94,74%	116	88,55%	70	90,91%
tak, 1 raz	18	2	3,51%	9	6,87%	7	9,09%
tak, 2-3 razy	7	1	1,75%	6	4,58%	0	0,00%
tak, 4-10 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
tak, więcej niż 10 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=5,742$ df=8 p>0, 219

Podsumowując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że poziom aktywności fizycznej młodzieży, nie różnicował picia alkoholu (p>0,685), ani częstości jego picia (p>0,219).

Zauważono, że młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej częściej, niż ich rówieśnicy z niskim i przeciętnym jej poziomem sięga po alkohol. Jednak ilość wypijanego alkoholu w tej badanej grupie jest niższa niż w dwóch pozostałych.

Zaobserwowano również, że młodzież z niskim i przeciętnym poziomem aktywności fizycznej nieznacznie częściej niż osoby z wysokim jej poziomem deklarują upijanie się. O ile uczniom z wysokim poziomem aktywności fizycznej zdarzyło się upić w swoim krótkim życiu raz, to uczniom z przeciętnym i niskim jej poziomem dwa a nawet trzy razy.

4.3. Spożywanie substancji narkotycznych

Poziom aktywności fizycznej uczniów nie różnicuje statystycznie istotnie, kontaktu z substancjami narkotycznymi, (p>0,442) [Tabela 31].

W każdej badanej grupie młodzież deklaruje styczność z substancjami narkotycznymi. Jednak młodzież z przeciętnym jej poziomem (34,4%) częściej deklaruje kontakt z nimi (odpowiednio:29,8%;34,4%;26,0%).

Tabela IV-31. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a kontakt z substancjami narkotycznymi

Kontakt z narkotykami	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
zetknął się	82	17	29,82%	45	34,35%	20	25,97%
nie zetknął się	183	40	70,18%	86	65,65%	57	74,03%

* $\chi^2=1,635$ df=2 p>0,442

Poziomem aktywności fizycznej uczniów nie różnicuje częstości kontaktu z substancjami narkotycznymi: marihuany ($p>0,979$), leków OTC ($p>0,643$), dopalaczy ($p>0,922$).

W każdej badanej grupie uczniowie sięgają po w/w substancje psychoaktywne. Najczęściej po marihuanę (odpowiednio: 12,3%;13%;11,7%), rzadziej po leki OTC (odpowiednio: 8,8%;6,1%;3,9%) oraz dopalacze (odpowiednio: 5,3%;5,3%;5,2%), [Tabela 32].

Częstość zażywania poszczególnych „specyfików”, w każdej badanej grupie była podobna. Najczęściej młodzież eksperymentowała (zdarzyło się raz, maksymalnie dwa razy) i dotyczyło to leków OTC i dopalaczy. W przypadku marihuany nie można mówić tylko o eksperymentowaniu. Pojedynczy uczniowie, w każdej badanej grupie, deklarowali palenie marihuany 20 i więcej razy. W tej grupie badanych dominowała młodzież z niskim i przeciętnym poziomem aktywności fizycznej (odpowiednio: 1,75%;1,53%;0,00%)

Tabela IV-32. Aktywność fizyczna badanej młodzieży a częstotliwość używania substancji psychoaktywnych

Częstość używania substancji psychoaktywnych	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
MARIHUANA							
nigdy	232	50	87,72%	114	87,02%	68	88,31%
1 lub 2 razy	10	3	5,26%	4	3,05%	3	3,90%
3-5 razy	12	1	1,75%	7	5,34%	4	5,19%
6-9 razy	4	1	1,75%	2	1,53%	1	1,30%
więcej niż 10 razy	4	1	1,75%	2	1,53%	1	1,30%
więcej niż 20 razy	3	1	1,75%	2	1,53%	0	0,00%

* $\chi^2=3, 102$ df=10 $p>0,979$

LEKI USPOKAJAJACE, LEKI PSYCHOTROPOWE

nigdy	249	52	91,23%	123	93,89%	74	96,10%
1 lub 2 razy	11	4	7,02%	4	3,05%	3	3,90%
3-6 razy	2	1	1,75%	1	0,76%	0	0,00%
6-9 razy	1	0	0,00%	1	0,76%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	2	0	0,00%	2	1,53%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=6,008$ df=10 $p>0,643$

DOPALACZE

nigdy	251	54	94,74%	124	94,66%	73	94,80%
1 lub 2 razy	11	3	5,26%	5	3,82%	3	3,90%
3-6 razy	2	0	0,00%	1	0,76%	1	1,30%
6-9 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	1	0	0,00%	1	0,76%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=1,972$ df=10 $p>0,922$

Poziom aktywności fizycznej nie różnicuje statystycznie wieku inicjacji narkotykowej, ($p>0,114$). Jako pierwsza po substancje narkotyczne sięgnęła młodzież z przeciętnym jej poziomem. Średnia wieku inicjacji w tej grupie badanych uczniów, wynosiła 13,6 lat. Jako ostatnia, po narkotyki sięgnęła młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej. Średnia wieku inicjacji w tej badanej grupie wynosiła 14,2 lat, [Tabela 33].

Tabela IV-33. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia wieku inicjacji narkotykowej

Aktywność fizyczna	n	Wiek inicjacji narkotykowej (lata)					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	17	14,1	0,5	14	13	15	$p>0,114$
przeciętna	45	13,6	1,2	14	9	15	
wysoka	20	14,2	0,4	14	14	15	

Syntezyując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej najrzadziej z badanych grup deklaruje kontakt z substancjami narkotycznymi.

4.4. Picie napojów energetyzujących

Poziom aktywności fizycznej uczniów nie różnicuje spożywania napojów energetyzujących typu Red Bull, ($p>0,449$). W każdej badanej grupie, ponad połowa uczniów deklaruje spożywanie tego rodzaju napojów. Młodzież z przeciętnym poziomem aktywności fizycznej najczęściej z pośród badanych grup deklaruje ich spożywanie (odpowiednio 56,1%, 65,7%, 61,0%), [Tabela 34].

Tabela IV-34. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a spożywanie napojów energetyzujących

Spożywanie napojów energetyzujących	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
tak	165	32	56,14%	86	65,65%	47	61,04%
nie	100	25	43,86%	45	34,35%	30	38,96%

* $\chi^2=1,598$ df=2 $p>0,449$

Poziom aktywności fizycznej młodzieży nie różnicuje częstości spożywania energetyzatorów, ($p>0,43$). Młodzież z wysokim poziomu aktywności fizycznej spożywa napoje energetyzujące rzadko, najczęściej okazjonalnie lub kilka w ciągu miesiąca.

Przeciwnie niż młodzież z niskim jej poziomem, która napoje energetyzujące pije częściej, kilka w ciągu tygodnia .

Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów wzrasta odsetek młodzieży spożywającej energetyzery okazjonalnie (odpowiednio: 40,6%; 46,5%;53,2%), maleje natomiast odsetek uczniów spożywających je codziennie. (odpowiednio: 9,4%, 5,8%, 2,1%), [Tabela 35].

Tabela IV-35. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstotliwość picia napojów energetyzujących

Częstość picia napojów energetycznych	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=32)		przeciętna (N=86)		wysoka (N=47)	
okazjonalnie	78	13	40,63%	40	46,51%	25	53,19%
kilka w ciągu miesiąca	51	8	25,00%	28	32,56%	15	31,91%
kilka w ciągu tygodnia	26	8	25,00%	13	15,12%	5	10,64%
codziennie	9	3	9,37%	5	5,81%	1	2,13%
kilka w ciągu dnia	1	0	0,00%	0	0,00%	1	2,13%

$$\chi^2=8,036 \quad df=8 \quad p>0,43$$

4.5. Stosowanie niezdrowej diety

Poziom aktywności fizycznej uczniów nie różnicuje statystycznie istotnie stosowania różnego rodzaju diet ($p>0,406$). Diety najczęściej podejmowali uczniowie z przeciętnym jej poziomem [Tabela 36]. W tym miejscu należy przypomnieć, że w tej grupie uczniów występował największy odsetek osób z nadwagą.

Tabela IV-36. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a stosowanie diet

	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
nie stosuje	211	49	85,96%	102	77,86%	60	77,92%
stosuje	54	8	14,04%	29	22,14%	17	22,08%

$$*\chi^2=1,800 \quad df=2 \quad p>0,406$$

4.6. Przemoc rówieśnicza

Badając przemoc rówieśniczą analizowano następujące wskaźniki: częstotliwość doświadczania dręczenia w ostatnich dwóch miesiącach w szkole i poza nią, częstotliwość uczestniczenia w dręczeniu innych w ostatnich dwóch miesiącach,

częstotliwość udziału w bójkach w ostatnich dwunastu miesiącach. Założono, że udział w bójkach więcej niż dwa razy oznacza częsty w nich udział.

Poziom aktywności fizycznej uczniów nie różnicuje statystycznie istotnie doświadczania dręczenia w szkole i poza nią w ostatnich dwóch miesiącach, ($p>0,598$). Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów, maleje odsetek osób które doświadczają dręczenia w szkole i poza nią. Zjawiska dręczenia najczęściej doświadczają uczniowie z niskim jej poziomem (odpowiednio: 22,8%, 19,1%, 11,7%), [Tabela 37].

Tabela IV-37. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstotliwość doświadczania dręczenia w szkole lub poza nią w ostatnich dwóch miesiącach

Kategorie odpowiedzi	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
nie był dręczony	218	44	77,19%	106	80,92%	68	88,31%
zdarzyło się 1 lub 2 razy	34	10	17,55%	18	13,74%	6	7,79%
2 lub 3 razy w miesiącu	6	2	3,51%	2	1,53%	2	2,60%
przeciętnie 1 raz w tygodniu	4	1	1,75%	3	2,29%	0	0,00%
kilka razy w tygodniu	3	0	0,00%	2	1,53%	1	1,30%

* $\chi^2=6,445$ df=8 $p>0,598$

Poziom aktywności fizycznej młodzieży nie różnicuje statystycznie istotnie ($p>0,781$) uczestnictwa w dręczeniu innych w szkole i poza nią w ostatnich dwóch miesiącach.

W zjawisku dręczenia najczęściej uczestniczy młodzież z wysokim jej poziomem (odpowiednio: 26,32%, 23,66%, 28,57%)[Tabela 38].

Tabela IV-38. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a uczestnictwo w dręczeniu innych w ostatnich dwóch miesiącach w szkole i poza nią

częstość uczestniczenia w dręczeniu	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
nie uczestniczył w dręczeniu	197	42	73,68%	100	76,34%	55	71,43%
zdarzyło się 1 lub 2 razy	45	11	19,30%	22	16,79%	12	15,58%
2 lub 3 razy w miesiącu	13	1	1,75%	6	4,58%	6	7,79%
przeciętnie 1 raz w tygodniu	6	2	3,52%	2	1,53%	2	2,60%
kilka razy w tygodniu	4	1	1,75%	1	0,76%	2	2,60%

* $\chi^2=4,775$ df=8 $p>0,781$

Poziom aktywności fizycznej uczniów różnicuje statystycznie istotnie udział w bójkach, ($p<0,009$). Ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej młodzieży, zwiększa

się odsetek uczniów biorących udział w bójkach. Jest to szczególnie widoczne, gdy porównamy skrajne grupy - z niskim i wysokim jej poziomem (19,3% vs. 49,4%) [Tabela 39].

Tabela IV -39. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a udział w bójkach w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie

Udziału w bójkach	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
nie uczestniczył	172	46	80,70%	87	66,41%	39	50,65%
1 raz	40	8	14,04%	20	15,27%	12	15,58%
2 razy	29	2	3,51%	14	10,69%	13	16,88%
3 razy	8	1	1,75%	2	1,53%	5	6,49%
4 lub więcej razy	16	0	0,00%	8	6,11%	8	10,39%

* $\chi^2=20,279$ df=8 p<0,009

Syntezyując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że poziom aktywności fizycznej uczniów nie różnicuje doświadczenia dręczenia, ($p>0,598$), ani uczestniczenia w dręczeniu, ($p>0,781$). Różnicuje natomiast udział w bójkach, ($p<0,009$).

Zjawiska dręczenia najczęściej doświadczają uczniowie z niskim poziomem aktywności fizycznej. Dręczycielami najczęściej jest młodzież z wysokim jej poziomem. Młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej istotnie częściej niż ich koledzy i koleżanki z pozostałych badanych grup uczestniczy w bójkach, zwłaszcza w częstych bójkach.

5. Funkcjonowanie w środowisku rówieśniczym a poziom aktywności fizycznej

Analizując środowisko rówieśnicze, badano następujące zmienne: liczbą bliskich przyjaciół wśród dziewcząt i wśród chłopców, liczbę dni spędzanych w gronie kolegów bezpośrednio po zajęciach szkolnych, liczbę wieczorów spędzanych w grupie przyjaciół poza domem.

Poziom aktywności fizycznej nastolatków istotnie różnicuje liczbę bliskich przyjaciół wśród chłopców, ($p<0,008$) i wśród dziewcząt, ($p<0,034$).

Młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej częściej, niż młodzież z niskim i przeciętnym jej poziomem deklaruje posiadanie co najmniej trzech bliskich przyjaciół i co najmniej trzy bliskie przyjaciółki. Natomiast młodzież z niskim jej poziomem częściej niż ich rówieśnicy z przeciętnym i wysokim poziomem aktywności fizycznej deklarują brak bliskiego przyjaciela i bliskiej przyjaciółki [Tabela 40-41].

Tabela IV -40. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a ilość bliskich przyjaciół wśród chłopców

Liczba przyjaciół wśród chłopców	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
żadnego	51	16	28,07%	28	21,37%	7	9,09%
jednego	60	12	21,05%	35	26,72%	13	16,88%
dwóch	32	4	7,02%	19	14,50%	9	11,69%
trzech lub więcej	122	25	43,86%	49	37,40%	48	62,34%

* $\chi^2=17,373$ df=6 p<0,008

Tabela IV -41. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a ilość bliskich przyjaciół wśród dziewcząt

Liczba przyjaciół wśród dziewcząt	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
żadnej	33	12	21,05%	11	8,40%	10	12,99%
jedna	33	5	8,77%	19	14,50%	9	11,69%
dwie	43	15	26,32%	18	13,74%	10	12,99%
trzy lub więcej	156	25	43,86%	83	63,36%	48	62,34%

* $\chi^2=13,592$ df=6 p<0,034

Poziom aktywności fizycznej nie różnicuje również czasu spędzanego z przyjaciółmi po zajęciach w szkole, (p>0,348) [Tabela 42].

Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów, zwiększa się odsetek osób które swój czas wolny spędzają po zajęciach w szkole w grupie przyjaciół (odpowiednio: 86,0%, 89,3%, 93,5%)

Tabela IV-42. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a spędzanie czasu bezpośrednio po zajęciach szkolnych z przyjaciółmi

Spędzanie czasu z przyjaciółmi	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
nie spędzają	27	8	14,04%	14	10,69%	5	6,49%
spędzają	238	49	85,96%	117	89,31%	72	93,51%

* $\chi^2=2,106$ df=2 p>0,348

Poziom aktywności fizycznej uczniów różnicuje statystycznie istotnie, liczbę dni spędzanych po zajęciach w szkole w grupie przyjaciół, (p<0,001), [Tabela 43].

Zauważono, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej, zwiększa się średnia liczba dni spędzanych z przyjaciółmi po zajęciach w szkole. Młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej na wspólne przebywanie z przyjaciółmi po zajęciach

w szkole przeznaczala 3,5 dnia w wymiarze tygodniowym, a młodzież z niskim jej poziomem 2,5 dnia [Tabela 43].

Tabela IV-43. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia liczba dni spędzana z przyjaciółmi bezpośrednio po zajęciach szkolnych

Aktywność fizyczna		Liczba dni spędzanych z przyjaciółmi po zajęciach					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	49	2,5	1,7	2	0	5	p<0,001*
przeciętna	117	2,7	1,5	3	0	5	
wysoka	72	3,5	1,6	4	0	5	

*statystyczne istotne różnice występują pomiędzy 1 a 3, p<0,001; 2 a 3, p<0,001

Poziom aktywności fizycznej uczniów różnicuje statystycznie istotnie, czas spędzany z przyjaciółmi wieczorem poza domem, (p<0,030) [Tabela 44].

Ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej uczniów, zwiększa się odsetek młodzieży spędzającej swój czas wolny z przyjaciółmi. wieczorem poza domem ,Młodzież z wysokim jej poziomem najczęściej z badanych grup spędza swój czas wolny wieczorem poza domem w grupie przyjaciół (odpowiednio: 59,1%, 71,0%, 80,5%).

Tabela IV-44. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a spędzanie czasu wieczorem poza domem razem z przyjaciółmi

spędzanie czasu z przyjaciółmi wieczorem	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
nie spędzają	76	23	40,35%	38	29,01%	15	19,48%
spędzają	189	34	59,65%	93	70,99%	62	80,52%

* $\chi^2=6,989$ df=2 p<0,030

Poziom aktywności fizycznej młodzieży różnicuje statystycznie istotnie, liczbę wieczorów w tygodniu spędzanych poza domem w grupie przyjaciół, (p<0,001) [Tabela 45].

Ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej, zwiększa się liczba wieczorów w tygodniu spędza poza domem w gronie przyjaciół. Młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej w gronie przyjaciół spędza poza domem średnio trzy wieczory, podczas gdy młodzież z niskim jej poziomem zaledwie półtora wieczora.

Tabela IV-45. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia liczba wieczorów w tygodniu spędzana z przyjaciółmi poza domem

Aktywność fizyczna	n	Liczba wieczorów					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	34	1,6	1,7	1	0	6	p<0,001*
przeciętna	93	2,1	2,0	2	0	7	
wysoka	62	2,9	2,2	3	0	7	

*statystyczne istotne różnice występują pomiędzy 1 a 3, p<0,001; 2 a 3, p<0,013

Syntezyując ten wycinek analiz, należy zwrócić uwagę, że młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej, istotnie częściej, niż ich koledzy i koleżanki z niskim i przeciętnym jej poziomem, deklaruje posiadanie dużego grona przyjaciół z którymi spędzają wolny czas bezpośrednio po szkole, jak i wieczorem poza domem. Może to generować pojawienie się zachowań niekoniecznie społecznie oczekiwanych. Dlatego młodzież ta powinna zostać objęta dyskretnym nadzorem ze strony dorosłych.

6. Kryteria zdrowia w opinii badanych nastolatków a poziom aktywności fizycznej

Poziom aktywności fizycznej nie różnicuje kryteriów zdrowia, [Tabela 46]. Uczniowie w każdej badanej grupie, spostrzegają zdrowie głównie jako wynik pewnych działań związanych z troską o nie. Zdrowie we wszystkich badanych grupach, utożsamiane jest z *prawidłowym odżywianiem, z dbaniem o wypoczynek i sen, jak również z unikaniem używek* głównie tytoniu i alkoholu. Zdrowie utożsamiane jest ze sprawnością fizyczną, *mieć sprawne wszystkie części ciała, z dobrym wyglądem mieć zdrowe oczy, włosy, cerę*, a także dobrym samopoczuciem *czuć się dobrze*, itp. Młodzież generalnie definiuje zdrowie jako wynik określonych działań podejmowanych na jego rzecz, oraz jako właściwość *.nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność* i stan *czuć się szczęśliwym przez większość czasu*.

Dopiero w dalszej perspektywie młodzież spostrzega zdrowie jako proces nad którym powinno się pracować *potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi, umieć rozwiązywać swoje problemy* oraz jako cel do którego powinno się dążyć *akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki, być odpowiedzialnym*. Różnice zbliżone do istotności statystycznej dotyczyły takich właściwości zdrowia jak : *dobrego nastroju* (p~0,069), czy *posiadaniu zdrowych włosów, oczu i cery* (p~0,070). Uczniowie z wysokim poziomem aktywności fizycznej wyższą średnią wagę przypisali dobrostanowi psychicznemu jako wyznacznikowi zdrowia, a uczniowie z niskim jej

poziomem wyglądowni zewnętrznemu, sygnalizując tym samym, że wygląd zewnętrzny ma dla nich duże znaczenie. i utożsamiany jest jednoznacznie ze zdrowiem.

Tabela IV-46. Porównanie średnich wag Listy Kryterium Zdrowia w zależności od poziomu aktywności fizycznej

kategorie LKZ	średnia waga			ANOVA p
	aktywność fizyczna			
	niska (N=57)	przeciętna (N=131)	wysoka (N=77)	
1.dożyć późnej starości	0,84	0,98	0,56	0, 170
2.czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,77	0,48	0,64	0,361
3.potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,42	0,31	0,45	0,624
4.umieć rozwiązywać swoje problemy	0,32	0, 29	0,21	0,788
5.należyście się odżywiać	1,21	1,68	1,18	0, 114
6.dbać o wypoczynek, sen	0,86	1,25	1,01	0, 276
7.pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,75	0,64	0,82	0,668
8.nie palić tytoniu	1,25	0,97	1,12	0,557
9.mieć odpowiednią wagę ciała	0,74	0,98	1,19	0, 255
10.jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,14	0, 20	0,29	0,552
11.mieć dobry nastrój	0,46	0,32	0,73	~0,069
12.nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,84	0,89	0,94	0,946
13.potrąfić pracować bez napięcia i stresu	0,33	0,34	0,10	0, 168
14.nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,42	0,75	0,60	0, 281
15.mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,98	0,70	0,44	~0,070
16.umieć przystosować się do zmian w życiu	0,12	0, 15	0,26	0,461
17.umieć się cieszyć z życia	0,77	0,70	0,75	0,949
18.być odpowiedzialnym	0,25	0,11	0,31	0, 215
19.potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,28	0, 12	0,13	0,331
20. mieć sprawne wszystkie części ciała	1,35	1,05	1,27	0,504
21 akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,30	0,41	0,35	0,793
22.mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,51	0,21	0,45	0, 130
23.czuć się dobrze	0,60	1,11	0,81	0, 111
24. prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,49	0,38	0,40	0,830

7. Umiejscowienie zdrowia w hierarchii wartości badanej młodzieży a poziom aktywności fizycznej

Szczęście często bywa utożsamiane (szczególnie we współczesnych czasach) z wartościami materialnymi, które umożliwiają jednostce żyć bez codziennych trosk i ograniczeń. Zdaniem D. Mroczkowskiej [2012, s. 169] ludzie coraz częściej swoje szczęście i poczucie spełnienia, upatrują w konsumpcji dóbr i usług. Współczesny człowiek coraz rzadziej spostrzega zdrowie jako wartości samej w sobie, traktując zdrowie coraz częściej jako środek do osiągnięcia i realizacji ważnych życiowo celów. Bywa, że zaczyna doceniać zdrowie dopiero z chwilą jego utraty. Wynika to z faktu, że we współczesnych czasach zdrowie coraz częściej spostrzegane jest w wymiarze symbolicznym, a ludzie rzadziej łączą go z wymiernymi działaniami na jego rzecz. M. Boczkowska [2015, s. 209] słusznie zauważa, że „preferowane symbole szczęścia i wyznawane wartości osobiste mogą stanowić pewien konstrukt wpływający na styl życia jednostki”.

Założono, że wysokie wartościowanie, oraz spostrzeganie zdrowia jako symbolu szczęścia osobistego, skutkować będzie motywowaniem jednostki do podejmowania, utrwalania i rozszerzania zachowań podtrzymujących i chroniących zdrowie.

Przeanalizowano zatem, czy wybór symboli szczęścia i wartości osobistych zawartych w Kwestionariuszu Listy Wartości Osobistych jest zróżnicowany ze względu na prezentowany przez młodzież poziom aktywności fizycznej.

Zastosowana analiza wariancji (ANOVA), nie wykazała zróżnicowania na poziomie istotności statystycznej między symbolami szczęścia, a poziomem aktywności fizycznej badanej młodzieży [Tabela 47]. *Udane życie rodzinne* i *dobre zdrowie* zostało wskazane przez młodzież w każdej badanej grupie, jako najcenniejsze symbole szczęścia, jednak uczniowie z niskim i przeciętnym jej poziomem, wyższe wartości średniej wagi (M) przypisali *udanemu życiu rodzinnemu*, a uczniowie z wysokim poziomem aktywności fizycznej wyższe wartości przypisali *dobremu zdrowiu* [Tabela 47]. *Duży krąg przyjaciół* został wskazany przez uczniów w każdej badanej grupie, jako trzeci ceniony symbol szczęścia. Uczniowie z wysokim poziomem aktywności fizycznej temu symbolowi szczęścia przypisali wyższą średnią wagę (M=2,31), niż uczniowie z przeciętnym (M=2,28) i niskim jej poziomem (M=1,77). Sygnalizując tym samym potrzebę uczestniczenia w życiu społecznym.

Tabela IV-47. Porównanie średnich wag symboli szczęścia w zależności od poziomu aktywności fizycznej

kategorie	średnia waga			ANOVA p
	aktywność fizyczna			
	niska (N=57)	przeciętna (N=131)	wysoka (N=77)	
1. duży krąg przyjaciół	1,77	2,28	2,31	0,171
2. udane życie rodzinne	3,07	3,17	2,84	0,496
3. wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	1,95	1,63	1,92	0,381
4. sukcesy w nauce, pracy	1,46	1,33	1,42	0,859
5. dobre zdrowie	2,68	2,51	2,81	0,436
6. bycie potrzebnym dla innych ludzi	1,79	1,77	1,66	0,907
7. dobre warunki materialne	1,05	0,84	0,88	0,616
8. życie pełne przygód, podróży	1,09	1,19	0,83	0,240
9. sława, popularność	0,14	0,21	0,32	0,403

Wśród wartości osobistych, stwierdzono różnice na poziomie istotności statystycznej między preferowaniem *dobroci i delikatności* a poziomem aktywności fizycznej badanych uczniów, ($p < 0,011$). Uczniowie z niskim ($M=1,28$) i przeciętnym ($M=1,17$) poziomem aktywności fizycznej *dobroci i delikatności* jako preferowanym wartościom, przypisali wyższe wartości średniej wagi (M), niż uczniowie z wysokim jej poziomem ($M=0,61$), [Tabela 48]. Zauważono także, na poziomie zbliżonym do statystycznego, ($p \sim 0,067$), różnicę między wartościowaniem zdrowia rozumianego jako sprawność fizyczna i psychiczna, a poziomem aktywności fizycznej badanej młodzieży. Uczniowie z wysokim jej poziomem, zdrowiu jako wartości osobistej, przypisali wyższą wartość średniej wagi ($M=2,79$), niż ich koledzy i koleżanki z niskim ($M=2,21$) i przeciętnym ($M=2,21$) poziomem aktywności fizycznej.

Zastosowana analiza wariancji (ANOVA), nie wykazała zróżnicowania na poziomie istotności statystycznej między pozostałymi wartościami osobistymi, a poziomem aktywności fizycznej badanej młodzieży, [Tabela 48].

Najważniejszą wartością osobistą w każdej badanej grupie, jest *miłość i przyjaźń*. Jednak uczniowie z niskim ($M=3,79$) i przeciętnym ($M=3,93$) jej poziomem miłości i przyjaźni przypisali nieznacznie wyższe wartości średniej wagi (M), niż ich koledzy i koleżanki z wysokim jej poziomem ($M=3,61$).

Tabela IV-48. Porównanie średnich wag wartości osobistych w zależności od poziomu aktywności fizycznej

Kategorie	średnia waga			ANOVA p
	aktywność fizyczna			
	niska (N=57)	przeciętna (N=131)	wysoka (N=77)	
1.miłość, przyjaźń	3,79	3,93	3,61	0,442
2.dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	2,21	2, 21	2,79	~0,067
3.poczucie humoru, dowcip	1,14	1,08	1,32	0,497
4.inteligencja, bystrość umysłu	1,63	1,69	1,52	0,781
5.wiedza , mądrość	1,12	1,05	1,16	0,895
6.radość, zadowolenie	1,44	1,65	1,70	0,629
7.odwaga , stanowczość	1,07	1,09	1,31	0,541
8.dobroć, delikatność	1,28	1,17	0,61	0,011
9.ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	0,77	0,58	0,60	0,631
10.bogactwo, majątek	0,51	0,50	0,40	0,830

Syntezyząc ten wycinek analiz, należy podkreślić, iż wartość zdrowia określają osobiste przekonania jednostki oraz jej sposób życia. Stanowi ona jednocześnie punkt odniesienia dla realizowanych w życiu zachowań pozostających w ścisłym związku ze zdrowiem. To poprzez zdrowie jednostka manifestuje preferowany system wartości i określony styl życia. Podejmując działania promujące zdrowie, powinno zwrócić się uwagę na sposób jego definiowania oraz utożsamiania zdrowia ze stanem, właściwością ,wynikiem, procesem czy celem. Uważa się, że spostrzeganie zdrowia jako wyniku lub celu powinno warunkować podejmowaniem zachowań z grupy prozdrowotnych. Definiowanie zdrowia jako stanu może sprzyjać podatności do podejmowania zachowań ryzykownych [Reifman A., 2001, s. 249-254].

Deklaratywny wymiar wartości zdrowia jest powszechnie manifestowany. Jednak dopiero w konkretnych sytuacjach życiowych, kiedy występuje choroba lub pojawia się niepełnosprawność, zdrowie jawi się jako wartość najcenniejsza. Koniecznym wydaje się zatem, uświadamianie młodzieży, jak ważną wartością jest zdrowie, a dbałość o nie powinna być traktowana jako jedna z podstawowych potrzeb.

Założenie, że poziom aktywności fizycznej różnicuje sposób definiowania zdrowia nie potwierdziło się. Wyniki badań pokazują, iż młodzież we wszystkich trzech badanych grupach spostrzega zdrowie najczęściej jako wynik określonych działań podejmowanych na jego rzecz, oraz jako właściwość. Zdrowie jako cel do którego powinno się nieustająco dążyć zajmował odległe miejsce.

Podobnie, analizując symbole szczęścia osobistego, nie odnotowano istotnych różnic między miejscem zdrowia w ich strukturze a poziomem aktywności fizycznej badanej młodzieży. Zaobserwowano jednak tendencje do przypisywania zdrowiu wyższej wartości średniej wagi przez młodzież z wysokim jej poziomem. Analizując wartości osobiste, stwierdzono różnicę na poziomie zbliżonym do istotności statystycznej ($p \sim 0,067$), między wartościowaniem zdrowia a poziomem aktywności fizycznej. Uczniowie z wysokim jej poziomem zdrowiu jako sprawności fizycznej i psychicznej przypisali wyższe wartości średniej wagi, niż młodzież z pozostałych badanych grup.

Rozdział V

Analizy statystyczne zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w kontekście sprawności fizycznej

Sprawność fizyczna to biologiczne działanie całego organizmu, a nie tylko funkcja jego aparatu ruchowego. Mówiąc o sprawności fizycznej mamy na myśli wydolność wszystkich układów i narządów, zdolności motoryczne tj.: siła, szybkość, wytrzymałość, koordynacja, jak również elementy psychoaktywnego stylu życia. Podłożem sprawności fizycznej są osobnicze predyspozycje i funkcje organizmu, które wyrażają się nie tylko w określonych efektach motorycznych czy prawidłowościach budowy ciała, ale także w swoistej aktywności fizycznej. Równorzędnym elementem jest komponent kulturowy, wyrażający się różnym osobniczym poziomem aktywności ruchowej [Osiński W., 2004, s. 103-106]. W ostatnich latach, wraz ze zmianą definicji zdrowia, a zwłaszcza sposobu patrzenia na cele podejmowania aktywności fizycznej, ewolucji podlegało także pojęcie sprawności fizycznej. Zmiana ogólnej koncepcji z orientacji sportowej w kierunku sprawności ukierunkowanej na szerokie pojęcie zdrowia *Health- Related Fitness (H-RF)* sprawiła, że położono większy nacisk na funkcję krążeniowo-naczyniową, skład ciała (szczupłość/otyłość), siłę, wytrzymałość, gibkość, zwłaszcza dolnej części grzbietu. Wymienione komponenty zostały uznane za podstawowe elementy sprawności fizycznej, jako najważniejsze dla promocji zdrowia, oraz redukcji czynników ryzyka. Należy podkreślić, iż sprawność fizyczna, obok sprawności psychicznej i społecznej jest współcześnie spostrzegana jako istotny element zdrowia, i stała się nie tylko źródłem, ale również warunkiem pełnego i satysfakcjonującego życia, a nie tylko celem samym w sobie. Sama sprawność ruchowa¹ oraz osiągnięcia bazujące na sprawności fizycznej są ważne głównie z punktu widzenia efektów sportowych, ale już niekoniecznie z punktu widzenia zdrowia. Nie zawsze wpływają pozytywnie na wszystkie jego aspekty.

We współczesnych w definicjach sprawności fizycznej podkreśla się słowo *właściwość* poprzez którą rozumie się nie tylko poziom aktualnych możliwości i zachowań ruchowych człowieka, ale przede wszystkim jego poziom codziennej

¹ **Sprawność ruchowa** - umiejętność wszechstronnego władania swoim ciałem, dzięki opanowaniu podstawowych nawyków ruchowych poprzez ćwiczenia. Poziom sprawności ruchowej uzależniony jest od nabytych umiejętności i doświadczeń osobistych jednostki [Gilewicz Z, 1964]

fizycznej aktywności w odniesieniu do zdrowego, aktywnego i twórczego życia [Osiński W., 2003, 2011].

Poziom sprawności fizycznej określono w grupie 265 uczniów, przeprowadzając badanie przesiewowe FMS (Functional Movement Screening). Za pomocą siedmiu testów sprawnościowych oceniono funkcjonalną sprawność fizyczną badanej młodzieży. Dodatkowo zweryfikowano poprawność i efektywność wzorca ruchowego, oraz zdiagnozowano występowanie asymetrii (ruchu/ciała) jako potencjalnego źródła wad postawy i przeciążeń.

Sprawność fizyczną badanych uczniów określono na 3 poziomach:

- niskim,
- przeciętnym,
- wysokim,

przyjmując za podstawę kwalifikacji do poszczególnych grup sumę punktów uzyskanych w badaniu FSM z siedmiu sprawnościowych prób.

Do grupy z niskim poziomem sprawności fizycznej, zakwalifikowano uczniów, którzy w badaniu FSM uzyskali ≤ 14 punktów, do grupy z przeciętnym poziomem sprawności fizycznej zakwalifikowano uczniów, którzy w badaniu FSM uzyskali od 15 do 17 punktów, a do grupy z wysokim poziomem sprawności fizycznej, uczniów, którzy w badaniu FSM uzyskali ≥ 18 punktów.

W tym miejscu należy przypomnieć, że w badaniu FSM można maksymalnie uzyskać 21 punktów.

1. Wybrane wskaźniki społeczno-demograficzne badanych uczniów w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej

Płeć badanej młodzieży nie różnicuje poziomu sprawności fizycznej, ($p > 0,178$) [Tabela 1].

Większość badanych chłopców (62,1%) i dziewcząt (72,3%) charakteryzuje się przeciętnym poziomem sprawności fizycznej. Wysoki jej poziom posiada zaledwie ośmiu chłopców (6,5%) i pięć dziewcząt (3,6%). Pozostali uczniowie (31,5%) i uczennice (24, 1%) charakteryzują się niskim poziomem sprawności fizycznej.

Tabela V-1. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a płeć badanych

Poziom sprawności fizycznej	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
	niski	73	27,55%	39	31,45%	34
przeciętny	179	67,55%	77	62,10%	102	72,34%
wysoki	13	4,90%	8	6,45%	5	3,55%

* $\chi^2=0,450$ df=2 p>0,178

Miejsce zamieszkania badanych uczniów nie różnicuje poziomu sprawności fizycznej, ($p>0,14$). W każdej badanej grupie, większość osób mieszka w dużym mieście. Zaobserwowano, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej, zwiększa się odsetek młodzieży mieszkającej w dużym mieście (odpowiednio: 39,72%, 51,40%, 69,23%). Młodzież z niskim poziomem sprawności fizycznej częściej niż ich koledzy i koleżanki z wysokim jej poziomem mieszka na terenach wiejskich i w małym mieście [Tabela 2].

Tabela V-2. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
duże miasto	130	29	39,72%	92	51,40%	9	69,23%
małe miasto	49	19	26,03%	28	15,64%	2	15,38%
wieś	86	25	34,25%	59	32,96%	2	15,38%

* $\chi^2=6,923$ df=4 p>0,14

Wykształcenie ojca nie różnicuje poziomu sprawności fizycznej badanych nastolatków, ($p>0,634$). W grupie uczniów z przeciętnym i wysokim poziomem sprawności fizycznej dominują ojcowie z wykształceniem średnim [Tabela 3]. W grupie uczniów z niskim jej poziomem przeważają ojcowie z wykształceniem zawodowym.

Tabela V-3. Wykształcenie ojca a poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży

Wykształcenie ojca	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
brak ojca	6	1	1,37%	4	2,23%	1	7,69%
podstawowe	5	2	2,74%	3	1,68%	0	0,00%
zawodowe	94	32	43,84%	57	31,84%	5	38,46%
średnie	108	25	34,25%	78	43,58%	5	38,46%
wyższe	52	13	17,81%	37	20,67%	2	15,38%

* $\chi^2=6,123$ df=8 p>0,634

Wykształcenie matek różnicuje statystycznie istotnie ($p<0,000$) sprawność fizyczną uczniów [Tabela 4].

Zauważono, że matki uczniów z wysokim poziomem sprawności fizycznej istotnie częściej posiadają wykształcenie wyższe, niż matki uczniów z niskim jej poziomem, które częściej posiadają wykształcenie zawodowe. Należy założyć, iż matki z wyższym wykształceniem mają większą świadomość znaczenia ruchu i jego wpływu na rozwój fizyczny swoich dzieci, szczególnie w okresie intensywnych przemian, jakim jest okres adolescencji. Częściej też zachęcają, motywują i nadzorują swoje dzieci do podejmowania codziennej aktywności fizycznej, pośrednio wpływając na poziom ich sprawności fizycznej.

Tabela V-4. Wykształcenie matki a poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży

Wykształcenie matki	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
brak matki	1	0	0,00%	0	0,00%	1	7,69%
podstawowe	5	3	4,11%	2	1,12%	0	0,00%
zawodowe	76	30	41,10%	43	24,02%	3	23,08%
średnie	97	22	30,14%	73	40,78%	2	15,38%
wyższe	86	18	24,66%	61	34,08%	7	53,84%

* $\chi^2=34,156$ df=8 p<0,000

Poziom sprawności fizycznej młodzieży różnicuje statystycznie istotnie (p<0,035) ocenę statusu materialnego rodziny [Tabela 5].

Uczniowie z wysokim poziomem sprawności fizycznej sytuację materialną swojej rodziny oceniają najczęściej jako *przeciętną* (46,15%), w przeciwieństwie do kolegów i koleżanek z niskim (49,32%) i przeciętnym (43,02%) jej poziomem, którzy status materialny rodziny spozstrzegają jako *raczej dobry*. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej częściej również niż ich rówieśnicy z pozostałych badanych grup oceniają status materialny swojej rodziny jako *zły* (odpowiednio: 15,4%, 1,7%, 4,1%) [Tabela 5]

Należy założyć, iż młodzież ta rzadziej posiada gadżety związane ze statusem materialnym rodziny tj. kino domowe, najnowsze gry PC, itp. dlatego więcej czasu poświęca na codzienną aktywność ruchową, co przekłada się na ich poziom sprawności fizycznej.

Tabela V-5. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a status materialny rodziny

Sytuacja materialna	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
bardzo dobra	69	18	24,66%	48	26,82%	3	23,08%
raczej dobra	115	36	49,32%	77	43,02%	2	15,38%
przeciętna	73	16	21,92%	51	28,49%	6	46,15%
zła	8	3	4,11%	3	1,68%	2	15,38%

* $\chi^2=13,558$ df=6 p<0,035

Zauważono, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej zmniejsza się odsetek uczniów oceniających sytuację materialną swojej rodziny jako *raczej dobrą*, a zwiększa się odsetek osób spostrzegających status materialny swojej rodziny jako *przeciętny*.

2. Wybrane wskaźniki zdrowia badanych uczniów w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej

Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży, nie różnicuje wskaźnika wzrostowo-wagowego (BMI), (p>0,235) [Tabela 6].

W każdej badanej grupie, większość stanowią uczniowie z prawidłową wagą, a największy jej odsetek odnotowano w grupie uczniów z wysoką sprawnością fizyczną (odpowiednio: 58,9%, 58,1%, 79,9%). Zauważono, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej, maleje odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością. W grupie uczniów z wysokim jej poziomem, nie odnotowano ani jednej osoby u której występuje nadwaga lub otyłość. W grupie uczniów z przeciętnym poziomem sprawności fizycznej odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością wynosi (12,3%), a w grupie uczniów z niskim jej poziomem odsetek ten jest znacznie wyższy i wynosi (20,6%). Niedowaga, występowała w każdej badanej grupie, jednak największy jej odsetek odnotowano w grupie uczniów z przeciętną sprawnością fizyczną (odpowiednio: 20,6%, 29,6%, 23,1%).

Tabela V-6. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a wskaźnik wzrostowo - wagowy (BMI)

Odżywienie wg. BMI	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
niedowaga	71	15	20,55%	53	29,61%	3	20,08%
waga prawidłowa	157	43	58,90%	104	58,10%	10	79,92%
nadwaga	30	11	15,07%	19	10,61%	0	0,00%
otyłość	7	4	5,48%	3	1,68%	0	0,00%

* $\chi^2=8,043$ df=6 p>0,235

Poziom sprawności fizycznej uczniów nie różnicuje subiektywnej oceny zdrowia, (p>0,348) [Tabela 7].

Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej swoje zdrowie ocenia najczęściej jako *bardzo dobre*. Jednak $\frac{1}{4}$ nastolatków z tej badanej grupy swoje zdrowie ocenia jako *takie sobie* wnosząc do niego pewne zastrzeżenia. Prawdopodobnie młodzież ta ma większe oczekiwania w stosunku do własnego zdrowia. Uczniowie niskim i przeciętnym jej poziomem swoje zdrowie generalnie spostrzegają jako *dobre*

Zaobserwowano, ale bez cech znamienności statystycznej, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej zwiększa się odsetek uczniów spostrzegających swoje zdrowie jako bardzo dobre.

Tabela V-7. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a subiektywna samoocena zdrowia

Samoocena zdrowia	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
bardzo dobre	91	23	31,51%	62	34,64%	6	46,15%
dobre	128	42	57,53%	82	45,81%	4	30,77%
„takie sobie”	44	7	9,59%	34	18,99%	3	23,08%
złe	2	1	1,37%	1	0,56%	0	0,00%

* $\chi^2=6,712$ df=6 p>0,348

Poziom sprawności fizycznej uczniów nie różnicuje zadowolenia z życia, (p>0,369) [Tabela 8].

W każdej badanej grupie, większość stanowią uczniowie o postawie zadowolonej z życia, [Tabela 8]. Zauważono jednak, że odsetek uczniów z życia zadowolonych jest wyższy w grupie młodzieży z przeciętnym i niskim jej poziomem, niż w grupie uczniów z wysokim poziomem sprawności fizycznej (odpowiednio: 78,8%, 71,3%, 69,2%).

Tabela V-8. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a zadowolenie z życia (wg. skali Cantrila).

Zadowolenie z życia	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
niezadowoleni	63	21	28,77%	38	21,23%	4	30,76%
zadowoleni	202	52	71,23%	141	78,77%	9	69,24%

* $\chi^2=1,995$ df=2 p>0,369

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje również średniej zadowolenia z życia, ocenianej w skali Cantrila, (p>0,514) [Tabela 9].

Średnia zadowolenia z życia w badanych grupach była do siebie zbliżona i wahała się od 6,6 punktu w grupie uczniów z niskim poziomem sprawności fizycznej, do 6,9 punktu w grupie młodzieży z przeciętnym jej poziomem.

Tabela V-9. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a średnia zadowolenia z życia.

Sprawność fizyczna	n	Zadowolenie z życia (skala Cantrila)					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	73	6,6	1,9	7	2	10	p>0,514
przeciętna	179	6,9	1,9	7	0	10	
wysoka	13	6,8	2,1	7	3	10	

Należy podkreślić, iż uczniowie z wysokim poziomem sprawności fizycznej częściej niż uczniowie z pozostałych badanych grup, wykazują niezadowolenie ze swojego życia i częściej wnoszą zastrzeżenia do własnego zdrowia.

3. Wybranie zachowania zdrowotne badanych uczniów w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej

3.1. Wskaźniki aktywności fizycznej - MVPA i VPA

Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży nie różnicuje spełnienia rekomendacji WHO, odnośnie aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności, (p>0,945) [Tabela 10].

Ponad 90% młodzieży w każdej badanej grupie, nie spełnia rekomendacji WHO dotyczącej aktywności fizycznej tzw. podtrzymującej zdrowie, a wynoszącej siedem dni po 60 minut. Najwyższy odsetek osób spełniających powyższą rekomendację odnotowano w grupie młodzieży z przeciętnym jej poziomem, najniższy w grupie młodzieży z poziomem wysokim [Tabela 10]. Zaledwie jedna osoba z tej grupy

badanych, przeznaczają na codzienną aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności łącznie 60 minut w każdym dniu tygodnia.

Tabela V-10. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO odnośnie ilości dni przeznaczanych na MVPA (w tym lekcje WF)

Ilości dni	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
< 7dni	243	67	91,78%	164	91,62%	12	92,31%
≥7 dni	22	6	8,22%	15	8,38%	1	7,69%

* $\chi^2=0,112$ df=2 p>0,945

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje również średniej liczby dni w tygodniu przeznaczanych na aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności (MVPA), (p>0,992).

Średnia liczba dni przeznaczana na aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności, w każdej badanej grupie, była do siebie zbliżona i wahała się od 4,4 dnia w grupie uczniów z niskim i przeciętnym jej poziomem, do 4,3 dnia w grupie młodzieży z wysokim jej poziomem [Tabela 11]. Co wskazuje jednoznacznie, że lekcje wychowania fizycznego dla większości badanych są jedyną formą aktywności fizycznej w ciągu tygodnia.

Tabela V-11. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a średnia ilość dni w tygodniu przeznaczona na MVPA (w tym lekcje WF)

Sprawność fizyczna	n	Liczba dni					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	73	4,4	1,4	4	2	7	p>0,992
przeciętna	179	4,4	1,4	4	2	7	
wysoka	13	4,3	1,4	4	2	6	

Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży, nie różnicuje spełnienia rekomendacji WHO, odnośnie aktywności fizycznej o dużej intensywności (VPA), (p>0,573).

Zaledwie ¼ uczniów w każdej badanej grupie spełnia powyższą rekomendację. Zaobserwowano, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej uczniów zmniejsza się odsetek osób, którzy na aktywność fizyczną o dużej intensywności przeznaczają co najmniej 4 dni w tygodniu. Rekomendację tą, spełniają najczęściej uczniowie z niskim poziomem sprawności fizycznej, najrzadziej uczniowie z wysokim jej poziomem (odpowiednio: 28,8%, 25,1%, 23,1%), co budzi spore zaskoczenie [Tabela 12].

Tabela V-12. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO dotyczącej ilości dni przeznaczanych na VPA(poza zajęciami WF)

Ilość dni	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
< 4 dni w tygodniu	196	52	71,24%	134	74,86%	10	76,92%
≥4 dni w tygodniu	69	21	28,76%	45	25,14%	3	23,08%

* $\chi^2=1,114$ df=2 p>0,573

Poziom sprawności fizycznej uczniów nie różnicuje także rekomendacji WHO, odnośnie liczby godzin w tygodniu przeznaczanych na ćwiczenia o dużej intensywności wg. wskaźnika (VPA), (p>0,826).

W każdej badanej grupie, powyższe ćwiczenia są podejmowane najczęściej od dwóch do trzech razy w tygodniu (odpowiednio:48,0%, 46,4%, 46,2%). Zauważono, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej zwiększa się odsetek uczniów, którzy podejmują powyższe ćwiczenia rzadziej, jeden raz w tygodniu (odpowiednio: 13,7%, 22,4%, 30,8%) [Tabela 13].

Tabela V-13. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a częstotliwość podejmowania ćwiczeń o dużej intensywności (poza zajęciami WF)

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
codziennie	26	10	13,70%	15	8,38%	1	7,69%
4-6 razy w tygodniu	43	11	15,07%	30	16,76%	2	15,38%
2-3 razy w tygodniu	124	35	47,95%	83	46,37%	6	46,15%
1 raz w tygodniu	54	10	13,70%	40	22,35%	4	30,77%
1 raz w miesiącu	5	1	1,37%	4	2,23%	0	0,00%
mniej niż 1 raz w miesiącu	9	4	5,48%	5	2,79%	0	0,00%
nigdy	4	2	2,74%	2	1,12%	0	0,00%

* $\chi^2=7,451$ df=12 p>0,826

Poziom sprawności fizycznej badanych nastolatków, nie różnicuje rekomendacji WHO, odnośnie liczby godzin w tygodniu przeznaczonych na ćwiczenia o dużej intensywności (VPA), (p>0,505) [Tabela 14]. .

Zgodnie z zaleceniami WHO, młodzież na ćwiczenia o dużej intensywności powinna przeznaczać, co najmniej 4 godziny w tygodniu. Najwyższy odsetek uczniów spełniających powyższe zalecenie, odnotowano w grupie młodzieży z wysokim poziomem sprawności fizycznej (odpowiednio: 16,5%, 11, 2%, 23, 1%).

Tabela V-14. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO dotyczącej liczby godzin w tygodniu poświęconych na VPA (poza zajęciami WF)

Ilość godzin	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
< 4 godzin w tygodniu	230	61	83,56%	159	88,83%	10	76,92%
≥4 godzin w tygodniu	35	12	16,44%	20	11,17%	3	23,08%

* $\chi^2=1,365$ df=2 p>0,505

Poziom sprawności fizycznej uczniów, nie różnicuje także liczby godzin w tygodniu przeznaczanych na ćwiczenia fizyczne o dużej intensywności, ($p>0,584$). Uczniowie z niskim (61,7%) i przeciętnym (71,0%) poziomem sprawności fizycznej na ćwiczenia o dużej intensywności przeznaczają najczęściej jedną godzinę w tygodniu. Młodzież z wysokim jej poziomem (53,8%) na ćwiczenia fizyczne o dużej intensywności przeznaczają od dwóch do trzech godzin w tygodniu [Tabela 15].

Tabela V-15. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a liczba godzin w tygodniu przeznaczona na ćwiczenia o dużej intensywności (poza zajęciami WF).

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
nie ćwiczy	10	5	6,85%	5	2,79%	0	0,00%
około pół godziny	41	11	15,07%	27	15,08%	3	23,08%
około 1 godziny	93	26	35,62%	64	35,75%	3	23,08%
około 2-3 godzin	86	19	26,03%	63	35,20%	4	30,76%
około 4-6 godzin	31	10	13,70%	18	10,06%	3	23,08%
7 godzin i więcej	4	2	2,74%	2	1,12%	0	0,00%

* $\chi^2=8,457$ df=10 p>0,584

Reasumując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że rekomendacji WHO odnośnie aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności (MVPA), nie spełnia, w każdej badanej grupie ponad (90%) uczniów. Zaledwie co 12-ty uczeń z niskim i przeciętnym, oraz co 13-ty uczeń z wysokim poziomem sprawności fizycznej podejmuje codziennie aktywność fizyczną podtrzymującą zdrowie. Średnia ilość dni przeznaczana na podejmowanie aktywności o umiarkowanej intensywności wynosiła cztery dni, przy zalecanych siedmiu.

Rekomendacji WHO odnośnie aktywności fizycznej o dużej intensywności w zakresie liczby dni (cztery dni w tygodniu), nie spełnia ponad (70%) uczniów w każdej badanej grupie. Zaledwie co 3-ci uczeń z niską i co 4-ty uczeń z przeciętną i wysoką sprawnością fizyczną spełnia powyższą rekomendację.

Wytycznych w zakresie liczby godzin (cztery godziny w tygodniu) nie spełnia ponad (75%) uczniów, w każdej badanej grupie. Zaledwie co 9-ty uczeń z przeciętną, co 6-ty uczeń z niską i co 4 uczeń z wysoką sprawnością fizyczną spełnia powyższe zalecenie.

3.2. Uczestnictwo w obowiązkowych i pozaszkolnych zajęciach sportowych

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje uczestnictwa młodzieży w lekcjach wychowania fizycznego, ($p>0,418$).

Zauważono, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej zmniejsza się odsetek osób uczestniczących we wszystkich lekcjach wychowania fizycznego. Równolegle zwiększa się odsetek młodzieży uczestniczących w tychże zajęciach na poziomie wystarczającym. Zaledwie co szósta osoba z wysokim oraz co czwarta osoba z niskim i przeciętnym poziomem sprawności fizycznej uczestniczy we wszystkich lekcjach wychowania fizycznego [Tabela 16].

Tabela V-16. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego w poprzednim w roku szkolnym

Poziom uczestnictwa		n	Sprawność fizyczna					
			niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
wysoki	100%	62	20	27,40%	40	22,35%	2	15,38%
wystarczający	75%	175	41	56,16%	124	69,27%	10	76,92%
przeciętny	50%	24	10	13,70%	13	7,26%	1	7,69%
słaby	30-40%	4	2	2,74%	2	1,12%	0	0,00%

* $\chi^2=6,045$ df=6 $p>0,418$

Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów nie różnicuje również uczestnictwa w pozalekcyjnych i pozaszkolnych zajęciach sportowych, ($p>0,234$) [Tabela 17].

Zauważono, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej, zwiększa się odsetek młodzieży uczestniczącej w dodatkowych zajęciach sportowych (odpowiednio: 37,0%, 38,6%, 61,5%).

Tabela V-17. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a uczestnictwo w pozalekcyjnych zajęciach sportowych

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
uczestniczy	104	27	36,99%	69	38,55%	8	61,54%
nie uczestniczy	161	46	63,01%	110	61,45%	5	38,46%

* $\chi^2=2,902$ df=2 p>0,234

Syntezyując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że zaledwie co szósty uczeń z wysokim i co czwarty uczeń z niskim i przeciętnym poziomem sprawności fizycznej uczestniczy we wszystkich lekcjach wychowania fizycznego. Zauważono, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej zwiększa się odsetek uczniów uczestniczących w tychże lekcjach na poziomie wystarczającym (75%). Być może dla młodzieży z wysokim poziomem sprawności fizycznej, lekcje wychowania fizycznego nie są zbyt atrakcyjne, tzn. ciekawe i urozmaicone. Dlatego swoją potrzebę ruchu realizują w dodatkowych, wybranych przez siebie formach aktywności sportowej, zgodnie ze swoimi upodobaniami i zainteresowaniami. Młodzież ta, najczęściej z badanych grup, deklarowała uczestnictwo w dodatkowych, pozalekcyjnych zajęciach ruchowych.

3.3. Wybrane zajęcia o charakterze sedenteryjnym

Poziom sprawności fizycznej badanych nastolatków, nie różnicuje zachowań o charakterze sedenteryjnym w dniach nauki szkolnej ($p>0,519$), i w dniach weekendu ($p>0,825$).

Zauważono, że w dniach weekendu wzrasta nieznacznie odsetek uczniów przebywających „siedzi”. W grupie młodzieży z niskim jej poziomem odsetek ten wzrósł o (4%), a w grupie młodzieży z przeciętnym jej poziomem o (0,5%). W grupie uczniów z wysokim poziomem sprawności fizycznej odsetek ten uległ obniżeniu o (7%) [Tabela 18 i 19].

Tabela V-18. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na korzystanie z Internetu, tabletu lub smartfona /wysyłanie e-mailów, czat, odrabianie lekcji w dniach szkolnych w czasie wolnym

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
korzysta	248	67	91,78%	168	93,85%	13	100%
nie korzysta	17	6	8,22%	11	6,15%	0	0,00%

* $\chi^2=1,309$ df=2 p>0,519

w tym:

od ½ do 2 godzin	128	37	50,68%	82	45,81%	9	69,24%
od 3 do 4 godzin	74	17	23,29%	55	30,73%	2	15,38%
5 godzin i powyżej	46	13	17,81%	31	17,32%	2	15,38%

* $\chi^2=3,135$ df=4 p>0,535

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje również czasu przeznaczanego na zachowania o charakterze sedenteryjnym w dniach nauki szkolnej ($p>0,535$), i w dniach weekendu ($p>0,602$) [Tabela 18 i 19].

Zauważono, że w dniach wolnych od nauki szkolnej w każdej badanej grupie zmniejsza się odsetek uczniów przebywających w „sieci” do dwóch godzin w wymiarze dobowym, a zwiększa się odsetek uczniów wydłużających ten czas nawet do 5-ciu godzin. Najbardziej jest to widoczne w grupie młodzieży z niskim i przeciętnym jej poziomem, gdzie odsetek osób przebywających w „sieci” tak długi okres czasu, wzrósł o (17,8%) i o (14,5%). W grupie uczniów z wysokim jej poziomem odsetek ten także wzrósł, ale tylko o (7,7%).

Tabela V-19. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na korzystanie z Internetu, tabletu lub smartfona /wysyłanie e-mailów, czat, odrabianie lekcji w dniach weekendu

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
korzysta	251	70	95,89%	169	94,41%	12	92,31%
nie korzysta	14	3	4,11%	10	5,59%	1	7,69%

* $\chi^2=0,385$ df=2 p>0,825

w tym:

od ½ do 2 godzin	87	26	35,62%	55	30,73%	6	46,15%
od 3 do 4 godzin	78	18	24,65%	57	31,84%	3	23,08%
5 godzin i powyżej	86	26	35,62%	57	31,84%	3	23,08%

* $\chi^2=2,743$ df=4 p>0,602

Reasumując ten wycinek analiz, należy podkreślić, że w dniach weekendu, w każdej badanej grupie, zmniejsza się odsetek uczniów spełniających rekomendację

WHO, odnośnie czasu spędzanego w bezruchu przed ekranem, maksymalnie do dwóch godzin dziennie. W dniach weekendu, powyższą rekomendację spełnia najczęściej młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej. Młodzież ta woli swój wolny czas spędzać aktywnie na powietrzu, oddając się ulubionym formom aktywności fizycznej.

3.4. Spożywanie śniadań i produktów niekorzystnych dla zdrowia

Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży nie różnicuje nawyków żywieniowych związanych ze spożywaniem pierwszego ($p>0,973$) i drugiego śniadania ($p>0,150$) [Tabela 20].

Ponad połowa młodzieży w każdej badanej grupie, spożywa śniadanie codziennie. W grupie tej dominuje młodzież z przeciętnym jej poziomem (odpowiednio: 53,4%, 58,1%, 53,9%).

Drugie śniadanie regularnie, spożywał zaledwie co 14-ty uczeń z niskim, co 6-ty uczeń z przeciętnym i co 13-ty uczeń z wysokim jej poziomem.

Tabela V-20. Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a częstotliwość spożywania śniadania i drugiego śniadania wymiarze tygodniowym

Kategorie odpowiedzi	n	niska (N=73)	przeciętna (N=179)	wysoka (N=13)			
ŚNIADANIE*							
nigdy lub 1 raz w tygodniu	21	6	8,22%	14	7,82%	1	7,69%
2-4 x w tygodniu	46	15	20,55%	28	15,64%	3	23,08%
5-6 x w tygodniu	48	13	17,81%	33	18,44%	2	15,38%
codziennie	150	39	53,42%	104	58,10%	7	53,85%
II ŚNIADANIE**							
nigdy lub 1 raz w tygodniu	34	14	19,18%	18	10,06%	2	15,38%
2-4 x w tygodniu	113	35	47,95%	71	39,66%	7	53,85%
5-6 x w tygodniu	85	19	26,03%	63	35,20%	3	23,08%
codziennie	33	5	6,85%	27	15,08%	1	7,69%

* $\chi^2=1,274$ df=6 $p>0,973$

** $\chi^2=9,445$ df=6 $p>0,150$

Poziom sprawności fizycznej, nie różnicuje spożywania produktów uznawanych za niezdrowe: słodczy ($p>0,959$), słonych przekąsek ($p>0,961$), słodzonych napojów ($p>0,187$), oraz dań typu fast-food ($p>0,591$) [Tabela 21].

Niezdrową żywność typu słone przekąski i dania fast-food większość uczniów, w każdej badanej grupie, spożywa rzadko, maksymalnie trzy razy w tygodniu. Problem

stanowią słodczyce i słodzone napoje, które uczniowie spożywają prawie codziennie. W grupie tej dominują uczniowie z niskim poziomem sprawności fizycznej [Tabela 21].

Zaobserwowano, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej młodzieży, maleje odsetek osób spożywających słodczyce i pijących słodzone napoje codziennie.

Tabela V-21. Poziom sprawności fizycznej uczniów a spożywanie produktów niekorzystnych dla zdrowia wymiarze tygodniowym

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna		
		niska (N=73)	przeciętna (N=179)	wysoka (N=13)

SŁODYCZE

1-3 razy	65	16	21,92%	45	25,14%	4	30,77%
4-6 razy	69	19	26,03%	47	26,26%	3	23,07%
7 razy	131	38	52,05%	87	48,60%	6	46,15%

* $\chi^2=0,638$ df=4 p>0,959

SŁONE PRZEKĄSKI

1-3 razy	164	46	63,01%	109	60,89%	9	69,24%
4-6 razy	62	17	23,29%	43	24,02%	2	15,38%
7 razy	39	10	13,70%	27	15,09%	2	15,38%

* $\chi^2=0,616$ df=4 p>0,961

SŁODZONE NAPOJE

1-3 razy	129	30	41,10%	91	50,84%	8	61,54%
4-6 razy	57	15	20,54%	38	21,23%	4	30,77%
7 razy	79	28	38,36%	50	27,93%	1	7,69%

* $\chi^2= 6, 165$ df=4 p>0,187

Dania typu FAST-FOOD

1-3 razy	232	62	84,93%	159	88,83%	11	84,62%
4 razy	14	5	6,85%	9	5,03%	0	0,00%
7 razy	19	6	8,22%	11	6,14%	2	15,38%

* $\chi^2=2,808$ df=4 p>0,591

Syntezyząc ten wycinek analiz, należy zauważyć, że poziom sprawności fizycznej nie różnicuje spożywania śniadania, ani drugiego śniadania, jak również produktów uznawanych za niekorzystne dla zdrowia, w tym: słodczy, słodzonych napojów, oraz dań typu fast-food.

Młodzież z niskim poziomem sprawności fizycznej najrzadziej z badanych grup spożywa regularnie śniadanie i drugie śniadanie. Zaledwie co 14-ty uczeń z tej grupy spożywa drugie śniadanie codziennie. Częściej natomiast młodzież ta spożywa codziennie słodczyce i pije codziennie dosładzane napoje. Należy zauważyć, że w tej grupie odnotowano najwyższy odsetek osób borykających się z problemem nadwagi i otyłości (20,6%).

3.5. Zachowania higieniczne - sen i higiena jamy ustnej

Poziom sprawności fizycznej, nie różnicuje długości snu uczniów, ($p>0,331$), [Tabela 22].

W każdej badanej grupie, uczniowie na sen przeznaczają najczęściej od pięciu do siedmiu godzin. W grupie tej dominują uczniowie z przeciętnym jej poziomem (odpowiednio: 65,75%, 67,04%, 61,54%). Zauważono, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej zwiększa się odsetek uczniów, którzy na sen przeznaczają zaledwie pięć godzin. W grupie tej dominują uczniowie z wysokim poziomem sprawności fizycznej (odpowiednio: 15,1%, 20,7%, 30,8%). Równoległe ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej maleje się odsetek uczniów spełniających rekomendacje NSF odnośnie długości snu, minimum osiem godzin, (odpowiednio: 13,7%, 11,2%, 7,7%).

Tabela V-22. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a długość snu

Czas trwania snu	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
mniej niż 5 godzin	52	11	15,07%	37	20,67%	4	30,77%
5-7 godzin	176	48	65,75%	120	67,04%	8	61,54%
8-10 godzin	31	10	13,70%	20	11,17%	1	7,69%
więcej niż 10 godzin	6	4	5,48%	2	1,12%	0	0,00%

* $\chi^2=6,894$ df=6 p>0,331

Poziom sprawności fizycznej ,nie różnicuje również częstości mycia zębów, ($p>0,987$) [Tabela 23].

Uczniowie w każdej badanej grupie, czyścili zęby zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, częściej niż raz dziennie. W tym przedziale mycia zębów, najniższy odsetek odnotowano w grupie młodzieży z wysokim poziomem sprawności fizycznej Jedynie (61,5%) uczniów z tej grupy badanych czyściło zęby dwa razy dziennie.

Tabela V-23. Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a częstotliwość mycia zębów

Częstotliwość mycia zębów	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
częściej niż 1 x dziennie	184	51	69,86%	125	69,83%	8	61,54%
1 raz dziennie	66	18	24,66%	44	24,58%	4	30,77%
kilka razy w tygodniu ale nie codziennie	11	3	4,11%	7	3,91%	1	7,69%
1 raz w tygodniu lub rzadziej	4	1	1,37%	3	1,68%	0	0,00%

* $\chi^2=0,968$ df=6 p>0,987

Syntezyząc ten wycinek analiz, należy podkreślić, że młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej wykazuje znaczne braki w zakresie higieny snu i jamy ustnej.

4. Wybrane zachowania antyzdrowotne podejmowane przez badaną młodzież w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej

4.1. Palenie papierosów

Poziom sprawności fizycznej, nie różnicuje palenia papierosów ($p > 0,233$), ani częstości ich palenia ($p > 0,471$) [Tabela 24].

Palenie papierosów najczęściej deklaruje młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej (odpowiednio: 35,6%;27,9%;46,2%).

Częstość palenia papierosów jest różna i koreluje z poziomem sprawności fizycznej. Młodzież z niskim jej poziomem po papierosy sięga nie częściej niż jeden raz w tygodniu. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej papierosy pali znacznie częściej, raz w tygodniu (23,1%) i codziennie (15,4%)

Tabela V-24. Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a palenie papierosów

Palenie tytoniu	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
tak	82	26	35,62%	50	27,93%	6	46,15%
nie	183	47	64,38%	129	72,07%	7	53,85%

* $\chi^2=2,913$ df=2 p>0, 233

w tym:

codziennie	32	7	9,59%	23	12,85%	2	15,38%
co najmniej 1 raz w tygodniu	27	10	13,69%	14	7,82%	3	23,08%
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	23	9	12,34%	13	7,26%	1	7,69%

* $\chi^2=3,542$ df=4 p>0,471

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje wieku inicjacji nikotynowej uczniów, ($p > 0,410$), [Tabela 25].

Zauważono jednak, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej obniżeniu ulega wiek inicjacji nikotynowej.

Po papierosy najwcześniej sięgnęła młodzież z wysokim jej poziomem, bo już w wieku 6-u lat. Średnia wieku inicjacji nikotynowej w tej grupie uczniów wynosi 11,9 lat. Uczniowie z przeciętnym jej poziomem po pierwszy papieros sięgnęli w wieku 7-u

lat, a uczniowie z niskim poziomem sprawności fizycznej w wieku 8-u lat. Średnia wieku inicjacji nikotynowej w tych grupach wynosi odpowiednio 12,7 lat i 13 lat.

Tabela V-25. Średnia wiek inicjacji nikotynowej a sprawność fizyczna młodzieży

Sprawność fizyczna	n	Wiek inicjacji nikotynowej (lata)					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	73	13,0	1,9	14	8	15	p<0,410
przeciętna	179	12,7	1,6	13	7	15	
wysoka	13	11,9	3,8	13	6	15	

Syntezyując ten wycinek analiz, należy podkreślić, iż ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej zwiększa się odsetek uczniów sięgających po papierosy, oraz palących papierosy codziennie [Tabela 24].

4.2. Picie alkoholu

Poziom sprawności fizycznej uczniów, nie różnicuje picia alkoholu, ($p>0,478$). Ponad połowa uczniów w każdej badanej grupie, deklaruje, że próbowała już alkoholu. W grupie tej dominuje młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej (odpowiednio: 65,8%, 58,7%, 69,2%) [Tabela 26].

Tabela V-26. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a kontakt z alkoholem

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
próbował	162	48	65,75%	105	58,66%	9	69,23%
nie próbował	103	25	34,25%	74	41,34%	4	30,77%

* $\chi^2=1,476$ df=2 p>0,478

Poziom sprawności fizycznej, nie różnicuje także częstości spożywania alkoholu, w tym: piwa ($p>0,708$), wina ($p>0,161$) i wódki ($p>0,711$), [Tabela 27]. Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów różnicuje tylko częstość spożywania gotowych napoi z dodatkiem alkoholu ($p<0,031$), co obrazuje Histogram 1.

Zaobserwowano, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej maleje odsetek osób deklarujących abstynencję, a zwiększa się odsetek osób sięgających po alkohol.

Uczniowie z wysokim poziomem sprawności fizycznej częściej niż ich koledzy i koleżanki z przeciętnym i niskim jej poziomem, deklarują spożywanie alkoholu. Jednak ilość wypijanego alkoholu w tej grupie badanych, jest mniejsza niż w dwóch pozostałych. Młodzież ta spożywa alkohol rzadko, okazjonalnie, raczej eksperymentuje

z nim, w przeciwieństwie do uczniów z przeciętnym i niskim jej poziomem, którzy alkohol piją częściej, co najmniej raz w miesiącu, a niektóre jego rodzaje, piwo czy napoje z dodatkiem alkoholu co najmniej raz w tygodniu [Tabela 27].

Tabela V-27. Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a częstotliwość picia wybranych rodzajów alkoholi

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna		
		niska (N=73)	przeciętna (N=179)	wysoka (N=13)

PIWO

nigdy	165	47	64,38%	111	62,01%	7	53,85%
rzadko	82	19	26,03%	57	31,84%	6	46,15%
w każdym miesiącu	12	5	6,85%	7	3,91%	0	0,00%
w każdym tygodniu	6	2	2,74%	4	2,23%	0	0,00%
codziennie	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=3,767$ df=8 p>0,708

WINO

nigdy	215	64	87,67%	141	78,77%	10	76,93%
rzadko	44	6	8,22%	35	19,55%	3	23,07%
w każdym miesiącu	6	3	4,11%	3	1,68%	0	0,00%
w każdym tygodniu	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
codziennie	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=6,559$ df=8 p>0,161

WÓDKA, KONIAK, WHISKY

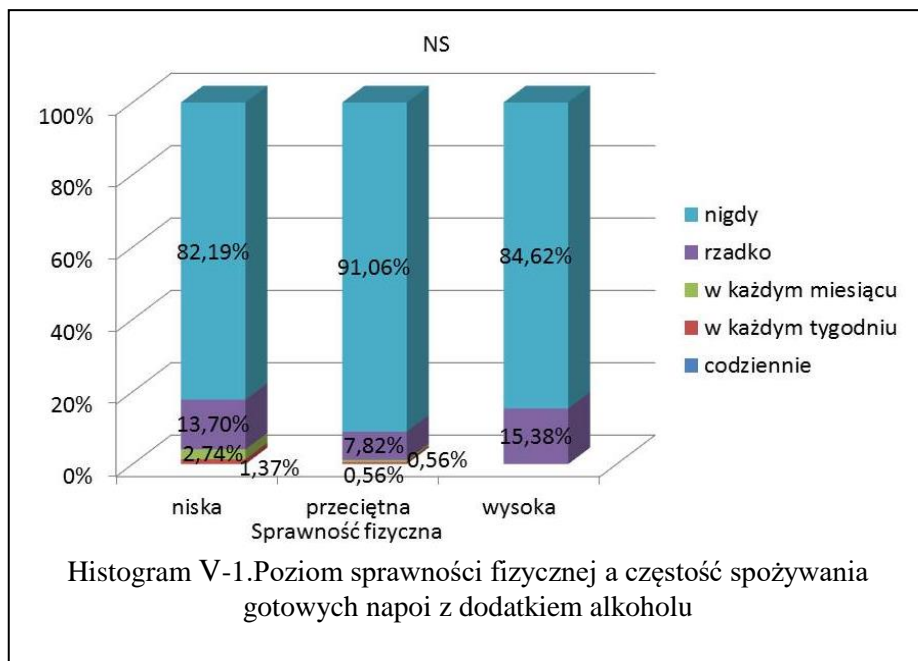
nigdy	222	61	83,56%	151	84,36%	10	76,93%
rzadko	37	10	13,70%	25	13,97%	2	15,38%
w każdym miesiącu	5	2	2,74%	2	1,12%	1	7,69%
w każdym tygodniu	1	0	0,00%	1	0,56%	0	0,00%
codziennie	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=3,749$ df=8 p<0,711

GOTOWE NAPOJE Z DODATKIEM ALKOHOLU typu alkopop

nigdy	234	60	82,19%	163	91,06%	11	84,62%
rzadko	26	10	13,70%	14	7,82%	2	15,38%
w każdym miesiącu	3	2	2,74%	1	0,56%	0	0,00%
w każdym tygodniu	2	1	1,37%	1	0,56%	0	0,00%
codziennie	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=13,809$ df=8 p<0,031



Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje wieku inicjacji alkoholowej uczniów, ($p > 0,856$), [Tabela 28].

Średnia wieku inicjacji alkoholowej we wszystkich badanych grupach była do siebie zbliżona i wahała się od 13,1 lat w grupie młodzieży z wysokim poziomem sprawności fizycznej, do 13,3 lat w grupie uczniów z przeciętnym jej poziomem.

Tabela V-28 .Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a wiek inicjacji alkoholowej

Sprawność fizyczna	n	Wiek inicjacji alkoholowej (lata)					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	73	13,2	1,4	14	10	15	$p > 0,856$
przeciętna	179	13,3	1,4	14	8	15	
wysoka	13	13,1	1,6	13,5	10	15	

Poziom sprawności fizyczne, nie różnicuje zjawiska upijania się uczniów, ($p > 0,165$).

Zauważono, że wzrostem poziomu sprawności fizycznej wzrasta odsetek uczniów, którym nie zdarzyło się upić w swoim krótkim życiu [Tabela 29]. W grupie tej dominuje młodzież z wysokim jej poziomem (odpowiednio: 5,5%, 10,6%, 15,4%).

Równolegle maleje odsetek młodzieży, która upiła się w swoim życiu dwa i więcej razy. Z badanych grup najczęściej upija się młodzież z niskim poziomem sprawności fizycznej.

Tabela V-29. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a częstość upijania się.

Częstość upijania się	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
nie, nigdy	240	69	94,52%	160	89,39%	11	84,62%
tak, 1 raz	18	1	1,37%	15	8,38%	2	15,38%
tak, 2-3 razy	7	3	4,11%	4	2,23%	0	0,00%
tak, 4-10 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
tak, więcej niż 10 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=6,493$ df=8 p>0,165

4.3. Spożywanie substancji narkotycznych

Poziom sprawności fizycznej, nie różnicuje kontaktu uczniów z substancjami narkotycznymi, (p>0,477).

Zaobserwowano, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej, zwiększa się odsetek uczniów deklarujących kontakt z substancjami narkotycznymi [Tabela 30].

W grupie uczniów deklarujących kontakt z narkotykami, dominuje młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej. Prawie połowa uczniów z tej grupy deklaruje kontakt z nimi. Młodzież z niskim i przeciętnym jej poziomem kontakt z narkotykami deklaruje trochę rzadziej (odpowiednio: 30,1%, 30,2%, 46,2%) [Tabela 30].

Tabela V-30. Poziom sprawności uczniów a kontakt z substancjami narkotycznymi

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
zetknął się	82	22	30,14%	54	30,17%	6	46,15%
nie zetknął się	183	51	69,86%	125	69,83%	7	53,85%

* $\chi^2=1,480$ df=2 p>0,477

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje częstości zażywania substancji odurzających, w tym: marihuany (p>0,224), leków OTC (p>0,457) i dopalaczy (p>0,890).

Młodzież w każdej badanej grupie, sięga po substancje odurzające bez względu na ich rodzaj. O ile w przypadku leków OTC i dopalaczy należy mówić raczej o eksperymentowaniu, to w przypadku marihuany należy mówić już o jej zażywaniu. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej bardziej eksperymentuje z marihuaną niż ja zażywa, w przeciwieństwie do swoich kolegów i koleżanek

z przeciętnym jej poziomem, którzy sięgnęli po marihuanę więcej niż dziesięć razy. [Tabela 31].

Tabela V-31. Poziom sprawności fizycznej uczniów a częstość używania substancji narkotycznych

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna		
		niska (N=73)	przeciętna (N=179)	wysoka (N=13)

MARIHUANA

nigdy	232	62	84,93%	160	89,39%	10	76,93%
1 lub 2 razy	10	3	4,11%	5	2,79%	2	15,38%
3-6 razy	12	5	6,85%	7	3,91%	0	0,00%
6-9 razy	4	1	1,37%	3	1,68%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	4	1	1,37%	3	1,68%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	3	1	1,37%	1	0,56%	1	7,69%

$\chi^2=12,999$ df=10 p>0, 224

LEKI USPOKAJAJACE, LEKI PSYCHOTROPOWE

nigdy	249	69	94,52%	169	94,41%	11	84,62%
1 lub 2 razy	12	3	4,11%	7	3,91%	2	15,38%
3-6 razy	2	0	0,00%	2	1,12%	0	0,00%
6-9 razy	1	1	1,37%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	1	0	0,00%	1	0,56%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=7.761$ df=10 p>0,457

DOPALACZE

nigdy	251	71	97,26%	168	93,85%	12	92,31%
1 lub 2 razy	11	2	2,74%	8	4,47%	1	7,69%
3-6 razy	2	0	0,00%	2	1,12%	0	0,00%
6-9 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
więcej niż 10 razy	1	0	0,00%	1	0,56%	0	0,00%
więcej niż 20 razy	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

* $\chi^2=2, 299$ df=10 p>0,890

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje wieku inicjacji narkotykowej badanych uczniów, (p>0,228).

Z narkotykami najwcześniej zetknęli się uczniowie z niskim poziomem sprawności fizycznej, bo już w wieku 9 lat. Średnia wieku inicjacji narkotykowej w tej grupie uczniów wynosi 13,5 lat. Kilka lat później, bo w wieku 13 lat kontakt z narkotykami miała młodzież z wysokim i przeciętnym jej poziomem. Średnia wieku inicjacji narkotykowej w tych badanych grupach, wynosi 14 lat [Tabela 32].

Tabela V-32. Poziom sprawności fizycznej nastolatków a wiek inicjacji narkotykowej

Sprawność fizyczna	n	Wiek inicjacji narkotykowej (lata)					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	22	13,5	1,5	14	9	15	p>0, 228
przeciętna	54	14,0	0,6	14	13	15	
wysoka	6	14,0	0,8	14	13	15	

Syntezyząc ten wycinek analiz, należy zauważyć, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej, zwiększa się odsetek uczniów deklarujących kontakt z narkotykami. O ile w przypadku leków i dopalaczy można mówić raczej o eksperymentowaniu, to w przypadku marihuany należy mówić już o jej zażywaniu. Młodzież z przeciętnym poziomem sprawności fizycznej najczęściej z badanych grup sięgała po marihuanę, w ich przypadku należy mówić o jej zażywaniu [Tabela 32].

4.4. Spożywanie napojów energetyzujących

Poziom sprawności fizycznej, nie różnicuje spożywania napojów energetyzujących, ($p>0,989$), jak również częstości ich spożywania, ($p>0,652$) [Tabela 33].

Ponad (60%) uczniów, w każdej badanej grupie, deklaruje, że pije napoje energetyzujące. Młodzież z przeciętnym poziomem sprawności fizycznej najczęściej z badanych grup deklaruje ich spożywanie (odpowiednio: 61,6%, 62,6%, 61,5%).

Częstotliwość spożywania napojów energetyzujących była różna i korelowała z poziomem sprawności fizycznej. Uczniowie z niskim i przeciętnym jej poziomem napoje energetyzujące piją raczej okazjonalnie, maksymalnie kilka w ciągu miesiąca. Uczniowie z wysokim jej poziomem napoje energetyzujące spożywają znacznie częściej - kilka w ciągu tygodnia (odpowiednio: 6,8%, 10, 1%, 23, 1%), lub codziennie (odpowiednio: 4, 1%, 2,8%, 7,7%) [Tabela 33].

Tabela V-33. Poziom sprawności fizycznej uczniów a spożywanie napojów energetyzujących

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
tak	165	45	61,64%	112	62,57%	8	61,54%
nie	100	28	38,36%	67	37,43%	5	38,46%

* $\chi^2=0,021$ df=2 p>0,989

w tym:

okazjonalnie	78	24	32,88%	52	29,05%	2	15,38%
kilka w ciągu miesiąca	51	13	17,81%	36	20,11%	2	15,38%
kilka w ciągu tygodnia	26	5	6,84%	18	10,06%	3	23,09%
codziennie	9	3	4,11%	5	2,79%	1	7,69%
kilka w ciągu dnia	1	0	0,00%	1	0,56%	0	0,00%

* $\chi^2=5,958$ df=8 p>0,652

Zauważono, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej zwiększa się odsetek uczniów spożywających napoje energetyzujące często - kilka w ciągu tygodnia i codziennie [Tabela 33].

4.5. Podejmowanie niezdrowej diety

Poziom sprawności fizycznej uczniów, nie różnicuje podejmowanie niezdrowej diety, (p>0,887).

Prawie $\frac{1}{4}$ uczniów, w każdej badanej grupie, deklaruje, że stosuje różnego rodzaju diety [Tabela 34]. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej nieznacznie częściej niż ich koledzy i koleżanki z przeciętnym i niskim jej poziomem deklaruje, że je stosuje (odpowiednio: 23,1%, 19,6%, 21,9%).

Tabela V-34. Poziom sprawności fizycznej nastolatków a stosowanie różnego rodzaju diety

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
nie stosuje	211	57	78,08%	144	80,45%	10	76,92%
stosuje	54	16	21,92%	35	19,55%	3	23,08%

* $\chi^2=0,240$ df=2 p>0,887

4.6. Przemoc szkolna

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje zjawiska doznawania dręczenia w szkole i poza nią w ostatnich w dwóch miesiącach, ($p>0,671$).

W badanej grupie, dręczenia doznają najczęściej osoby z przeciętnym i niskim poziomem sprawności fizycznej. Częstość doznawania dręczenia, od *zdarzyło się raz lub dwa razy, do kilka razy w tygodniu*, była wyższa w grupie uczniów z przeciętnym jej poziomem (19,0% vs. 16,4%), [Tabela 35]. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej dręczenia doznawała znacznie rzadziej (7,7%) i z mniejszą częstością, można powiedzieć że była dręczona raczej sporadycznie, *raz, może dwa razy*.

Tabela V-35. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a bycie dręczonym w ostatnich dwóch miesiącach w szkole i poza nią

częstotliwość bycia dręczonym	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
nie był dręczony	218	61	83,56%	145	81,01%	12	92,31%
zdarzyło się 1 lub 2 razy	34	11	15,07%	22	12,29%	1	7,69%
2 lub 3 razy w miesiącu	6	0	0,00%	6	3,35%	0	0,00%
przeciętnie 1 raz w tygodniu	4	0	0,00%	4	2,23%	0	0,00%
kilka razy w tygodniu	3	1	1,37%	2	1,12%	0	0,00%

* $\chi^2=5,790$ df=8 $p>0,671$

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje częstości uczestniczenia w dręczeniu innych w szkole i poza nią, ($p>0,767$).

Należy zauważyć, że odsetek uczniów biorących udział w dręczeniu innych, w badanej grupie młodzieży jest dość wysoki. Prawie $\frac{1}{4}$ uczniów, w każdej badanej grupie, deklaruje, że uczestniczy w dręczeniu swoich kolegów i koleżanek. Niektórzy uczniowie uczestniczą w dręczeniu innych często, *kilku razy w miesiącu i częściej*. W grupie tej dominują uczniowie z niskim i przeciętnym jej poziomem. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej w regularnym zjawisku dręczenia uczestniczy sporadycznie [Tabela 36].

Tabela V-36. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a częstość uczestniczenia w dręczeniu innych w ostatnich dwóch miesiącach w szkole i poza nią

Uczestniczenie w dręczeniu	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
nie uczestniczył w dręczeniu	197	53	72,60%	134	74,86%	10	76,92%
zdarzyło się 1 lub 2 razy	45	12	16,44%	31	17,32%	2	15,38%
2 lub 3 razy w miesiącu	13	6	8,22%	7	3,91%	0	0,00%
przeciętnie 1 raz w tygodniu	6	1	1,37%	4	2,23%	1	7,69%
kilka razy w tygodniu	4	1	1,37%	3	1,68%	0	0,00%

* $\chi^2=4,913$ df=8 p>0,767

Poziom sprawności fizycznej różnicuje na poziomie zbliżonym do istotności statystycznej (p~0,063) udział młodzieży w bójkach, oraz częstość udziału w nich.

W bójkach najczęściej uczestniczy młodzież z niskim poziomem sprawności fizycznej. Prawie połowa uczniów z tej grupy badanych, deklaruje, że bierze w nich udział. Młodzież z pozostałych badanych grup, uczestniczy w bójkach rzadziej (odpowiednio: 45,2%, 31,3%, 30,8%) [Tabela 37].

Częstość udziału w bójkach (w ostatnich 12-u miesiącach), była we wszystkich badanych grupach podobna, *raz, może dwa razy*. Jednak odsetek uczniów, którzy brali w nich udział, różnicuje badane grupy o niskim, przeciętnym i wysokim poziomie sprawności fizycznej (odpowiednio: 37%, 22,4%, 15,4%).

Należy zauważyć, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej, maleje odsetek młodzieży uczestniczącej w bójkach rzadko, sporadycznie. Równolegle zwiększa się odsetek uczniów, biorących w nich udział często (odpowiednio: 8,2%, 8,9%, 15,4%).

Tabela V-37. Sprawność fizyczna badanej młodzieży a częstość uczestniczenia w bójkach w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie

Częstotliwość uczestniczenia w bójkach	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
nie uczestniczył	172	40	54,79%	123	68,72%	9	69,23%
1 raz	40	15	20,55%	24	13,41%	1	7,69%
2 razy	29	12	16,44%	16	8,94%	1	7,69%
3 razy	8	1	1,37%	5	2,79%	2	15,38%
lub więcej razy	16	5	6,85%	11	6,15%	0	0,00%

* $\chi^2=14,773$ df=8 p~0,063

5. Środowisko rówieśnicze badanych nastolatków w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej

Poziom sprawności fizycznej uczniów nie różnicuje liczby bliskich przyjaciół wśród chłopców, ($p > 0,345$).

Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej, częściej niż młodzież z dwóch pozostałych grup deklaruje posiadanie trzech i więcej bliskich przyjaciół (odpowiednio: 61,5%, 43,6%, 49,3%).

Uczniowie z niskim i przeciętnym jej poziomem częściej natomiast deklarują posiadanie tylko jednego przyjaciela lub jego brak (odpowiednio: 42,5%, 43,6%, 15,4%) [Tabela 38].

Tabela V-38. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a ilość bliskich przyjaciół wśród chłopców

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
żadnego	51	13	17,81%	36	20,11%	2	15,38%
jednego	60	18	24,66%	42	23,46%	0	0,00%
dwóch	32	6	8,22%	23	12,85%	3	23,08%
trzech lub więcej	122	36	49,32%	78	43,58%	8	61,54%

* $\chi^2=6,752$ df=6 $p > 0,345$

Poziom sprawności fizycznej młodzieży nie różnicuje również liczby bliskich przyjaciół wśród dziewcząt, ($p < 0,636$).

Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej, częściej niż ich koleżanki i koledzy z przeciętnym i niskim jej poziomem, deklaruje posiadanie co najmniej trzech bliskich przyjaciółek (76,2%, 58,7%, 56,2%). Znacznie rzadziej również niż młodzież z pozostałych badanych grup, deklaruje posiadanie zaledwie jednej przyjaciółki lub jej brak (7,7%, 25,1%, 27,4%) [Tabela 39].

Tabela V-39. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a ilość bliskich przyjaciół wśród dziewcząt

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
żadnej	33	12	16,44%	20	11,17%	1	7,69%
jedna	33	8	10,96%	25	13,97%	0	0,00%
dwie	43	12	16,44%	29	16,20%	2	15,38%
trzy lub więcej	156	41	56,16%	105	58,66%	10	76,92%

* $\chi^2=4,302$ df=6 $p > 0,636$

Poziom sprawności fizycznej badanych nastolatków nie różnicuje czasu spędzanego w grupie przyjaciół bezpośrednio po zajęciach w szkole, ($p > 0,933$).

Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej częściej niż ich koledzy i koleżanki z przeciętnym i niskim jej poziomem, spędzają swój wolny czas razem z przyjaciółmi po zajęciach w szkole (odpowiednio: 92,3, 89,9%, 89,0%) [Tabela 40].

Tabela V-40. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a czas spędzany z kolegami i koleżankami bezpośrednio po zajęciach w szkole

Kategorie odpowiedzi	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
nie spędzają	27	8	10,96%	18	10,06%	1	7,69%
spędzają	238	65	89,04%	161	89,94%	12	92,31%

* $\chi^2=0,139$ df=2 $p > 0,933$

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje średniej liczby dni spędzanych z przyjaciółmi po zajęciach w szkole, ($p > 0,789$).

Ilość dni spędzana z przyjaciółmi po zajęciach, była w każdej badanej grupie, do siebie zbliżona i wynosiła: od 2,8 dnia w grupie uczniów z przeciętnym jej poziomem, do 3, 1 dnia w grupie uczniów z wysokim poziomem sprawności fizycznej [Tabela 41].

Tabela V-41. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a liczba dni spędzana z kolegami i koleżankami bezpośrednio po zajęciach szkolnych

Sprawność fizyczna	n	Liczba dni					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	73	3,0	1,7	3	0	5	$p > 0,789$
przeciętna	179	2,8	1,6	3	0	5	
wysoka	13	3,1	1,6	3	0	5	

Poziom sprawności fizycznej uczniów nie różnicuje także czasu spędzanego z przyjaciółmi wieczorem poza domem, ($p > 0,870$).

Zaobserwowano, ale bez statystycznej istotności, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej młodzieży, maleje odsetek osób, którzy nie spędzają wolnego czasu przyjaciółmi wieczorem poza domem [Tabela 42]. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej częściej niż ich koledzy i koleżanki z przeciętnym i niskim jej poziomem spędza swój wolny czas wieczorem w grupie przyjaciół poza domem (odpowiednio: 76,9%, 71,5%, 69,9%).

Tabela V-42. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a czas spędzany z kolegami i koleżankami wieczorem poza domem

Spędzanie czasu z kolegami wieczorami	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
nie spędzają	76	22	30, 14%	51	28,49%	3	23,07%
spędzają	189	51	69,86%	128	71,51%	10	76,92%

* $\chi^2=0,279$ df=2 p>0,870

Poziom sprawności fizycznej nie różnicuje liczby wieczorów (w tygodniu) spędzanych w grupie przyjaciół poza domem, (p>0,535).

Uczniowie z niskim i przeciętnym poziomem sprawności fizycznej przeznaczali średnio 2,3 wieczora, na przebywanie z przyjaciółmi poza domem, podczas gdy młodzież z wysoką jej sprawnością zaledwie 1,6 wieczora [Tabela 43].

Tabela V-43. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a średnia liczba wieczorów spędzana z kolegami i koleżankami poza domem

Sprawność fizyczna	n	Liczba wieczorów					ANOVA
		średnia	odch.std	Me	min	max	
niska	73	2,3	2, 1	2	0	7	P>0,535
przeciętna	179	2,3	2, 1	2	0	7	
wysoka	13	1,6	1, 2	1,5	0	3	

6. Kryteria zdrowia w opinii badanych uczniów w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej

Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów nie różnicuje większości kryteriów zdrowia [Tabela 44]. Różnica na poziomie istotności statystycznej dotyczy *umiejętności cieszenia się z życia*, (p<0,033). Uczniowie z wysokim poziomem sprawności fizycznej tej kategorii zdrowia przypisali wyższą średnią wagę (M=1,83) niż z ich koledzy i koleżanki z niskim (M= 0,62) i przeciętnym (M=0,71) jej poziomem. Różnice na poziomie zbliżonym do istotności statystycznej dotyczą takich kategorii zdrowia jak *czuć się szczęśliwym przez większość czasu* (p~0,068), *potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi* (p~0,078). Można powiedzieć, że młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej częściej niż ich koledzy z poziomem niskim i przeciętnym, dostrzegają bardzo ważny w codziennym życiu, społeczny i psychiczny wymiar zdrowia, przypisując tym kategoriom wyższe średnie wagi [Tabela 44]. Młodzież ta zdrowie utożsamia z dobrostanem psychospołecznym. .

Tabela V-44. Porównanie średnich wag LKZ w zależności od poziomu sprawności fizycznej

kategorie LKZ	średnia waga			ANOVA
	sprawność fizyczna			
	niska	przeciętna	wysoka	
1.dożyć późnej starości	1,05	0,75	0,67	0,341
2.czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,64	0,51	1,42	0,069
3.potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,18	0,42	0,92	0,078
4.umieć rozwiązywać swoje problemy	0,25	0,27	0,42	0,860
5.należycie się odżywiać	1,25	1,50	1,67	0,572
6.dbać o wypoczynek, sen	1,00	1,16	0,42	0,267
7.pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,93	0,66	0,08	0,115
8.nie palić tytoniu	1,23	1,06	0,33	0,217
9.mieć odpowiednią wagę ciała	0,96	0,98	1,00	0,993
10.jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,14	0,23	0,33	0,578
11.mieć dobry nastrój	0,60	0,42	0,42	0,556
12.nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,90	0,89	0,92	0,998
13.potrąfić pracować bez napięcia i stresu	0,26	0,25	0,75	0,189
14.nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,58	0,68	0,42	0,723
15.mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,79	0,67	0,33	0,521
16.umieć przystosować się do zmian w życiu	0,11	0,20	0,25	0,654
17.umieć się cieszyć z życia	0,62	0,71	1,83	0,033
18.być odpowiedzialnym	0,16	0,18	0,67	0,126
19.potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,07	0,19	0,00	0,325
20. mieć sprawne wszystkie części ciała	1,18	1,18	1,17	0,999
21.akceptować siebie , znać swoje możliwości i braki	0,44	0,35	0,25	0,788
22.mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,42	0,33	0,08	0,583
23.czuć się dobrze	0,90	0,97	0,08	0,185
24.prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,36	0,42	0,58	0,793

Należy zauważyć, że młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej nieznacznie częściej od swoich rówieśników z przeciętnym i niskim jej poziomem, spostrzega zdrowie jako stan, przypisując wyższe wartości średnich wag takim jego

kategoriom jak : *umieć cieszyć się z życia, nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych, mieć sprawne wszystkie części ciała*

Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej znacznie rzadziej definiuje zdrowie jako wynik podejmowania określonych działań służących jego utrzymaniu. W grupie tej zaobserwowano również tendencję do przypisywania niskich wartości średnich wag takim kryteriom zdrowia jak *unikanie palenia papierosów i picia alkoholu, lub picia go tylko w niewielkich ilościach*. Młodzież ta nie łączy zdrowia z jego behawioralnymi uwarunkowaniami.

7. Umiejscowienie zdrowia w hierarchii wartości badanych nastolatków w odniesieniu do sprawności fizycznej

Wśród dziewięciu symboli szczęścia, różnica na poziomie istotności statystycznej ($p < 0,016$) dotyczy *dużego kręgu przyjaciół*. Młodzież z niską sprawnością fizyczną temu symbolowi szczęścia przypisała wyższą średnią wagę ($M=2,67$) w porównaniu z uczniami ze sprawnością przeciętną ($M=1,95$) i wysoką ($M=2,50$), sygnalizując tym samym, potrzebę uczestniczenia i akceptacji w rówieśniczym środowisku. W celu przypomnienia, młodzież ta najczęściej ze wszystkich badanych grup, deklarowała brak lub posiadanie zaledwie jednego bliskiego przyjaciela lub przyjaciółki.

Różnica na poziomie zbliżonym do istotności statystycznej ($p \sim 0,088$) dotyczy *bycia potrzebnym dla innych ludzi*. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej temu symbolowi szczęścia przypisała wyższą średnią wagę ($M=2,92$), niż ich koledzy i koleżanki z niskim ($M=1,64$) i przeciętnym ($M=1,69$) jej poziomem, deklarując tym samym, potrzebę i chęć uczestniczenia w życiu społecznym [Tabela 45]. *Udane życie rodzinne* i *dobre zdrowie* należało do najwyżej cenionych symboli szczęścia we wszystkich badanych grupach. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej wyższą wartość średniej wagi przypisała rodzinie jako symbolowi szczęścia, a młodzież z przeciętnym i niskim jej poziomem zdrowiu jako środka który warunkuje pozostałe. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej wyższe wartości przypisała *wykonywaniu ulubionej pracy*, a młodzież z niskim jej poziomem „*życiu pełnym przygód i dobrym warunkom materialnym*”

Tabela V-45. Porównanie średnich wag symboli szczęścia w zależności od poziomu sprawności fizycznej

Kategorie symboli szczęścia	średnia waga			ANOVA p
	sprawność fizyczna			
	niska	przeciętna	wysoka	
1. duży krąg przyjaciół	2,67	1,95	2,50	0,016
2. udane życie rodzinne	2,92	3,08	3,50	0,591
3. wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	1,42	1,91	2,08	0,114
4. sukcesy w nauce, pracy	1,44	1,40	0,92	0,572
5. dobre zdrowie	2,36	2,79	2,25	0,107
6. bycie potrzebnym dla innych ludzi	1,64	1,69	2,92	~0,088
7. dobre warunki materialne	1,03	0,89	0,25	0,189
8. życie pełne przygód, podróży	1,21	1,04	0,50	0,300
9. sława, popularność	0,25	0,23	0,08	0,815

Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów nie różnicuje statystycznie istotnie większości osobistych wartości [tabela 46]. Różnica na poziomie zbliżonym do istotności statystycznej dotyczyła *miłości i przyjaźni* ($p \sim 0,072$) oraz *inteligencji i bystrości umysłu* ($p \sim 0,085$). Uczniowie z wysokim poziomem sprawności fizycznej w większym stopniu niż ich koledzy z niskim i przeciętnym jej poziomem cenią sobie przyjaźń, inteligencję i bystrość umysłu jako preferowane wartości osobiste, przypisując tym wartości wyższe średnie wagi [Tabela 46]. *Dobre zdrowie* utożsamiane ze sprawnością fizyczną i psychiczną w grupie młodzieży z niskim i przeciętnym poziomem sprawności fizycznej znalazło się na wysokim drugim miejscu, wśród preferowanych wartości osobistych. Młodzież z wysokim jej poziomem *dobre zdrowie* umiejscowiła dopiero na trzecim miejscu wśród preferowanych wartości osobistych. Młodzież z niskim poziomem sprawności fizycznej wyższe wartości średniej wagi przypisała *poczuciu humoru* oraz *wiedzy i mądrości* a młodzież z wysokim jej poziomem *radości i zadowoleniu* oraz *dobroci i delikatności*.

Tabela V-46. Porównanie średnich wag wartości osobistych w zależności od sprawności fizycznej

kategorie wartości osobistych	średnia waga			ANOVA p
	sprawność fizyczna			
	niska	przeciętna	wysoka	
1. miłość, przyjaźń	3,51	3,87	4,67	~0,072
2. dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	2,25	2,49	1,83	0,366
3. poczucie humoru, dowcip	1,36	1,08	1,33	0,345
4. inteligencja, bystrość umysłu	1,82	1,49	2,42	~0,085
5. wiedza, mądrość	1,16	1,11	0,67	0,599
6. radość, zadowolenie	1,63	1,60	1,67	0,982
7. odwaga, stanowczość	1,30	1,11	0,67	0,356
8. dobroć, delikatność	0,78	1,12	1,25	0,219
9. ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	0,59	0,67	0,25	0,529
10. bogactwo, majątek	0,58	0,45	0,17	0,497

Syntezyząc ten wycinek analiz, należy podkreślić, że termin *zdrowie* jest rozumiany bardzo różnie, o czym świadczy wielość jego definicji. Zgodnie ze strategią WHO „zdrowie dla wszystkich”, oraz koncepcją promocji zdrowia jest ono nie tylko celem samym w sobie, ale przede wszystkim zasobem oraz środkiem pozwalającym na wykorzystanie swojego osobistego potencjału i lepszą jakość życia. Nade wszystko jest wartością dzięki której jednostka może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji. [Tuszyńska-Bogucka V., Bogucka J., 2005, s. 91-94; Malik M., i in., 2009, s. 33-39]. Człowiek który ceni zdrowie, zaczyna myśleć kategoriami mu sprzyjającymi. [Lewicka M., i in., 2013, s. 22-28]. Pomimo, iż zdrowie jest wartością powszechnie uznawaną i cioną, zauważa się degradację tej wartości w codziennym życiu. Deklaracje jednostki o znaczeniu zdrowia i konieczności jego promocji poprzez zdrowy styl życia, niekoniecznie łączą się z realnym wdrażaniem przekonań zdrowotnych. Codzienne obserwacje oraz wyniki badań nad zachowaniami zdrowotnymi wskazują na wyraźną rozbieżność między deklaracjami o wartości zdrowia a dbałością o nie na co dzień [za: Hildt K., 2005, s 14-15]. Badania wskazują, iż młodzież przypisująca zdrowiu wysoką wartość podejmuje znacząco więcej zachowań prozdrowotnych [za: Łuczak J.2004, s. 485]. Zauważa się sens i potrzebę wychowywania do wartości zdrowia, gdyż jednostka ceniąca zdrowie będzie z dużym prawdopodobieństwem czyniła starania, aby o swoje zdrowie dbać, chronić je i pomnażać.

Rozdział VI

Analizy statystyczne dotyczące występowania asymetrii ruchu/ciała badanej młodzieży szkolnej

W prawidłowych warunkach poszczególne grupy mięśniowe otaczające stawy i kręgosłup doskonale ze sobą współpracują. Wzajemnie kontrolowane napięcie i obciążenie przeciwstawnych grup mięśniowych pozwala w obrębie kręgosłupa na utrzymanie charakterystycznej pionowej postawy, a także przywracanie równowagi w przypadku zmiany jego pozycji. Działanie to można porównać do lin oplatających wysoki maszt. Dzięki ich jednakowemu napięciu wiotka struktura masztu utrzymuje pion. Co istotne, ważniejsze jest jednakowe napięcie tych lin, niż ich wytrzymałość [Kempf H. D., 1990]. Analogicznie w obrębie kręgosłupa nie jest ważne, jaka jest bezwzględna siła mięśni oplatających kręgosłup lecz, aby siły ciągnące były ze wszystkich stron zrównoważone. Tylko wówczas równowaga kręgosłupa zostaje zachowana. Jeżeli chociaż tylko jeden z mięśni oddziałuje na kręgosłup z odmienną siłą, nie przystającą do pozostałych, powstaje tzw. zjawisko nierównowagi napięć, które przeciąża tkanki miękkie, krążki oraz stawy kręgosłupa. W przedstawionej powyżej sytuacji układ mięśniowy zamiast być barierą bezpieczeństwa chroniącą przed przeciążeniami, sam staje się przyczyną takich przeciążeń [Stodolny J, 1999]. To samo dotyczy stawów obwodowych. Zjawisko nierównowagi napięć mięśniowych prowadzi w czasie do powstania tzw. asymetrii mięśniowej. Oznacza to, że mięśnie otaczające staw tzn. mięsień oraz mięsień działający w kierunku do niego przeciwnym, nie pozostają w stanie równowagi fizjologicznej tzn. nie równoważą się. Poszczególne mięśnie wykazują tendencje do skracania się lub do osłabiania. Dochodzi wówczas najczęściej do powstania tzw. „błędne koła”, które przerwać może tylko celowe działanie, tzn. rozciąganie mięśni skróconych i wzmacnianie mięśni osłabionych. Pojawienie się zjawiska asymetrii przed lub w okresie pokwitania, może skutkować wadami postawy. Występowanie asymetrii w okresie późniejszym, staje się często przyczyną tzw. przedwczesnego zużywania się i zdzierania elementów kostnych narządu ruchu, co w konsekwencji w dłuższym przedziale czasowym może prowadzić do powstania zmian zwyrodnieniowych zarówno w obrębie kręgosłupa jak i stawów obwodowych [Dziak A., 1990]. Proces ten, w warunkach współczesnej cywilizacji ma charakter przyśpieszony, ze względu na powtarzające i nakładające się obciążenia fizyczne i psychiczne, związane ze współczesnym kształtem życia codziennego: nauką,

pracą, siedzącym trybem spędzania wolnego czasu, jak również z ułatwieniami cywilizacyjnymi, które działają niekorzystnie na cały układ narządu ruchu, w tym szczególnie na kręgosłup.

Asymetrię ruchu identyfikowano, przeprowadzając badanie przesiewowe FMS (Functional Movement Screening). Za pomocą 7 testów zweryfikowano poprawność i efektywność wzorca ruchowego oraz zdiagnozowano występowanie asymetrii jako potencjalnej wady postawy.

Uzyskane wyniki mogą posłużyć do opracowania i wdrożenia w życie tzw. treningu funkcjonalnego, bazującego na ćwiczeniach poprawiających i odbudowujących zaburzone wzorce ruchowe, co w konsekwencji powinno przyczynić się do zniwelowania asymetrii występującej u badanych uczniów.

1. Występowanie asymetrii ruchu/ ciała w kontekście płci

Płeć badanych osób nie różnicuje występowania asymetrii ruchu/ciała, ($p > 0,184$).

Asymetrię ruchu/ciała zdiagnozowano u prawie $\frac{3}{4}$ badanych uczniów (73,58%). Odsetek osób u których została ona zidentyfikowana, był wyższy w grupie chłopców (77,42% vs. 70,21%) [Tabela 1].

Tabela VI-47. Płeć badanych uczniów a występowanie asymetrii ciała

Występowanie asymetrii	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczynki (n=141)	
występuje	195	73,58%	96	77,42%	99	70,21%
nie występuje	70	26,42%	28	22,58%	42	29,79%

$\chi^2=1,762$ df=1 $p > 0,184$

Płeć badanych uczniów nie różnicuje również stopni występowania asymetrii ruchu/ciała, ($p > 0,502$) [Tabela 2].

Zauważono, że w grupie dziewcząt częściej niż w grupie chłopców asymetria ruchu /ciała występuje w trzech, a nawet w czterech obszarach (12,1% vs. 8,3%).

Tabela VI-48. Płeć uczniów a stopnie występowania asymetrii ruchu/ciała a

Stopnie występowania asymetrii	ogółem (n=195)		chłopcy (n=96)		dziewczęta (n=99)	
w 1 obszarze	112	57,44%	55	57,29%	57	57,58%
w 2 obszarach	63	32,31%	33	34,38%	30	30,30%
w 3 obszarach	18	9,23%	8	8,33%	10	10,10%
w 4 obszarach	2	1,02%	0	0,00%	2	2,02%

$\chi^2=1,534$; df=3; $p > 0,502$

W okresie dojrzewania płciowego w organizmie młodego człowieka następuje przejściowe zakłócenie rozwoju motorycznego, który jest wynikiem przyspieszonego, ale nieharmonijnego wzrastania poszczególnych części ciała, co pociąga za sobą pojawienie się tzw. „niezgrabności ruchowej”. Występujące w tym okresie zakłócenie równowagi procesów pobudzenia i hamowania powoduje wzmożone napięcie mięśniowe i tzw. zjawisko „rozzutności ruchowej”. Zmiany jakie występują w organizmie w okresie dorastania, powodują niechęć do podejmowania ruchu, która mocniej jest nasilona u dziewcząt, niż u chłopców. Niski poziom aktywności fizycznej adolescentów, spowodowany m.in.: nierozbudzeniem potrzeb systematycznych ćwiczeń i zajęć ruchowych, oraz zaniedbaniami w edukacji fizycznej, przyczynia się do obniżenia sprawności fizycznej i spadku zdolności ruchowych. Zarówno „lenistwo ruchowe” jak i wysoka aktywność fizyczna podejmowana bez nadzoru ze strony instruktora, nauczyciela czy trenera (chodzi tu o wyłapanie i skorygowanie odchyłeń jakie pojawiają się w technice ruchu) powodują, że we wzorcach ruchowych pojawiają się kompensacje, które przyczyniają się do występowania asymetrii ruchu/ciała.

Uzyskane wyniki, wskazują na częstsze występowanie asymetrii w grupie chłopców niż w grupie dziewcząt. Ma to prawdopodobnie związek z większą codzienną aktywnością fizyczną chłopców i z kompensacjami jakie zostały wypracowane w obrębie narządu ruchu.

2. Występowanie asymetrii ruchu/ ciała w odniesieniu do poziomu aktywności fizycznej

Aktywność fizyczna badanych uczniów nie różnicuje występowania asymetrii ruchu/ciała, ($p > 0,346$).

Asymetria ruchu, występowała w każdej badanej grupie, jednak u uczniów z wysokim jej poziomem asymetria ruchu/ciała występowała częściej (odpowiednio: 79,2%, 73,7%, 70,2%) [Tabela 3].

Tabela VI-3. Poziom aktywności fizycznej a występowanie asymetrii ruchu/ciała

występowanie asymetrii	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=57)		przeciętna (N=131)		wysoka (N=77)	
występuje	195	42	73,68%	92	70,23%	61	79,22%
nie występuje	70	15	26,32%	39	30,00%	16	20,78%

$$\chi^2=2,118 \quad df=2 \quad p>0,346$$

Aktywność fizyczna badanej młodzieży nie różnicuje stopni występowania asymetrii ruchu/ciała, ($p > 0,672$), [Tabela 4].

Zaobserwowano, że ze wzrostem poziomu aktywności fizycznej maleje odsetek uczniów u których zdiagnozowano asymetrię ruchu/ciała w jednym obszarze (odpowiednio: 61,9%, 57,6%, 54,1%), a zwiększa się odsetek młodzieży u których asymetrię zdiagnozowano w dwóch, a nawet trzech obszarach [Tabela 4].

Tabela VI-4. Aktywność fizyczna a stopnie asymetrii ciała

Stopnie występowania asymetrii	n	Aktywność fizyczna					
		niska (N=42)		przeciętna (N=92)		wysoka (N=61)	
1 obszar	112	26	61,91%	53	57,61%	33	54,10%
2 obszary	63	13	30,95%	27	29,35%	23	37,70%
3 obszary	18	3	7,14%	10	10,87%	5	8,20%
4 obszary	2	0	0,00%	2	2,17%	0	0,00%
$\chi^2=4,028$ $df=6$ $p > 0,672$							

Uzyskane wyniki mają związek z większą codzienną aktywnością fizyczną tychże uczniów, oraz kompensacjami jakie zostały wypracowane podczas powtarzania określonego wzorca ruchowego, co ma związek z odchyleniami w technice wykonywania danego ruchu.

3. Występowanie asymetrii ruchu/ ciała w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej

Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży różnicuje statystycznie istotnie występowanie asymetrii ruchu/ciała ($p < 0,000$).

Zauważono, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej młodzieży maleje odsetek uczniów u których zdiagnozowano asymetrię ruchu/ciała [Tabela 5]. W grupie młodzieży z wysokim jej poziomem asymetria ruchu/ciała występowała istotnie rzadziej niż w grupie młodzieży z przeciętnym i niskim poziomem sprawności fizycznej (odpowiednio: 46,2%, 69,3%, 89,0%)

Tabela VI-5. Poziom sprawności fizycznej j młodzieży a występowanie asymetrii ruchu

występowanie asymetrii	n	Sprawność fizyczna					
		niska (N=73)		przeciętna (N=179)		wysoka (N=13)	
występuje	195	65	89,04%	124	69,27%	6	46,15%
nie występuje	70	8	10,96%	55	30,73%	7	53,85%

$\chi^2=17,519$ $df=2$ $p < 0,000$

Poziom sprawności fizycznej różnicuje również stopnie występowania asymetrii ruchu/ciała ($p < 0,000$).

Zaobserwowano, że ze wzrostem poziomu sprawności fizycznej badanych uczniów, zwiększa się odsetek osób u których zidentyfikowano asymetrię tylko w jednym obszarze. Równolegle zmniejsza się odsetek uczniów u których zidentyfikowano asymetrię w dwóch obszarach i więcej [Tabela 6].

Należy podkreślić, że w grupie młodzieży wysokim poziom sprawności fizycznej nie zidentyfikowano, ani jednego ucznia, u którego występowała asymetria więcej niż w jednym obszarze. W grupie młodzieży z niskim jej poziomem odnotowano najwyższy odsetek uczniów u których zdiagnozowano asymetrię w dwóch (odpowiednio: 46,2%, 25,8%, 0,0%), trzech (odpowiednio: 15,4%, 6,5%, 0,0%) i w czterech obszarach (odpowiednio: 3,1%, 0,0%, 0,0%)

Tabela VI-6. Sprawność fizyczna badanej młodzieży a stopnie występowania asymetrii

Stopnie występowania asymetrii	n	niska (N=65)		przeciętna (N=124)		wysoka (N=6)	
		liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
1 obszarze	113	23	35,38%	84	67,74%	6	100%
2 obszarach	62	30	46,15%	32	25,81%	0	0,00%
3 obszarach	18	10	15,39%	8	6,45%	0	0,00%
4 obszarach	2	2	3,08%	0	0,00%	0	0,00%

$$\chi^2=26,058 \quad df=6 \quad p<0,000$$

Na sprawność fizyczną istotny wpływ mają właściwości genetyczne człowieka - uzdolnienia ruchowe, budowa somatyczna, sprawność zmysłów, temperament, proporcje ciała - które stanowią podłoże dla rozwijania zdolności motorycznych. Im wyższe właściwości genetyczne tym szybciej i dokładniej zostają przyswojone podstawowe wzorce ruchowe, co z kolei przekłada się na opanowanie techniki określonego ruchu.

Występowanie asymetrii różnicowała wyłącznie sprawność fizyczna. Wraz jej wzrostem malał odsetek uczniów u których wykryto asymetrię ruchu/ciała. Wysoki poziom sprawności fizycznej warunkuje poprawność wzorca ruchowego.

Dyskusja wyników

Zgodnie z polami zdrowia Lalond'a na zachowania zdrowotne składają się: jakość i styl życia [za: Kurzak M., Pawelec K., 2013, s.12], które w ponad pięćdziesięciu procentach determinują zdrowie człowieka. Styl życia człowieka jest wypadkową wielu zachowań, zarówno tych prozdrowotnych, jak i antyzdrowotnych. Jeżeli we wzorcu codziennego postępowania człowieka dominują zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne), to mówimy o zdrowym stylu życia, który jest „cenną i pożądaną wartością tak samo jak zdrowie, do którego ten określony wzorec postępowania prowadzi” [Nowak P. 2008, s.61]. Na styl życia składa się między innymi: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, sposoby spędzania czasu wolnego, stosowanie używek: nikotyny, alkoholu i środków psychoaktywnych, a także inne zachowania, w tym podejmowanie niezdrowej diety, przemoc szkolna czy uczestnictwo w bójkach.

Liczne badania pokazują, że zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce nie są zadowalające. Notuje się znaczne obniżenie aktywności fizycznej [Pankowska-Koc K, 2005; Rochowicz F., 2008; Kurzak M., Pawelec K., 2013], a w konsekwencji spadek sprawności fizycznej [Przewęda R., Dobosz J., 2006; Przybyła E., 2008; Rochowicz F., 2008] oraz coraz wcześniejsze próby podejmowania zachowań ryzykownych [Woynarowska B., 2011]. Także zachowania w obszarze odżywiania, związane z jakością i ilością spożywanych posiłków, nie zawsze są prawidłowe [Gacek M., Fiedor M., 2006 s. 18]

Znaczenie aktywności fizycznej w profilaktyce zdrowia to istotny problem z punktu widzenia społecznego i wciąż aktualny, podejmowany w wielu badaniach naukowych zarówno w Polsce [Cabak A., Woynarowska B., 2004; Drygas W., i in., 2005; Piątkowska M., 2008, 2012; Biernat E., 2011; Osiński W., 2011; Mynarski W., i in., 2012; Nawrocka A. i in., 2012; Groffik D., 2015; Wasilewska M., Bergier J., 2015], jak i za granicą [S Booth M. L., 2000; Craig C. L., i in., 2003; Ekelund U., i in., 2007; Bouchard C., Blair S. N., 2007, 2012; Suitor C. W., Kraak V. I., 2007; Mitaš J., i in., 2009; Kalman M., i in., 2015].

Brak lub zbyt uboga aktywność ruchowa upośledza motoryczność, wydolność fizyczną, a także zwiększa możliwość występowania chorób cywilizacyjnych tj. otyłości, choroby wieńcowej, cukrzycy, miażdżycy.

Aktywność fizyczna to obecnie powszechnie uznany miernik zdrowia we wszystkich okresach życia człowieka. Zdaniem lekarzy, nie jest ona luksusem, lecz życiową koniecznością. Ruch, rozwija mięśnie, wpływa na prawidłowy wzrost i kształt kości, rozwija układ krążeniowo-oddechowy, podnosi sprawność i wydolność fizyczną. Jego niedostatek powoduje, że rosnący organizm nie osiąga w pełni rozwoju: ma mniejszą pojemność płuc, mniejszą wydolność fizyczną, słabsze mięśnie, gorszy refleks i koordynację ruchów. Aby aktywność fizyczna przynosiła odpowiednie efekty, powinna być systematyczna i na określonym poziomie. Z punktu widzenia zdrowia publicznego istotnym wydaje się oszacowanie poziomu aktywności fizycznej, rozumianej jako wszelka całodobowa aktywność fizyczna człowieka, a nie tylko jako sport, czy rekreacyjna aktywność ruchowa.

Zjawisko biernego stylu życia w Polsce ma charakter wzrastający i obejmuje wszystkie grupy wiekowe. Badania wskazują, że zaledwie 30% młodzieży w wieku dojrzewania wykonuje wysiłek fizyczny gwarantujący ich prawidłowy rozwój fizyczny, psychiczny i emocjonalny [Kantomaa M. T., i in., 2009]. W populacji dorosłych jedynie (10%) systematycznie podejmuje różne formy aktywności rekreacyjnej odpowiadające fizjologicznym potrzebom organizmu [Wojtczak A., 2009]. Aktywność ruchowa i sport są ściśle powiązane z naszym zdrowiem.. Istnieje konieczność harmonijnego i racjonalnego rozwoju człowieka od dzieciństwa po wiek dojrzały. Wiemy, że „w zdrowym ciele żyje zdrowy duch”, a wychowanie fizyczne, sport i rekreacja ma służyć wszechstronnemu rozwojowi organizmu. Należy zauważyć, że aktywność fizyczna jest pojęciem szerszym niż sport. Obejmuje nie tylko wyczynowe lub rekreacyjne uprawianie sportu, ale również inne zachowania, takie jak taniec czy prace w domu i ogrodzie.

Badania własne pokazują, że średnia ilość godzin w tygodniu przeznaczana przez młodzież szkolną na aktywność fizyczną niezbędną do utrzymania zdrowia wynosi zaledwie 4,4 godziny przy zalecanych siedmiu. We wszystkich lub prawie wszystkich lekcjach wychowania fizycznego uczestniczy (89%) uczniów. Co dziesiąty badany uczeń uczestniczy w połowie lub mniej niż w połowie lekcji. Poprzez uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego, młodzież poznaje różne formy aktywności ruchowej, które może podejmować w czasie wolnym. Uczniowie w większości (76%) lubią zajęcia wychowania fizycznego, a (53%) ocenia je jako atrakcyjne. Porównywalny odsetek (72%) uzyskali T. Wołowski i M. Jankowska [2007] w badaniach gdańskich 16-latków. Z badań wynika że aktywność fizyczna dla

większości uczniów sprowadza się głównie do udziału w obowiązkowych zajęciach wychowania fizycznego, które nie do końca zaspakajają ich potrzeby zdrowotne. W badaniach P. Wojtyły-Buciory [2011], aż (81%) uczniów wskazało lekcje wychowania fizycznego, jako jedyny podejmowany wysiłek w ciągu dnia, a (76%) pokonanie drogi do szkoły. Badania własne wskazują jednoznacznie, że zaangażowanie uczniów w aktywność fizyczną w czasie wolnym jest niewystarczająca. Zdaniem K. Ostaszewskiego [2017, s. 97] udział w zorganizowanych zajęciach sportowych pomaga młodzieży gospodarować wolnym czasem, dając jednocześnie młodej osobie poczucie większej niezależności i autonomii. Podkreślić należy, że zorganizowane formy aktywności w czasie wolnym tworzą rodzaj środowiska edukacyjnego, który odgrywa istotną rolę w planie rozwoju osobistego i społecznego młodzieży [Darling N., 2005, s. 498].

W zorganizowanych pozalekcyjnych i pozaszkolnych zajęciach sportowych uczestniczy jedynie (39 %) badanej młodzieży. Przedstawione wyniki są porównywalne z wartościami uzyskanymi w badaniach J. Charzewskiej i in., [2003], w których (30%) uczniów deklaruje udział w dodatkowych formach aktywności fizycznej, ale tylko niewielki odsetek uprawia ją 3-4 razy w tygodniu (2%-6%). Bardziej optymistyczne wyniki uzyskano w badaniach mokotowskich w 2016 roku, gdzie (33-40%) uczniów na zorganizowane zajęcia sportowe poświęca nie więcej niż trzy godziny tygodniowo, a około (20%) cztery godziny [Ostaszewski K., 2017, s. 105]. Aktywność fizyczną wyraźnie częściej podejmują chłopcy niż dziewczęta -regularne uprawianie sportu deklaruje (42,7%) chłopców i (36,9%)dziewcząt. Wyższe wyniki uzyskano w Raporcie CBOS - Młodzież 2018, wynika z niego, że większość badanych uczniów, poza lekcjami WF, uprawia sport (91%), w tym blisko dwie trzecie (63%) podejmuje aktywność fizyczną regularnie – przynajmniej raz w tygodniu [Feliksiak M., i in., 2019, s. 197].

Ważną składową ogólnej aktywności fizycznej dzieci i młodzieży, są różnorodne zajęcia rekreacyjne w czasie wolnym. Ponieważ są one podejmowane dobrowolnie, to udział w nich powinien potencjalnie korzystnie wpływać na poziom ich aktywności fizycznej. Korzyści wynikających z aktywnego trybu życia jest wiele. Ruch wpływa dobroczynnie na sferę psychiczną, wspomaga sprawność intelektualną, daje odprężenie, ułatwia procesy adaptacyjne, poprawia samopoczucie. B. Woynarowska i J. Mazur [2013, s. 45] wskazują, że systematycznie podejmowana pozaszkolna aktywność rekreacyjna może zwiększać niewielką liczbę godzin zajęć ruchowych,

zaspokajając tym samym potrzeby młodzieży w zakresie zdrowia. Badana młodzież chętniej bierze udział w nieorganizowanych, podejmowanych spontanicznie i z własnej inicjatywy zajęciach ruchowych (60,4%). Najczęściej uprawianym sportem jest jazda na rowerze (62,3%), na drugim miejscu szybki marsz (60,0%), a na trzecim gra w piłkę (po 57,8%). Do dosyć popularnych wśród młodzieży aktywności fizycznych zaliczyć należy pływanie (26,0%), taniec (25,3%) oraz jazdę na hulajnodze, rolkach i deskorolce (23,4%). Podobnie jak w przypadku sportu zorganizowanego, indywidualna aktywność fizyczna była formą spędzania wolnego czasu znacząco częstszą wśród chłopców.

Wyniki badań mokotowskich z 2016 roku dowodzą, że około (24-25%) chłopców spędzało ponad 3 godziny tygodniowo na uprawianiu własnej aktywności fizycznej, podczas gdy tylko około (16-17%) dziewcząt podejmowało indywidualną aktywność fizyczną z podobną intensywnością [Ostaszewski K., 2017, s. 106]. Rodzaje podejmowanych aktywności bardzo silnie różnicuje płeć. W grupie osób uprawiających sport dziewczęta częściej niż chłopcy jeżdżą na hulajnogach, rolkach, uczestniczą w zajęciach fitness oraz zajęciach tańca i gimnastyki. Chłopcy natomiast częściej niż dziewczęta jeżdżą na rowerze, chodzą na siłownię, grają w sporty zespołowe, oraz trenują sporty i sztuki walki.

Z raportu CBOS wynika, że na regularne uprawianie sportu częściej decydują się dzieci lepiej wykształconych rodziców oraz osiągający lepsze wyniki w nauce. Pewne znaczenie w tym kontekście ma również położenie materialne – ankietowani niezadowoleni z warunków materialnych swoich rodzin częściej w ogóle nie uprawiają sportu [Felixiak M., i in., 2019, s. 187]. Istotnymi motywacjami dla uczniów podejmujących aktywność fizyczną są: poprawa kondycji fizycznej (71,3%), poprawa stanu zdrowia (69,4%), poprawa swojego wyglądu, uzyskanie ładnej sylwetki (50,9%). Dla co drugiego badanego sport jest sposobem na wspólne spędzenie czasu wolnego. Motywacje związane z uprawianiem sportu w znacznej mierze różnicuje płeć. Dziewczęta wyraźnie częściej niż chłopcy uprawiają sport, żeby dobrze wyglądać, mieć ładną sylwetkę być w dobrej formie. Chłopcy natomiast częściej niż dziewczęta ćwiczą dla przyjemności, oraz nieco częściej – dla zdrowia [por. Dzielska A., 2013, s. 69; Felixiak M., i in., 2018, s. 198]. Ważnym zagadnieniem aktywności fizycznej jest zidentyfikowanie barier i przeszkód utrudniających jej podejmowanie. Najczęstszą wymienianą przez uczniów „barierą” jest brak czasu, związany głównie z nauką i odrabianiem lekcji (58,11%), na drugim miejscu brak potrzeby ruchu (23,77%), na

trzecim problemy zdrowotne (15,85%), w dalszej kolejności brak w okolicy dobrze wyposażonych obiektów sportowych (15,09%). M. Andrzejewska [2013, s. 181-182] wśród przyczyn, które negatywnie wpływają na chęć podejmowania aktywności ruchowej wymienia brak motywacji, brak czasu oraz zbyt częste spędzanie dnia przed komputerem i telewizorem. Z kolei A. Grenda [2011, s. 133-141] na podstawie badań nad motywami podejmowania aktywności fizycznej młodzieży z woj. Zachodniopomorskiego doszła do wniosku, że wśród przyczyn zaniechania tej aktywności przeważa - obok braku czasu wolnego i chęci - niedostępność obiektów sportowych i brak sprzętu sportowego.

W popularyzacji aktywności fizycznej, jak również w kształtowaniu prawidłowych postaw zdrowotnych z nią związanych istotną rolę odgrywa szkoła. Głównym zadaniem szkoły jest wyrobienie u uczniów pozytywnego stosunku do aktywności fizycznej tak, aby była ona kontynuowana po zakończeniu ścieżki edukacyjnej, w dorosłym życiu. Aby skutecznie zachęcić dzieci i młodzież do zainteresowania się aktywnością fizyczną, ćwiczenia powinny być przyjemne i zróżnicowane, obejmować lekcje wychowania fizycznego i SKS w szkole oraz aktywność sportową i rekreacyjną w czasie wolnym. Rekreacyjna aktywność ruchowa zdaniem P. F. Nowaka [2013, s. 62] to istotny element zdrowego stylu życia, ponieważ wpływa bezpośrednio na zdrowie w aspekcie psychofizycznym, oraz pośrednio na wiele zachowań zdrowotnych (długość snu, prawidłowe odżywianie) dążąc do higienizacji sposobu życia. Zadaniem szkoły jest więc przygotowanie ciekawej oferty zajęć rekreacyjnych, z których uczniowie mogliby korzystać w ramach czasu wolnego w dniach nauki szkolnej i w pierwszym dniu weekendu.

W kształtowaniu aktywnego stylu życia, polegającego na włączeniu aktywności fizycznej w rutynę dnia codziennego, pomocną może być Piramida Aktywności Fizycznej, obrazująca prawidłowy rozkład różnych form aktywności ruchowej pozwalający na utrzymanie dobrej kondycji fizycznej i zdrowia, z którą młodzież powinna być zaznajomiona w ramach edukacji zdrowotnej. Istotną rolę w promowaniu aktywności fizycznej pełnią nauczyciele wychowania fizycznego, którzy własnym przykładem winni zachęcać uczniów do podejmowania rekreacji sportowej, chociażby poprzez organizację zawodów, konkursów czy turniejów. Chcąc poprawić sytuację w zakresie aktywności fizycznej młodzieży w szkole, konieczne jest zwiększenie świadomości rodziców o roli ruchu w zachowaniu optymalnego stanu zdrowia

i sprawności fizycznej a także objęcie nadzorem zwolnień z wychowania fizycznego w celu zmniejszenie ilości uczniów niećwiczących.

Na zwiększenie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży istotny wpływ ma wiedza, motywacja i aktywność ruchowa rodziców, którzy poprzez dawanie dobrego przykładu oraz organizowanie rodzinnych rekreacyjnych zajęć sportowych i branie w nich udziału z dziećmi, a także poprzez zachęcanie do aktywności fizycznej w domu, szkole i z przyjaciółmi, kształtują w dzieciach postawy prozdrowotne i wyrabiają nawyk aktywnego odpoczynku.

Rosnącą rolę w kształtowaniu wiedzy i postaw związanych z aktywnością fizyczną i zdrowym stylem życia mają media, w tym Internet. Niemożliwym staje się mówienie o promocji i edukacji zdrowotnej bez uwzględniania jego roli w tym zakresie. Dzięki ciekawym i zróżnicowanym formom przekazu Internet sprawia, że procesy zdobywania i pogłębiania wiedzy w zakresie zdrowia oraz przyjmowania wzorów zachowań prozdrowotnych są przyjemniejsze i odnoszą większy skutek [Zadarko-Domaradzka M., Zadarko E., 2017, s. 268]. Dużą jego zaletą jest multimedialność treści, czyli publikowanie informacji nie tylko w formie tekstu, ale i innych atrakcyjnych plików w postaci zdjęć, infografik lub filmów, co niewątpliwie wpływa na zwiększenie percepcji. Takie przykuwanie uwagi i oddziaływanie na wyobraźnię ma znaczący udział w rozwijaniu postaw, co w kontekście zmiany trybu życia na bardziej aktywny ma fundamentalne znaczenie [za: Nowak P. F., 2015, s. 40-41]. Aktualnie w „sieci” dostępnych jest blisko 100 tys. aplikacji wspierających zdrowe praktyki [Zadarko-Domaradzka M., Zadarko E., 2017, s. 297]. Ich atrakcyjność i łatwość użycia powodują ogromne zainteresowanie i szerokie użycie. W 2013 roku 20 najpopularniejszych i bezpłatnych aplikacji z dziedziny sportu, fitnessu i zdrowia zainstalowano ponad 230 mln razy na całym świecie [Komisja Europejska - Zielona Księga, 2014, s. 7]. Oprócz szeregu zalet i korzyści wynikających z medialnej edukacji w zakresie aktywności fizycznej, należy mieć na uwadze również z niedoskonałości oraz ciemnej strony ich oddziaływania. Wiele treści edukacyjnych znajdujących się w prasie, radiu, telewizji czy Internecie są tak naprawdę ukrytą formą reklamy – gdzie pod pozorem aktywności ruchowej, promuje się wybrane marki sportowe – np. określony model butów i ubrań sportowych, czy farmaceutyki kształtujące masę mięśniową czy redukujące masę ciała. Żywność obok aktywności fizycznej stanowi podstawowy czynnik wpływający na zdrowie człowieka już od najmłodszych lat jego życia. Wskazuje się na ścisły związek między stanem odżywienia w okresie dzieciństwa, a zdrowiem człowieka dorosłego

[Kozłowska-Wojciechowska M., Makarewicz-Wujec M., 2005, s. 165]. Prawidłowe żywienie dzieci ma więc na celu nie tylko optymalizację ich rozwoju, ale również zapewnienie im zdrowia w życiu dorosłym. Odżywianie młodzieży, a więc jakość spożywanych posiłków i ich ilości w ciągu doby, stanowi o wydolności psychicznej i stanie zdrowia uczniów [Gacek M., Fiedor M. 2006, s. 17-19].

Zachowania żywieniowe, zarówno ilościowe, jak i jakościowe nie są prawidłowe u małopolskich uczniów. Zachowania ilościowe najczęściej związane są z nieregularnym odżywianiem się nastolatków, którzy pomijają spożywanie nie tylko drugiego, ale także pierwszego śniadania. Zachowania jakościowe dotyczą przeważnie niskiej podaży w codziennej diecie świeżych owoców i warzyw, mleka i napojów mlecznych, oraz ciemnego pieczywa.

Badania własne wykazały, że pierwsze śniadanie przed wyjściem do szkoły codziennie zjada zaledwie co drugi uczeń (55%). Śniadania nigdy nie spożywa lub spożywa je rzadko (24 %) uczniów. Śniadanie przy czterech posiłkach w ciągu dnia powinno dostarczać około (15%) dziennej energii i składników pokarmowych, i nie powinno zostać pominięte w okresie intensywnego rozwoju płciowego i fizycznego [Raczyński G., Czeczulewski J., 2007].

Drugie śniadanie, które zgodnie z zasadami prawidłowego żywienia powinno być spożywane w szkole w ciągu 3 do 4 godzin po pierwszym posiłku [Zawadzka B, 2007, s. 44], spożywa zaledwie (42%) uczniów. Nigdy drugiego śniadania nie spożywa lub spożywa je rzadko (19%) uczniów. Podobne wyniki w badaniach młodzieży gimnazjalnej uzyskała M. Boczkowska [2015, s. 91].

G. Raczyński i J. Czeczulewski [2007] podkreślają, że dłuższe przerwy między posiłkami powodują znaczne wyczerpanie rezerw energetycznych organizmu, czego objawem jest zmęczenie, znużenie, ospałość i zmniejszona zdolność do koncentracji uwagi. Z badań Instytutu Żywienia i Żywności (IŻŻ) wynika, że wraz z wiekiem zmniejsza się liczba uczniów spożywających owoce codziennie więcej niż jeden raz, a także zmniejsza się liczba uczniów spożywających warzywa codziennie więcej niż jeden raz. Wykazano, że (62%) chłopców i (56%) dziewcząt w wieku 14-16 lat nie spożywa owoców codziennie. Warzyw nie spożywa codziennie (65%) chłopców i (58%) dziewcząt [za: Jarosz M., Charzewska J., Wolnicka K., 2016, s. 231- 238]. W badaniach własnych uzyskano bardziej optymistyczne wyniki. Owoce codziennie spożywało (58,9%) chłopców i (70,3%) dziewcząt. Warzywa odpowiednio – (45,1%) chłopców i (60,2%) dziewcząt. Wszechobecny dostęp do przetworzonych przekąsek,

spożywanie gotowych posiłków to tylko niektóre z niebezpieczeństw, które czyhają na młodego człowieka. Niestety ta grupa wiekowa nie przykładą zbyt dużej wagi do rodzaju oraz jakości spożywanego jedzenia. Słodkie napoje gazowane (typu cola, oranżada) pije codziennie (38,7%) uczniów oraz (22,0%) uczennic. Słodycze spożywa codziennie (46,8%) chłopców i (51,8%) dziewcząt.

Wyniki badania Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ) przeprowadzonego w szkołach podstawowych i gimnazjach wskazują, że odsetek uczniów z nadmierną masą ciała osiągnął poziom (28 %) u chłopców i (22%) u dziewcząt (badanie było prowadzone w 2013 r. w 16 województwach w ramach Programu „Zachowaj Równowagę”) [Jarosz M., Charzewska J., Wolnicka K., 2016, s. 231-238]. Wyniki badań własnych potwierdzają że nadmierna masa ciała wśród polskiej młodzieży staje się coraz powszechniejsza.

W aspekcie narastającej nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży niezbędne jest podejmowanie prozdrowotnych działań edukacyjnych obejmujących całe środowisko szkolne - uczniów, nauczycieli i rodziców.

Przykładem takiego edukacyjnego działania był Program Szwajcarsko - Polskiej Współpracy KIK/34 „Zachowaj Równowagę” realizowany w latach 2011-2017 przez Instytut Żywności i Żywienia w 1600 placówkach w Polsce. Z danych wynika, że wśród uczniów objętych programem zaobserwowano zmniejszenie występowania nadmiernej masy ciała o (1%), zmniejszenie liczby osób pijących codziennie słodkie napoje o (20%), a jedzących codziennie słodycze - o (14%). O $\frac{1}{3}$ zwiększyła się liczba uczniów, którzy jedli w ciągu dnia zalecaną liczbę 4-5 posiłków - co sprzyja utrzymaniu szczupłej sylwetki.

Rodzina realizuje edukację żywieniową bezpośrednio, poprzez dostarczanie określonej żywności, a także pośrednio, poprzez transmisję postaw wobec żywności oraz kształtowanie preferencji żywieniowych [Szanecka E., Małecka-Tendera E., 2006, s. 102-107]. Dzieci i młodzież zdobywają podstawy wiedzy o żywieniu w domu, poprzez obserwację zachowań innych domowników, a także dzięki informacjom przekazywanym w sposób zamierzony przez rodziców [Sosnowska-

Bielicz E., Wrótniak J., 2013; Buczak A., 2013]. Błędem dość często występującym, jest traktowanie przez rodziców pożywienia jako swoistej nagrody za określone zachowania dziecka. W tym celu wykorzystywane są słodycze, chipsy, batoniki, a także produkty zaliczane do grupy „fast- food”. Niestety są to działania,

które przyczyniają się do kształtowania nieprawidłowych nawyków żywieniowych [za: Kozłowska-Wojciechowska M., Makarewicz-Wujec M., 2005, s. 167-168]. Badania

M. Zalewskiej i E. Maciorowskiej [2013, s. 376] dowodzą, że matka ma zazwyczaj większy wpływ na dziecko, niż ojciec, jednak jej możliwości oddziaływania na zachowania żywieniowe rodziny są limitowane aktywnością zawodową, wykształceniem, wiedzą o żywieniu i umiejętnościami kulinarnymi. Wydaje się, że kreowanie tzw. *health literacy* powinno opierać się na dostarczaniu odpowiedniej informacji na temat zasad prawidłowego żywienia, na przykład w postaci podręczników żywieniowych dołączanych do książeczek zdrowia dziecka.

Istotną rolę w promowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych, przypisuje się rytuałowi wspólnego spożywania posiłków. Badania M. Kozłowskiej-Wojciechowskiej i M. Makarewicz-Wujec [2005, s. 168] dowodzą, że prawie (40%) dzieci spożywa posiłki samotnie. Dlatego czas, który dzieci spędzają w szkole, należy wykorzystać na tworzenie właściwych wzorców zachowania w obszarze żywienia. Szkoła poprzez przekazywanie wiedzy z zakresu żywienia, a także poprzez posiłki oferowane w stołówce szkolnej może w istotny sposób oddziaływać na zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży. W realizacji prawidłowego żywienia w szkole pomocna jest „Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole” zatwierdzona przez Rzecznika Praw Obywatelskich. Zgodnie z jej wytycznymi :

- posiłki i napoje oferowane w szkole powinny odpowiadać wymaganiom jakościowym i mieć wartość odżywczą i energetyczną dostosowaną do wieku uczniów,
- asortyment produktów spożywczych i napojów sprzedawanych w sklepiku szkolnym powinien odpowiadać zasadom racjonalnego żywienia,
- szkoła nie może być miejscem reklamy produktów żywnościowych oraz sprzedaży produktów o nieodpowiedniej jakości zdrowotnej,
- dzieci z nadwagą i otyłością powinny być objęte programem aktywności fizycznej dostosowanym do ich potrzeb.

Godną upowszechnienia (w ramach edukacji zdrowotnej) jest Piramida Zdrowego Żywienia i Stylu Życia, opracowana przez Instytut Żywności. Piramida kierowana jest do dzieci i młodzieży w wieku 4-18 lat, oraz do ich rodziców, personelu przedszkoli i środowiska szkolnego (dyrektorów, nauczycieli, intendentów) odpowiadających za żywienie zbiorowe w placówkach oświaty. Jest prostym, krótkim i zwięzłym sposobem przedstawienia zasad prawidłowego żywienia i najważniejszych elementów stylu życia, których realizacja daje szansę na prawidłowy rozwój, sprawność

intelektualną i fizyczną oraz długie życie w zdrowiu. Na kształtowanie zachowań zdrowotnych człowieka, szczególnie dzieci i młodzieży w zakresie odżywiania istotny wpływ mają reklamy artykułów spożywczych prezentowane przez media. Programy telewizyjne, specjalne kanały tematyczne dla dzieci, gry wideo i komputerowe, specjalne strony internetowe dla dzieci, to tylko niektóre przykłady współczesnej oferty mediów skierowanej do tej grupy wiekowej [Mazur A., Radziejewicz-Winnicki I., 2013, s. 3]. Ocenia się, że przeciętne dziecko w Stanach Zjednoczonych rocznie ogląda około 40 000 reklam, a rynek produktów spożywczych adresowanych do dzieci i młodzieży w tym kraju, szacuje się na około 200 miliardów dolarów rocznie [Strasburger V, C., 2001]. Niestety, w Polsce brakuje danych na temat podobnych badań.

Charakterystyczną cechą dziecka jako odbiorcy reklamy jest brak krytycznego myślenia, łatwowierność i rozumienie reklamy w sposób dosłowny. Mimo, iż wiek dojrzewania pozwala już na wielokierunkową analizę przekazywanych treści, jednak w tym okresie twórcy reklam łączą promowany produkt z emocjami związanymi z wysiłkiem fizycznym, sprawnością, spotkaniem towarzyskim, przez co dla tej grupy wiekowej stają się bardziej wiarygodne [Mazur A., i in., 2006, s. 19].

Wpływ pojedynczych reklam na dzieci dotyczy raczej wybierania określonych marek produktów niż stymulowania zachowań, chociaż mogą one wpływać na zachowania następujące zaraz po emisji reklamy. W dłuższym przedziale czasowym i przy „zmasowanym ataku” mogą doprowadzić do późnych następstw w postaci utrwalenia się nieprawidłowego nawyku żywienia i stylu życia [Roberts D. F., i in., 1999]. T.J. Hindin [2004, s. 192-198] wykazał, że podatność dzieci na reklamę zależy od wykształcenia rodziców. Zdaniem autora lepiej wykształceni rodzice częściej robią komentarze do oglądanych reklam, ucząc dzieci, czym są reklamy, co w konsekwencji owocuje większą na nie odpornością.

A. Mazur i I. Radziejewicz -Winnicki [2013, s. 4] wykazali, że (71,4%) reklamowanej żywności w polskich kanałach telewizyjnych, to produkty o wysokiej zawartości tłuszczów i węglowodanów. Zaledwie (14,3%) reklamowanych produktów można było uznać za „zdrowe” (woda mineralna, jogurty).

Wiele reklam jest adresowanych bezpośrednio do rodziców. Bazując na poczuciu ich odpowiedzialności za zdrowie dzieci, prezentują produkty bogate w witaminy, wapń i białko zachęcając do ich zakupu. Rodzicom umyka fakt, że reklamowane „zdrowe” produkty, to z reguły żywność przetworzona przemysłowo – o większej ilości kalorii, cukrów i tłuszczów, która swój smak i wygląd zawdzięcza

różnego rodzaju chemicznym substancjom. W rezultacie dzieci karmione są tego typu żywnością, co przyczynia się do wyrobienia nieprawidłowych nawyków żywieniowych, a w dalekiej perspektywie może skutkować otyłością [Bryła M., i in., 2011, s. 242]. Wydaje się, że najlepszym antidotum na bezkrytyczne przyjmowanie komunikatów medialnych, jest planowanie oraz wdrażanie odpowiednich strategii edukacyjnych mających służyć kształtowaniu umiejętności krytycznego spojrzenia na różne treści płynące z mass mediów [Dziukiewicz J, 2018, s. 140]. Istotnym jest, promowanie wspólnego korzystania z multimediów przez dzieci i rodziców, aby pomagali dzieciom tworzyć możliwości filtrowania informacyjnej powodzi.

Szkoły, powinny inicjować działania profilaktyczne i edukacyjne zwiększające kompetencje poznawcze dzieci i wzrost ich świadomości przy korzystaniu ze środków masowego przekazu. Pedagodzy i pediatrzy powinni zachęcać rodziców do rozmów z dziećmi na temat korzyści i zagrożeń płynących z korzystania z Internetu.

Młodzi ludzie często nie zauważają bezpośredniego związku między swoim zachowaniem a zdrowiem. Dla podnoszenia atrakcyjności swego ciała, a tym samym atrakcyjności społecznej, młodzi ludzie posługują się kontrolowaniem masy ciała poprzez stosowanie diet eliminacyjnych ograniczających ilość spożywanych produktów. Zdaniem E. Stice'a [2005, s. 195-202] znaczący dorośli (rodzice, nauczyciele), grupa odniesienia (koledzy, przyjaciele) oraz media przekazują młodym ludziom, zwłaszcza dziewczętom, normy podkreślające znaczenie wyglądu i szczupłości. Lansowany wzorzec piękna utożsamiany jest jednocześnie z powodzeniem i sukcesem. W następstwie dochodzi do ich uwewnętrznienia. Im silniejsza jest internalizacja wzorca szczupłej sylwetki, tym większe prawdopodobieństwo niezadowolenia z własnego wyglądu i wizerunku i podejmowania niezdrowych diet. Z kolei A. Kearney-Cooke [2002, s. 99-107] uważa, że współczesne dziewczęta są pierwszym pokoleniem wychowywanym przez matki, które zazwyczaj same odrzucają swe ciało i z tego między innymi powodu nadmiernie koncentrują się na rozmiarach, kształcie i fizycznym wyglądzie swoich córek już od początku ich życia. Wyniki badań W. Strzeleckiego i M. Cybulskiego [2007, s. 173-181] dowodzą, że ponad 63% dziewcząt w okresie dorastania nie akceptuje własnego wyglądu; (76%) nastolatek wierzy, że chłopcy wolą szczupłe dziewczęta; 62% chętnie schudłoby o kilka kilogramów; (71%) dziewcząt marzy o figurze modelki. Podobne wnioski płyną z badań A. Głębockiej i J. Kulbat [2003]. Zdaniem P. F. Nowaka [2008, s. 63] we współczesnym świecie powinien dominować nie kult ciała lecz kult zdrowia, i w tym

duchu młodzież powinna być wychowywana. Stosowanie diet częściej dotyczy dziewcząt niż chłopców. Są one zatem bardziej narażone na negatywne skutki zdrowotne, związane z ich podejmowaniem. Problem ten dotyczy co czwartą Małopolankę (27,0%).

Omawiając formy spędzania czasu wolnego, nie sposób pominąć tych, związanych z małym wydatkowaniem energii, a więc zajęć o charakterze sedenteryjnym. Badani uczniowie na co dzień i w weekendy preferują siedzący styl życia. Z badań przeprowadzonych przez M. Kurzaka i K. Pawelca [2009, s. 12-13] na warszawskich gimnazjalistach wynika, że uczniowie bardzo dużą ilość czasu spędzają przy komputerze – blisko (20%) uczniów spędza przed ekranem komputera ponad 4 godziny dziennie, głównie w celach rozrywkowych. Połowa uczniów ogląda telewizję ponad 2 godziny dziennie, przy czym najchętniej oglądanymi programami są: filmy i seriale (65,2%), programy rozrywkowe (33,9%), rzadziej - programy popularno-naukowe (19,3%), sportowe (17,8%) czy informacyjne (17,3%). Blisko połowa uczniów deklaruje odrabianie lekcji przez 2 - 4 godziny dziennie, a (6,7%) jeszcze dłużej. Badania własne potwierdzają, że w dniach wolnych od nauki szkolnej znacząco wydłuża się czas spędzany przed ekranem telewizora i komputera. Odsetek nastolatków którzy w dniach weekendu przebywali w przed ekranem telewizora co najmniej przez 5 godzin wzrósł (z 5% do 22, 2%), a przed ekranem monitora (z 19% do 33,5%). Udział chłopców w tym przedziale czasowym oglądających telewizję wzrósł o 14 procent, a dziewcząt o 19 procent, a przebywających w „sieci” odpowiednio o (16% i o 13%). Badania mokatowskie pokazują, że grupa uczniów korzystających z Internetu przez 3–4 godziny dziennie zwiększyła się prawie dwukrotnie w latach 2004-2016 z około 15% do około (28%). Podobnie, grupa uczniów korzystających codziennie z Internetu przez 5 godzin lub więcej zwiększyła się również dwukrotnie, z około (8%) w 2004 roku do około (16%) w 2016 roku Zmiany te dotyczyły obu płci, przy czym dziewczęta bardziej niż chłopcy zintensyfikowały swoje codzienne kontakty z Internetem. W latach 2004–2016 skokowo zwiększyła się grupa dziewcząt korzystających intensywnie z Internetu (5 godzin lub więcej dziennie) – z około 6 do około (20%) [Bobrowski K., 2017, s.106]. Negatywnym skutkiem spędzania zbyt długiego czasu przed ekranem telewizora czy komputera jest między innymi: zmniejszenie zdolności uczenia się, przemęczenie fizyczne i psychiczne, kłopoty z koncentracją, niechęć do nauki, drażliwość, a nawet agresja [Makaruk K., Wójcik Sz., 2013, s.37].

Należy zauważyć, że skoncentrowanie zainteresowań części uczniów wokół nowoczesnych technologii, powoduje częściowe ich wykluczenie z szerokiej oferty kultury, sztuki i sportu. Spędzanie czasu wolnego w domu przed komputerem przekłada się także, na jakość relacji z rodziną i rówieśnikami, sprowadzając je do interakcji pośrednich i ograniczonych czasowo.

Zagadnienie czasu wolnego młodzieży oraz formy jego spędzania należą do ważnych problemów współczesnej rzeczywistości. Młodzież cechuje brak doświadczenia życiowego i niedojrzałość emocjonalna, dlatego tak ważną, wydaje się być mądra kontrola ze strony dorosłych - rodziców i wychowawców. Dominującą rolę w wychowaniu dziecka do racjonalnego wykorzystania czasu wolnego spełnia rodzina. Wypoczynek w rodzinie to czas spędzany nieformalnie i w naturalny sposób, realizuje się w codziennych czynnościach i interakcjach [Izdebska J., 2000, s. 26]. To w rodzinie dziecko obserwuje różnorodne sposoby spędzania czasu wolnego i zaczyna je naśladować, z góry przyjmując, że są one najlepsze. Rodzice poprzez właściwy sposób spędzania czasu wolnego, a więc różnorodne formy i treści jakimi go wypełniają, a także poprzez czynną postawę i przekonanie o konieczności wartościowego spożytkowania tego czasu, w połączeniu z odpowiednią jego organizacją, przygotowują swoje dzieci do kulturalnego wykorzystania go w przyszłości.

Badania własne ukazały, że w wielu rodzinach dominuje spędzanie czasu wolnego poprzez uczestnictwo w kulturze masowej, ukierunkowane na bierny odbiór treści, oraz działania o charakterze towarzysko-rozrywkowym, przy jednoczesnym minimalizowaniu zajęć kreatywnych. Tylko nieliczni uczniowie (28,30%) spędzają czas wolny z rodzicami aktywnie na spacerach, wycieczkach i innych formach aktywności ruchowej. Zaledwie (11%) rodziców proponuje swoim pociechom wspólne wyjście do kina, teatru czy muzeum.

Szkoła obok rodziny jest odpowiedzialna za kształtowanie u uczniów nawyku ekonomicznego gospodarowania własnym czasem oraz umiejętności podejmowania decyzji i wprowadzania w życie dokonanych wyborów.

Czas wolny należy spostrzegać także, jako formę dbałości o higienę psychofizyczną młodzieży oraz profilaktykę uzależnień. W ujęciu tym czas wolny jest procesem niezbędnym dla odnowy sił psychofizycznych i zakłada rozładowanie, usuwanie napięć, stresów i zmęczenia. Właściwie zorganizowane formy czasu wolnego zapobiegają powstawaniu wielu zaburzeń zdrowia psychicznego. Dzięki nim wyrabia się poczucie dystansu wobec problemów życia codziennego. Co z kolei daje szansę

efektywniejszego i twórczego podejścia do nauki, pracy i innych obowiązków [Lebioda L., 2004, s.17]. Niewłaściwa organizacja czasu wolnego niesie za sobą liczne niebezpieczeństwa, m.in.: nałogi, agresję, przemoc.

Koniecznym jest, aby w ramach ścieżki edukacyjnej wychowania prozdrowotnego wprowadzić elementy wiedzy z zakresu zarządzania sobą w czasie, by ukazać młodzieży, ile tego czasu z całodobowej aktywności wykorzystane jest w sposób nie konstruktywny i nie zgodny z zasadami higieny życia.

W kontaktach rówieśniczych dominują rekreacyjne formy spędzania czasu wolnego.

Zarówno dziewczęta jak i chłopcy preferują spotkania z przyjaciółmi i ze znajomymi (92,9%). Popularną aktywnością towarzyską są serwisy społecznościowe (87,6%) i spacer (74,7%). Prawie $\frac{3}{4}$ młodzieży przeznacza wolny czas na uprawianie sportu, a połowa na granie w gry komputerowe. „Nicnierobienie” – spanie, leżenie, odpoczywanie – stanowi preferowaną formę spędzania czasu wolnego dla ponad $\frac{3}{4}$ badanej młodzieży. Zaskakuje brak tendencji do podejmowania społecznych inicjatyw. Sposoby spędzania czasu różnią się w zależności od płci. Dziewczęta wyraźnie chętniej niż chłopcy spędzają wolny czas w serwisach społecznościowych, na spacerach, spotkaniach towarzyskich i na koncertach. Częściej interesują się również aktywnościami artystycznymi. Można zauważyć, że dziewczęta znacznie chętniej niż chłopcy rezygnują z jakiegokolwiek aktywności i mając wolną chwilę – odpoczywają. Natomiast do bardziej męskich niż kobiecych sposobów spędzania czasu wolnego zalicza się uprawianie sportu i - w jeszcze większym stopniu - granie w gry komputerowe [por. Bobrowski K., 2007; Boczkowska M., 2015; Ostaszewski K., 2017].

W badaniach zdrowia dzieci i młodzieży często przedmiotem analiz są zachowania ryzykowne, które stanowią bezpośrednio lub w dłuższej perspektywie zagrożenie dla zdrowia. Wśród małopolskiej młodzieży zaobserwowano tendencję do podejmowania zachowań związanych z paleniem papierosów i piciem alkoholu. Dokonano zatem oceny skali zjawisk ryzykownych dla zdrowia. Uczniowie deklarują, że pierwszego papierosa zapalili w wieku 12,7 lat. Do palenia tytoniu w chwili badania przyznało się (32,3%) chłopców i (29,8%) dziewcząt. W grupie chłopców odnotowano większą częstotliwość palenia - aż (13,7%) osób zadeklarowało, że pali papierosy codziennie. Większą skalę zjawiska przedstawiają badania M. Boczkowskiej [2015, s. 118] - w grupie 14-15 latków papierosy paliło (42,9%) uczniów. Badania mokotowskie wskazują na zmniejszenie się wskaźników palenia papierosów przez

młodzież na przestrzeni lat 2004-2016. O ile 2004 roku papierosy paliło codziennie około (12%) piętnastolatków, to w 2016 roku – jedynie (6%). [Sierosławski K, 2017, s. 35]. Badania dowodzą [Kowalewska A., Woynarowska B., Mazur J., 2005, s. 94], że większość dorosłych palaczy rozpoczyna doświadczenia z tytoniem między 13. a 15. rokiem życia. Z tych młodocianych osób, zdaniem autorek blisko połowa zostanie nałogowymi palaczami. Dlatego tak bardzo potrzebne są działania prowadzące do ograniczenia palenia tytoniu - głównie działania edukacyjno-informacyjne w postaci kampanii społecznych, medialnych oraz akcji prozdrowotnych. Szczególnie ważna w tym zakresie jest edukacja dzieci i młodzieży, aby wyeliminować lub opóźnić proces inicjacji tytoniowej. W walce z ograniczeniem konsumpcji tytoniu nie traci na znaczeniu poszerzanie działań mających na celu zmiany postaw palaczy. Ważne jest wspieranie osób podejmujących starania prowadzące do zerwania z nałogiem. Chodzi przede wszystkim o wzmocnienie motywacji do rzucenia palenia, a także tworzenie, szczególnie w najmłodszych grupach wiekowych, np. mody na niepalenie, aby młode osoby nie postrzegały palenia papierosów jako przejawu dorosłości i powodu do dumy. „Nie Spal się na Starcie” to nazwa najnowszej antynikotynowej kampanii społecznej, realizowanej przez Fundację Aflofarm pod honorowym patronatem Ministra Edukacji Narodowej, Instytutu Zdrowia Narodowego Centrum Zdrowia Publicznego i Higieny, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Głównym jej celem jest promowanie postaw antynikotynowych wśród młodzieży w wieku 12-16 lat, a zwłaszcza walka z sięganiem po pierwszego papierosa. Ta ogólnopolska kampania realizowana jest za pomocą spotów telewizyjnych i radiowych, filmu edukacyjnego skierowanego do młodzieży, strony internetowej oraz mediów społecznościowych m.in. Facebooka. Należy zauważyć, że mimo obowiązującego zakazu palenia, problem ten jest nadal obecny w przestrzeni publicznej, w szczególności na przystankach komunikacji miejskiej. Dlatego miejsca te powinny stanowić przestrzeń do komunikacji konsekwencji związanych z paleniem tytoniu..

Z raportu przygotowanego dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego [2017, s. 43] wynika, że za najskuteczniejsze czynniki ograniczające palenie tytoniu Polacy uważają : podniesienie ceny papierosów (65% wskazań); wprowadzenie zakazu palenia w miejscach publicznych - (50%); kampanie społeczne/medialne/programy prozdrowotne - 48%; całkowity zakaz reklamy i promocji wyrobów tytoniowych - (42%); umieszczenie na paczkach papierosów fotografii przedstawiających skutki

używania tytoniu - (35%); zastosowanie leczenia w celu pomocy w rzuceniu palenia - (28%); wprowadzenie jednolitych opakowań papierosów - (17%); wprowadzenie zakazu produkcji papierosów mentolowych i typu slim - (15%).

Napoje alkoholowe stały się najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, po którą sięga się częściej niż po papierosy czy narkotyki [Sierosławski J, 2015, s .19]. Polskie badania pokazują, że około (50%) chłopców i (40%) dziewcząt deklaruje, że upiło się pierwszy raz przed ukończeniem 16-ego roku życia, około (20%) przyznaje się do abstynencji, blisko (20%) ujawnia, że w swoim przekonaniu pije alkohol ponadnormatywnie [Mazur J., i in, 2011; Oleszkowicz A., i Senejko.A., 2013]. Wśród przyczyn tego zjawiska wskazuje się liberalizację norm zachowania, dostępność alkoholu, wpływ i nacisk grupy rówieśniczej, której uczestnicy sami piją alkohol, oraz obecność innych rodzajów uzależnień w środowisku domowym. Spożywanie alkoholu samo w sobie nie jest niczym zagrażającym. Ryzyko pojawia się wówczas, gdy po etanol sięga się coraz częściej i w coraz młodszym wieku. Do picia alkoholu przyznało się 38,9% małopolskich uczniów. Dziewczeta po alkohol sięgnęły wcześniej niż chłopcy, bo wieku 13, 1 lat. Mimo przepisów prawnych zakazujących spożywania alkoholu przed ukończeniem 18-u lat, część młodzieży nadużywa go pijąc często lub epizodycznie upijając się. Odnotowano zjawisko tzw. „binge drinking” - część uczniów przyznaje (2,8%), iż kilka razy w życiu zdarzyło im się upić, aż do utraty pamięci. Małopolska młodzież najczęściej sięga po piwo i napoje zawierające alkohol, wino i wódka nie są popularne w tej grupie badanych. Za główne przyczyny, sięgania po alkohol, młodzież uznała: nadzieję na udaną zabawę, chęć odprężenia się, pragnienie bycia bardziej towarzyskim, zapomnienie o problemach oraz fakt picia alkoholu przez rówieśników. Większą skalę zjawiska odnotowano w badaniach CBOS - Młodzież 2018, gdzie odsetek młodzieży której zdarzyło się upić co najmniej trzykrotnie, wynosił (13%) [Malczewski A., 2019, s.241]. Korzystniejsze wyniki uzyskano w badaniach mokotowskich w 2016 roku, gdzie odsetek uczniów pijących alkohol w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem kształtował się na poziomie 28% i był najniższy w historii badań [Okulicz-Kozaryn K, Borucka A., 2017, s. 43].

Pozytywne zmiany jakie zachodzą w zakresie picia alkoholu w populacji młodzieży badacze wiążą ze zmianą stylu ich życia, polegającego na korzystaniu w coraz większym stopniu z nowych technologii [za: Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., 2017, s. 52]. Co w znacznym stopniu ogranicza kontakty towarzyskie poza domem,

na rzecz tych, które mają miejsce w wirtualnej rzeczywistości. Badacze [Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., 2017; Bobrowski K., 2017; Malczewski A., 2019], wskazują jednocześnie na „stałą” grupę podwyższonego ryzyka związanego z upijaniem się w gronie rówieśników i pijących samotnie. Alkohol w ich przypadku może być sposobem radzenia sobie z problemami. Grupa ta powinna zostać objęta działaniami profilaktycznymi, które mają naukowe podstawy i legitymują się potwierdzoną w badaniach skutecznością. Należy pamiętać, że nawet najlepszy program profilaktyczny nie zastąpi rozsądnego, odpowiedzialnego wychowania przez rodziców, którzy w zakresie picia alkoholu powinni świecić własnym przykładem.

Polityka państwa wobec alkoholu, nie jest już tak przejrzysta i zdecydowana jak w przypadku wyrobów tytoniowych i narkotyków.

Należy mieć na uwadze, że wszelkie działania antyalkoholowe adresowane do młodych ludzi, muszą uwzględniać inne grupy społeczne. Młode pokolenie przejmuje od dorosłych postawy wobec alkoholu, a także wzorce jego picia jakie w danej chwili panują w społeczeństwie. Dlatego, aby zmienić postawy, zachowania i zwyczaje środowiskowe panujące w całym społeczeństwie, konieczne jest stworzenie bezpiecznego klimatu społecznego tak, aby młode pokolenie mogło prowadzić zdrowe i efektywne życie. Skuteczną strategią wobec alkoholu w odniesieniu do młodych osób może okazać się: podniesienie wieku uprawniającego do jego zakupu; wzmocnienie kontroli nad produktami alkoholowymi; całkowity zakaz reklamy produktów alkoholowych; wyższe podatki nałożone na alkohol; odpowiedzialność karna sprzedawców; niższy poziom dozwolonej zawartości alkoholu we krwi dla młodych kierowców; a także wyrywkowe kontrole alkomatowe. Wyższy poziom skuteczności polityki wobec alkoholu wymaga aktywizacji społeczności lokalnych, sprzyjających przepisów i wprowadzania krótkich interwencji wobec osób pijących ryzykowanie [Hope A., 2004].

Kontakt z substancjami psychoaktywnymi deklaruje co trzeci badany uczeń, jednak ich zażywanie nie jest rozpowszechnione wśród małopolskiej młodzieży. Uczniowie najczęściej sięgają po marihuanę. Chłopcy zdecydowanie częściej (17,7%) niż dziewczęta (7,8%). Uzyskane wyniki nie odbiegają od danych uzyskanych w badaniach ogólnopolskich (HBSC) i w badaniach mokotowskich, które jednoznacznie wskazują na dominację przetworów konopi wśród nielegalnych substancji psychoaktywnych używanych przez dorastającą młodzież [Sierosławski K., 2015; Woynarowska B., 2015; Malczewski A., 2016]. Wysoką popularność

marihuany wśród uczniów zdaniem K. Ostaszewskiego [2017, s. 34] przypisać należy kilku czynnikom, wśród których można wymienić:

- publiczne dyskusje na temat legalizacji marihuany,
- wykorzystywanie haseł legalizacji marihuany w kampaniach wyborczych niektórych partii politycznych w Polsce,
- zmianę statusu prawnego tego narkotyku w Czechach,
- debaty społeczne o korzyściach marihuany i przetworów konopi w leczeniu niektórych schorzeń. Czynniki wyżej wymienione wpływają na coraz większą społeczną akceptację używania tego narkotyku, co odzwierciedla się w postawach młodzieży wobec tej substancji psychoaktywnej. W badaniu własnym wykazano dość niedecydowaną postawę uczniów w określaniu marihuany jako narkotyku. W badaniu wyodrębniono również grupę młodzieży, głównie dziewcząt deklarujących zażywanie różnych leków w celu odurzenia się. K. Ostaszewski [2017, s. 35] podkreśla, że w badaniach nad zachowaniami ryzykownymi młodzieży, obserwowany jest systematyczny wzrost odsetka młodzieży, która używa leków- głównie nasennych i uspokajających - w celu odurzenia się. Ta wzrostowa tendencja dotyczy szczególnie dziewcząt, wśród których prawie 30% używało tego leku przynajmniej raz w ostatnim roku, a około 8% przynajmniej kilkanaście razy. Zdaniem autora przyczyną częstego sięgania po leki, jest z jednej strony łatwa do nich dostępność, z drugiej wszechobecna reklama farmaceutyków na którą zezwolono w 1994 roku. Istotne znaczenie w tym zakresie ma również brak wiedzy na temat działania i negatywnych następstw stosowanych leków [Nabors L., i in., 2004; Hansen D., i in., 2008; Shehnaz S., i in., 2014].

Walka z narkotykami winna polegać na całkowitym ich wyeliminowaniu z życia społecznego, co pozwoliłoby na ograniczenie negatywnych konsekwencji zdrowotnych związanych z ich zażywaniem. Niezbędnym jest prowadzenie skutecznych działań profilaktycznych przez wyspecjalizowane kadry, oraz stworzenie młodym osobom odpowiednich wzorców życia. Mówiąc o działaniach profilaktycznych, warto przybliżyć dwa programy wspierane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) : „*Unplugged*” i „*FreD goes net*”. Ocena programu „*Unplugged*” wykazała pozytywny jego wpływ na zmniejszenie spożycia konopi i alkoholu poprzez minimalizowanie pozytywnych przekonań i postaw dotyczących substancji uzależniających oraz zwiększenie poziomu wiedzy i kompetencji wśród rodziców [Malczewski A., 2019, s. 32-35].

Przemoc w większości przypadków narusza nie tylko normy społeczne, ale także normy moralne oraz normy prawne. Warto więc zwrócić uwagę na rolę katechezy w procesie kształtowania i umacniania w środowisku młodzieży określonych wartości.

Przemoc i dręczenie są dość powszechnym zjawiskiem wśród małopolskiej młodzieży. Ponad $\frac{1}{4}$ badanych uczniów zadeklarowała, że uczestniczy w dręczeniu swoich kolegów i koleżanek, co świadczy o skali tego zjawiska. Agresorami w badanej grupie częściej są chłopcy, ofiarami obie płcie. Można powiedzieć, że równouprawnienie dotyczy także niepokojących zjawisk społecznych. Bójki na terenie szkoły i poza nią są zdecydowanie domeną chłopców.

Podobną skalę zjawiska przedstawiono w badaniach mokotowskich z 2016 roku. Udział w przemocy wobec innych na terenie szkoły cechował (24%) badanych uczniów, w tym (30%) chłopców i (18%) dziewcząt [Bobrowski K., 2017, s 63-64].

Jednym z istotnych działań profilaktycznych wobec przemocy w szkole jest wspomaganie uczniów w odnalezieniu własnego systemu wartości, wzmacnianie więzi emocjonalnych w środowisku rodzinnym, pomoc w kształtowaniu zdolności komunikacyjnych czy umiejętności radzenia sobie ze stresem. Zapobieganie przemocy, to także budowanie w uczniu poczucia własnej wartości oraz kształtowanie w nim umiejętności uzewnętrzniania własnych uczuć i podejmowania odpowiedzialnych decyzji. Wśród sposobów przeciwdziałania agresji w szkole należy wymienić: omawianie przyczyn gniewu i wrogości, ćwiczenie umiejętności pokojowego rozwiązywania konfliktów, modelowanie zachowania nieagresywnego, rozwijanie umiejętności prowadzenia negocjacji, a także sprzyjanie rozwojowi empatii i asertywności.

Nieodzownym elementem oddziaływań profilaktycznych jest edukacja prawna, czyli uświadamianie uczniom, że przemoc i agresja są niezgodne z obowiązującymi przepisami i pociągają za sobą szereg sankcji. Ważne jest, by uczeń zdawał sobie sprawę z tego, jakie negatywne konsekwencje spotkają go, jeśli będzie przejawiał agresywne zachowania.

Jedną ze skutecznych metod wychowawczych którą należy wykorzystać dla prawidłowej socjalizacji młodzieży, to szeroko rozumiana zorganizowana aktywność fizyczna tzw. wychowanie poprzez sport [Vogt-Kostecka M., Drożdżikowski D., 2018, s. 22]. Zajęcia sportowe oddziałują pozytywnie na zdrowie fizyczne dzieci i młodzieży, a jego dobry stan jest czynnikiem chroniącym je przed wieloma problemami społecznymi i psychicznymi, Dają możliwość przeżywania pozytywnych emocji i uczą

metod rozładowania emocjonalnego w społecznie akceptowany sposób. Rozwijają umiejętności niezbędne w codziennym życiu - samokontrolę, wytrwałość, silną wolę, zdolność komunikacji i współdziałania, radzenie sobie z konfliktami, opanowywanie emocji, akceptację zależności od innych czy przestrzegania reguł. Stanowią opcję dla narzuconej społecznie ścieżki budowania kariery poprzez wiedzę, która nie zawsze jest dostępna dla wszystkich dzieci [za: Vogt-Kostecka M, Droździkowski D, 2018, s. 26]. Pozwalają odnosić sukcesy i budować pewność siebie, mimo porażek w nauce szkolnej. Badania E. Zimnej-Walendzik i F. Szatko przeprowadzone w 2009 na stu wychowankach przebywających w placówkach wychowania resocjalizacyjnego, w wieku 13-19 lat, dowodzą, że wśród osób systematycznie ćwiczących zaobserwowano istotnie mniejszy odsetek młodzieży przejawiającej agresywne zachowania i sięgającej po używki - typu papierosy czy narkotyki, w porównaniu z populacją preferującą siedzący tryb życia [2012, s. 67-70]. Sprzyjać temu mogą odmienne nawyki higieniczne, inna filozofia życia, większa dbałość o zdrowie, a przede wszystkim lepsza tolerancja organizmu na wysiłek.

Zdaniem M. Boczkowskiej [2015, s. 105], zorganizowane zajęcia sportowe stanowią alternatywę zaspakajającą te potrzeby, które skłaniają młode osoby do sięgania po różnego rodzaju używki, między innymi potrzebę „ekscytujących” doznań czy akceptacji grupy rówieśniczej.

Zakończenie i wnioski końcowe

Wśród zachowań związanych ze zdrowiem pojawiają się zarówno działania ukierunkowane na zdrowie tzw. zachowania prozdrowotne, stanowiące niejako funkcję protekcyjną, jak i zachowania niekorzystne dla zdrowia, tzw. ryzykowne. Udowodniono [Currie C., i in., 2012], że zachowania pierwszej grupy wykazują spadek wraz z wiekiem jednostki, podczas gdy zachowania drugiej grupy mają tendencję do wzrostu, szczególnie w przedziale wiekowym 13–15 lat. Do zachowań niekorzystnych dla zdrowia, którym w obecnych czasach należy poświęcić szczególną uwagę, jest niewątpliwie sedenteryjny tryb życia. Niska codzienna aktywność fizyczna, oraz bierny sposób spędzania czasu wolnego, stanowią jedną z przyczyn współczesnego problemu, który urasta do poziomu globalnej epidemii czyli nadwagi i otyłości, występującej nie tylko w populacji osób dorosłych, ale także wśród dzieci i młodzieży [Haugh E., i in., 2006, s. 14-21].

Aktywność fizyczna jest jedną z głównych determinantów zdrowia, zaraz po odżywianiu. Jej niezastąpiony wpływ na zdrowie, od lat akcentuje Światowa Organizacja Zdrowia w swoich oficjalnych wytycznych. W strategii ogłoszonej w 2015 roku, dotyczącej aktywności fizycznej dla regionu Europy na lata 2016 - 2025, zwrócono uwagę na profilaktyczną funkcję ruchu, jaką pełni on we wszystkich grupach wieku, a szczególnie w okresie adolescencji. Liczne badania naukowe potwierdzają dobroczynny wpływ aktywności fizycznej na ograniczenie występowania wielu chorób, zwłaszcza tych cywilizacyjnych: otyłości [Inchley J., i in., 2017], cukrzycy [Sigal J., i in., 2018], czy chorób układu krążenia [Ahmad T., Testani M. J., 2017]. Równolegle podkreśla się znaczenie aktywności ruchowej dla wzmacniania zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego [Petty K., i in., 2009]. Podkreśla się, że osoby podejmujące regularną aktywność fizyczną mają wyższe poczucie własnej wartości [Spruit A., i in., 2016], mniej się stresują [Kremer P., i in., 2014] oraz mają lepsze relacje społeczne [Howie L., i in., 2010]. Aktywność fizyczna zdaniem M. Schneider i in., [2008] nie tylko wpływa na dobre samopoczucie jednostki, ale jest zarazem inwestycją w przyszłe jej zdrowie.

W pracy analizowany jest okres, w którym młodzież dojrzewa i kształtuje swoją świadomość. Wśród charakterystyki tego okresu, wywierającego niewątpliwie znaczący wpływ na zdrowie i samopoczucie, wymienia się między innymi: zauważalne zmiany biologiczne i społeczne (w tym intensywny proces nauczania drogą obserwacji

zachowań innych osób), większą otwartość na zmianę stylu życia, kształtowanie się wielu zachowań zdrowotnych wiążących się z zachorowalnością i umiarkowaniem na różnorodne choroby w przyszłości, znaczną wrażliwość wobec sytuacji stresujących, wysoką aktywność w poszukiwaniu ekscytujących bodźców mogącą prowadzić do zachowań niebezpiecznych dla zdrowia. [Sawyer S. M., i in., 2012; Hanson M.D., Chen E., 2007; Haug E., i in., 2006]. W nawiązaniu do wymienionych powyżej szans i zagrożeń jakie niesie ten etap życia w budowanie i pomnażanie zdrowia, słusznym wydaje się określenie go, jako fundamentu przyszłego zdrowia. Także Światowa Organizacja Zdrowia postrzega ten okres rozwoju, jako wiek wielu możliwości dla przedsięwzięć mających na celu budowanie zdrowego i świadomego w tym zakresie społeczeństwa [Sawyer S. M., i in., 2012]. Dlatego niezbędnym wydaje się, stałe monitorowanie zachowań młodzieży związanych ze zdrowiem, zwłaszcza tych z grupy zachowań ryzykownych, aby móc określić czynniki chorojowe, jak i predysponujące przed ich podejmowaniem.

Celem niniejszych badań, była próba ukazania związku między poziomem aktywności i sprawności fizycznej a zachowaniami pro i antyzdrowotnymi podejmowanymi przez nastoletnią młodzież.

Podjęto także próbę określenia związku między poziomem aktywności i sprawności fizycznej a umiejscowieniem zdrowie w hierarchii wartości młodzieży szkolnej.

Aby zrealizować powyższy cel przyjęto teoretyczno-empiryczny model pracy zakładający: przeprowadzenie badań w środowisku szkolnym, analizę ilościowo-jakościową przeprowadzonych badań, porównanie wyników z danymi uzyskanymi w badaniach HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), a także weryfikację założonych problemów badawczych. W celu ocenienia skali zjawiska związanego z podejmowanymi przez młodzież zachowaniami zdrowotnymi zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W tym celu wykorzystano Międzynarodowy Kwestionariusz HBSC, rozszerzony o pytania własne.

Umiejscowienie zdrowia pośród wartości i symboli szczęścia oraz sposób jego definiowania zbadano za pomocą Kwestionariusza Listy Kryteriów Zdrowia i Kwestionariusza Listy Wartości Osobistych autorstwa Z. Juczyńskiego.

W pierwszej kolejności starano się odpowiedzieć na postawione badawcze pytanie: jakie zachowania o charakterze pro i antyzdrowotnym prezentuje badana młodzież szkolna.

Szczegółowa analiza zachowań związanych ze zdrowiem, podejmowanych przez badanych uczniów skłania do refleksji i sformułowania następujących wniosków:

1. Poziom aktywności fizycznej badanej młodzieży jest zatrważająco niski.

Należy stwierdzić, że tylko niewielki odsetek badanych nastolatków podejmuje aktywność fizyczną, zarówno umiarkowaną jak i intensywną na rekomendowanym poziomie. Częstość podejmowania aktywności fizycznej związana jest istotnie z płcią badanych uczniów.

Zalecenia co do umiarkowanej aktywności fizycznej (MVPA) spełnia jedynie 8,3% badanych nastolatków, co stanowi mniej niż jedną dziesiątą badanej grupy. Średnia ilość dni, w których młodzież jest aktywna fizycznie przez co najmniej 60 minut wynosi 4,4 dnia, co jednoznacznie wskazuje, że dla większości badanych uczniów, lekcje wychowania fizycznego są jedyną formą aktywności fizycznej w ciągu tygodnia.

Intensywną aktywność fizyczną (VPA) w wymiarze zgodnym z zaleceniami WHO, w zakresie liczby dni (co najmniej 4 razy w tygodniu) podejmuje zaledwie $\frac{1}{4}$ badanych nastolatków (25,7%), a w zakresie liczby godzin (co najmniej 4 godziny w tygodniu), jedynie co ósmy badany Małopolanin (12,8%). Dziewczeta na tle chłopców wypadają znacznie gorzej. Rekomendowaną intensywną aktywność fizyczną w zakresie liczby dni, podejmuje (15,5%) mniej dziewcząt niż chłopców, a w zakresie liczby godzin, (5%) mniej dziewcząt niż chłopców.

Wyniki z badań własnych są mniej korzystne w porównaniu z danymi badań HBSC z 2018 roku, gdzie odnotowano wyższy odsetek nastolatków, spełniających powyższe rekomendacje. W badaniu HBSC (13,3%) piętnastolatków spełnia rekomendacje WHO odnośnie aktywności podtrzymującej zdrowie, a w przypadku VPA (18%). Średnia ilość dni w tygodniu przeznaczana na umiarkowaną aktywność fizyczną w badaniu HBSC w grupie piętnastolatków wynosi 3,9 dnia .

Analizując dane z badań HBSC z 2014 i z 2018 roku, można zauważyć negatywny trend, czyli zmniejszanie się odsetka młodzieży (w wieku 11-15 lat) spełniającej zalecenia WHO odnośnie umiarkowanej aktywności fizycznej z (24,2%) do (17,2%) i intensywnej aktywności fizycznej (z 40,5% do 33,1%) [za: Kleszczewska D., Dzielska A., 2018, s. 87-91].

2. Nastolatki coraz więcej czasu wolnego spędzają przed ekranem i monitorem

Istnieją duże różnice w korzystaniu z nowoczesnych technologii zależne od dni tygodnia i płci badanych uczniów. W dniach zajęć szkolnych filmy i programy telewizyjne długo (trzy godziny i więcej) ogląda (33,1%), badanej młodzieży, a bardzo długo (pięć godzin i więcej) (5%). W dniach wolnych od zajęć szkolnych odsetek uczniów unieruchomionych przed ekranem telewizora ulega znacznemu podwyższeniu (odpowiednio 34,8% i 22,1%). Chłopcy (34,6%) częściej niż dziewczęta (31,5%) w dni szkolne długo oglądają filmy i programy telewizyjne. Sytuacja ta zmienia się w dniach weekendu, kiedy to dziewczęta częściej niż chłopcy, długo (37,4% vs. 31,9%) i bardzo długo (26% vs. 17,7%) oglądają filmy i programy telewizyjne.

W dniach zajęć szkolnych w gry komputerowe i na konsoli długo gra co trzeci (31%), a bardzo długo co dwudziesty (4,9%) badany nastolatek. W dniach weekendu odsetki te ulegają zwiększeniu (odpowiednio 47,0% i 10,1%). Chłopcy zdecydowanie częściej niż dziewczęta długo (trzy godziny i więcej) przebywają przed ekranem monitora grając w gry komputerowe, zarówno w dni nauki szkolnej (37,4% vs. 16,3%) jak i w dni weekendu (55,7% vs. 32,3%).

W dniach zajęć szkolnych z urządzeń mobilnych korzysta długo (29,4%) i bardzo długo (19,0%) badanych nastolatków, a w dniach weekendu odpowiednio (31,5% i 33,5%). W grupie dziewcząt odsetek osób długo i bardzo długo przebywających w „sieci” wynosi w dniach nauki szkolnej (31,4% i 21,9%) a w dniach weekendu 35,8% i 35,0%) i jest wyższy niż w grupie chłopców o (4,4% i o 6,6%) oraz o (9,5% i o 3,4%).

Skala zachowań sedenteryjnych w badaniu własnym jest niższa w porównaniu z wynikami uzyskanymi w badaniu HBSC z 2018 roku, gdzie długo i bardzo długo programy telewizyjne i filmy w dni nauki szkolnej ogląda (60,8% i 17,8%) nastolatków. W dniach weekendu odsetek ten wzrasta do (82,6% i 43,4%). Chłopcy częściej niż dziewczęta w dniach nauki szkolnej długo oglądają filmy i programy telewizyjne (62,7% vs. 58,8%).

W gry komputerowe w dniach nauki szkolnej długo i bardzo długo gra (33,7% i 9,5%) badanych nastolatków. W dniach weekendu odsetek ten wzrasta do (56,3% i 27,6%). Chłopcy zdecydowanie częściej niż dziewczęta długo grają w gry PC zarówno w dni nauki szkolnej (42,8% vs. 19,0%) jak i w dni weekendu (77,3% vs. 36,0%) W „sieci” długo i bardzo długo przebywa (56,1% i 25%) badanych nastolatków.

W dniach weekendu odsetek ten ulega zwiększeniu do (65,5% i 46,2%). W grupie dziewcząt odsetek osób długo korzystających z urządzeń elektronicznych w dni szkolne wynosi (64,4%), a w dni weekendu (73,7%) i jest wyższy niż w grupie chłopców (o 16,8% i o 16,6%) [za: Woynarowska B., 2018, s. 95-101].

3. W rodzinach przeważają bierne formy spędzania wolnego czasu

Analizując ilość i jakość czasu wolnego spędzanego przez uczniów w wspólnie z rodzicami, należy stwierdzić, iż w rodzinach badanych nastolatków przeważają bierne jego formy. Zaledwie (28,3%) uczniów deklaruje, że spędza swój czas wolny z rodzicami aktywnie na spacerach, wycieczkach czy innych zajęciach ruchowych .

4. Rozwój fizyczny badanej grupy nie odbiega od w normy dla wieku i płci

Analiza wybranych parametrów rozwoju fizycznego badanych nastolatków wskazuje na prawidłową średnią wartość BMI. Prawidłową wagę posiada (76,6%) badanych uczniów.

Odnotowano jednak skrajne wartości świadczące o otyłości i wychudzeniu, które występują zarówno w grupie chłopców, jak i w grupie dziewcząt. U dziewcząt częściej niż u chłopców występuje zarówno niedowaga (9, 2% vs. 8,9%) jak i otyłość (3,6% vs. 1,6%).

W badaniach własnych uzyskano korzystniejsze wyniki niż w badaniu HBSC z 2018 roku, gdzie prawidłową wagą ciała charakteryzuje się (67,8%) nastolatków, w tym (62,5%) chłopców i (72,7%) dziewcząt. W grupie dziewcząt częściej występuje niedobór masy ciała (19,3% vs. 14,3%), w grupie chłopców nadwaga (19% vs. 6,4%) i otyłość (4,1% vs. 1,6%) [za: Oblacińska A., 2018, s. 73].

5. Zbyt duży odsetek nastolatków nie spożywa regularnie śniadania i drugiego śniadania

Śniadanie codziennie spożywa zaledwie połowa (56,6%) badanych nastolatków. Chłopcy (66,9%) częściej niż dziewczęta (47,2%) regularnie go spożywają. Nigdy lub prawie nigdy śniadania nie spożywa co dwunasty badany uczeń (7,9,%). To niekorzystne dla zdrowia i funkcjonowania w szkole zachowanie częściej podejmowane jest przez dziewczęta (10,8%) niż przez chłopców (4,8%).

Drugie śniadanie spożywa codziennie zaledwie co ósmy badany uczeń (12,5%). Jedynie co trzeci nastolatek (37,7%) przynosi do szkoły drugie śniadanie przygotowane przez jednego z rodziców. Również co trzeci badany (33,9%) kupuje je w sklepiku szklonym lub w pobliskim sklepie. Chłopcy (15,4%) częściej niż dziewczęta (9,9%) spożywają regularnie drugie śniadanie.

Powyższe wyniki korespondują z danymi uzyskanymi w badaniu HBSC z 2018 roku. Analizując wyniki badań HBSC z 2018 i 2014 roku, zauważono, iż zmniejsza się odsetek nastolatków spożywających codziennie śniadanie zarówno w dni szkolne (z 63,9% do 61,3%), jak i w dni weekendu (z 87,3% do 86,1%), co jest zjawiskiem bardzo niepokojącym [za: Woynarowska B., 2018, s. 112-114].

6. Nastolatki przejawiają nieprawidłowe nawyki żywieniowe dotyczące spożywania owoców i warzyw oraz innych zalecanych grup produktów.

Tylko niewielki odsetek badanej młodzieży spożywa owoce i warzywa w rekomendowanej ilości. Tylko niewiele ponad połowa badanych nastolatków spożywa owoce (64,9%) i warzywa (53,2%) codziennie. Spożywanie owoców i warzyw na zalecanym poziomie częściej charakteryzuje dziewczęta niż chłopcy. Różnica na korzyść dziewcząt odnośnie spożywania owoców wynosi (11,4%), a warzyw (15,1%). Także spożycie innych produktów, w tym mleka i jego przetworów oraz ciemnego pieczywa nie jest prawidłowe. Zaledwie co drugi badany uczeń spożywa codzienne mleko lub jego przetwory (49,4%), a co czwarty ciemne pieczywo (23%). Dziewczęta rzadziej spożywają nabiał i ciemne pieczywo codziennie.

W badaniu HBSC z 2018 roku, odnotowano niższy odsetek młodzieży spożywającej owoce (33,0%) i warzywa (34,9%) na rekomendowanym poziomie, niż w badaniach własnych [za: Dzielska A., Kleszczewska D., 2018, s. 105-107].

7. Odnotowano zbyt wysokie spożycie słodczy i słodzonych napojów

Prawie połowa badanej młodzieży spożywa codziennie słodczy, a niemal $\frac{1}{3}$ z tą samą częstotliwością pije dosładzane napoje. Dziewczęta częściej codziennie sięgają po słodczy a chłopcy po słodzone napoje.

Dane z badań HBSC z 2018 roku są bardziej optymistyczne, niż wyniki własne. Jedynie co czwarty nastolatek (26,2%) w badaniach ogólnopolskich spożywał słodczy codziennie, a co szósty (16,3%) pił słodzone napoje [za: Dzielska A., Kleszczewska D., 2018, s. 105-107].

8. Dorastająca młodzież, szczególnie dziewczęta zbyt często podejmują groźne dla zdrowia diety redukujące wagę ciała.

Należy podkreślić, że w badanej grupie, prawidłową masą ciała charakteryzuje się (76,6%) nastolatków i nie istnieje obiektywna potrzeba podejmowania działań w celu jej redukcji. Tymczasem odchudza się co piąty badany uczeń (20,4%), a co czwarty (25,3%) dostrzega taką potrzebę. Częstość odchudzania się jest dwukrotnie wyższa w grupie dziewcząt (27,0% vs. 12,9%).

Należy podkreślić, iż nieuzasadnione odchudzanie się w okresie dojrzewania, traktować należy jako zachowanie ryzykowne dla zdrowia, zwłaszcza , gdy dotyczy ono nastoletnich dziewcząt.

Wyniki własne korespondują z danymi uzyskanymi w badaniu HBSC z 2018 roku. Analizując dane badań HBSC z 2014 i 2018 roku, zauważa się, nieznaczne obniżenie odsetka młodzieży odchudzającej się (z 23,6% do 20,8%), przy jednoczesnym wzroście odsetka młodzieży uważających, że powinni podjąć dietę redukującą wagę ciała (z 21,6% do 24,9%) [za: Woynarowska B., 2018, s. 120-123].

9. Młodzież wykazuje niedostatki w zakresie higieny jamy ustnej.

Zdrowie jamy ustnej jest istotnym elementem ogólnego stanu zdrowia i dobrego samopoczucia. Wpływa na jakość życia, stan fizyczny i psychiczny, wygląd i relacje międzyludzkie, zarówno w dzieciństwie, jak i młodości .

Zaledwie niewiele ponad połowa nastolatków myła zęby zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (69,4%), tzn. częściej niż jeden raz dziennie. Dbłość o higienę jamy ustnej była istotnie lepsza u dziewcząt niż u chłopców.

Uzyskane wyniki własne korespondują z danymi z badań HBSC z 2018 roku. Analizując dane z 2014 i 2018 roku, zauważono, że higiena jamy ustnej młodzieży szkolnej nieznacznie się poprawiła. Wykazano 3% poprawę w stosunku do 2014 roku (z 66,1% do 69,1%) [za: Radiukiewicz K., 2018, s. 126-127].

10. Młodzież wykazuje tendencję do podejmowania szkodliwych dla zdrowia zachowań związanych:

✓ z paleniem tytoniu

Palenie tytoniu często jest pierwszym antyzdrowotnym zachowaniem podejmowanym przez nastolatków. Wczesny wiek inicjacji nikotynowej zwiększa ryzyko uzależnienia się i kontynuowania tego zachowania w dorosłym życiu, jak również podejmowania innych zachowań niekorzystnych dla zdrowia.

W badanej grupie uczniów, aż $\frac{1}{3}$ deklaruje palenie papierosów, w tym co trzeci chłopiec i prawie co trzecia dziewczyna .W grupie uczniów palących, aż $\frac{1}{3}$ badanych, deklaruje, że pali papierosy codzienne .Chłopcy (42,5%) częściej niż dziewczęta (35,7%) deklarują codzienne ich palenie. Średnia wieku inicjacji nikotynowej w badanej grupie wynosi 12,7 lat.

Mniejszą skalę zjawiska odnotowano w badaniu HBSC z 2018 roku. W grupie piętnastolatków papierosy codziennie paliło (10,3%) uczniów. Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych zależnych od płci.

Analizując dane z 2014 i 2018 roku, zauważono, obniżenie się odsetek młodzieży (11-15 lat) palących papierosy codziennie (z 7,2% do 3,3%) [za: Kowalewska A., 2018, s. 132-134]

✓ **z piciem alkoholu**

W badanej grupie, aż $\frac{1}{3}$ młodzieży deklaruje, że w swoim krótkim życiu próbowała już alkoholu. Co trzeci chłopiec i co trzecia dziewczyna sięgnęła już po alkohol. Średnia wieku inicjacji alkoholowej w badanej grupie wynosi 13, 2 lat. W grupie uczniów sięgających po alkohol, prawie co dziesiąty nastolatek deklaruje, że doświadczył stanu upojenia alkoholowego.

Większą skalę zjawiska odnotowano w badaniu HBSC z 2018 roku, gdzie ponad połowa piętnastolatków (63,4%) przyznaje, że w swoim życiu próbowała już alkoholu, w tym (66,3%) dziewcząt i (60,2%) chłopców. W badaniach ogólnopolskich, aż (16,8%) nastolatków deklaruje, że w swoim krótkim życiu doświadczyło już stanu upicia się. Dziewczęta (35,4%) częściej niż chłopcy (29,1%) doświadczyły tego stanu [za: Kowalewska A., 2018, s. 136-137].

✓ **ze spożywaniem marihuany**

Palenie marihuany, obok palenia papierosów i picia alkoholu jest dość popularnym zachowaniem podejmowanym przez nastolatków, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych [Hubel A., i in., 2015, s. 73-75].

W badanej grupie uczniów kontakt z narkotykami deklaruje $\frac{1}{3}$ uczniów. Jest to najczęściej marihuana. Próby jej palenia zadeklarowało (12,5%) młodzieży. Chłopcy częściej niż dziewczęta podejmują próby jej palenia. Średnia wieku inicjacji narkotykowej w badanej grupie uczniów wynosi 14 lat.

Nieznacznie większą skalę zjawiska odnotowano w badaniu HBSC z 2018 roku. Próby palenia marihuany/haszyszu miało za sobą (14,5%) piętnastolatków. Nie stwierdzono różnic zależnych od płci badanej młodzieży [za: Kowalewska A., 2018, s. 139-140].

11. Przemoc i dręczenie jest częstym zjawiskiem występującym w małopolskiej szkole.

Co piąty małopolski nastolatek deklaruje, że doznał dręczenia ze strony swoich kolegów i koleżanek w szkole. A co czwarty przyznaje, że uczestniczył w dręczeniu innych. O ile agresorami częściej są chłopcy, to ofiarami obydwie płcie.

Wyniki własne korespondują z danymi uzyskanymi w badaniu HBSC z 2018 roku, gdzie prawie co trzeci nastolatek uczestniczył (27,0%), a co szósty (17,9%) doświadczał rówieśniczej przemocy w szkole, przynajmniej 1 raz w ostatnich dwóch miesiącach. Chłopcy (32,4%) częściej niż dziewczęta (22,1%) biorą udział w zastraszaniu rówieśników. Analizując dane z 2014 i 2018 roku, można zauważyć, spadek uczestnictwa w szkolnej przemocy rówieśniczej (z 31,3% do 27,4%) [za: Malinowska-Cieślak M., Małkowska-Szkutnik Ag., 2018, s. 152-154]

12. Młodzież zbyt często uczestniczy w bójkach

Co trzeci małopolski uczeń deklaruje, że bierze czynny udział w bójkach. Chłopcy trzykrotnie częściej niż dziewczęta, inicjowali i brali w nich udział .

Mniejszą skalę zjawiska odnotowano w badaniu HBSC z 2018 roku, gdzie w bójkach uczestniczył co czwarty badany piętnastolatek. Chłopcy brali w nich udział dwukrotnie częściej niż dziewczęta (37,7% vs. 16,1%) [za: Malinowska-Cieślak M., 2018, s. 163-164].

13. Zdrowie stanowi jedną z najcenniejszych wartości jakie deklarują badani nastolatki.

Zauważyć należy, że w dobie szybkich zmian jakie zachodzą niemal w każdej dziedzinie życia, systemy wartości również ulegają ustawicznej transformacji. Pewne wartości zanikają, a w ich miejsce pojawiają się inne, wyznaczające nową jakość zachowań.

„Dobre zdrowie” to jeden z najczęściej wybieranych symboli szczęścia, zaraz po „udanym życiu rodzinnym” i „dużym kręgu przyjaciół”. Dobre zdrowie, utożsamiane najczęściej ze sprawnością fizyczną i psychiczną, znalazło się na wysokiej drugiej pozycji wśród wszystkich dziesięciu wartości osobistych.

13. Zdrowie przez nastolatków utożsamiane jest najczęściej jako wynik pewnych zachowań podejmowanych na jego rzecz, takich jak: niepalenie papierosów czy unikanie pica alkoholu lub picie go w niewielkich ilościach, a także unikanie innych szkodliwych używek, w tym marihuany.

Należy zauważyć, iż badania przeprowadzone w niniejszej pracy powinny mieć charakter cykliczny, aby móc obserwować i określać tendencje zmian jakie zachodzą wraz z wiekiem badanych uczniów, a zarazem z upływem czasu. Podejmowanie badań o zbliżonej tematyce ma istotne znaczenie dla dyskursu jaki toczy się wokół problematyki związanej z trudnym wiekiem dorastania, jakim jest okres wczesnej adolescencji.

Po osiągnięciu celu poznawczego, dokonano oceny poziomu aktywności i sprawności fizycznej. Za pomocą testu przesiewowego Moderate to Vigorous Physical Activity i metody Functional Movement Screen, wyodrębniono trzy poziomy aktywności fizycznej oraz trzy poziomy sprawności fizycznej. Określono je jako poziom wysoki, przeciętny i niski.

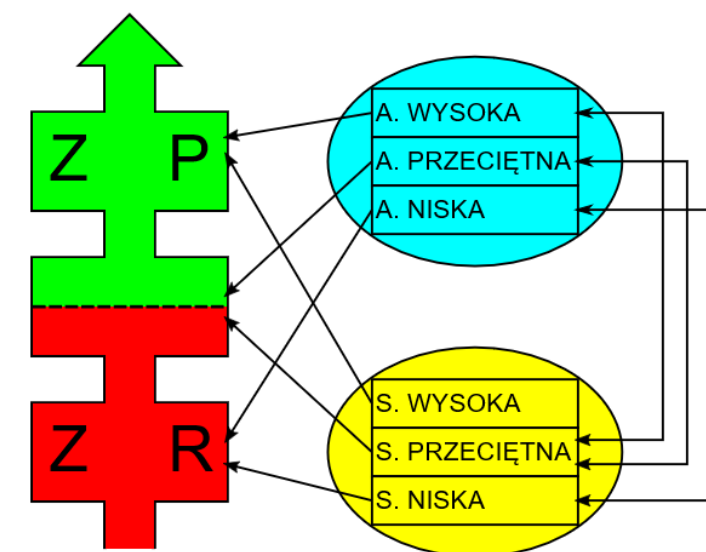
Kolejno za sprawą analiz statystycznych, w tym rozkładu chi kwadrat, starano się określić związki między podejmowanymi zachowaniami o charakterze pro i antyzdrowotnym, a poziomem aktywności i sprawności fizycznej badanych uczniów. Uzyskane wyniki pozwoliły na przyjęcie bądź odrzucenie założonych hipotez roboczych.

Hipoteza pierwsza zakładała, iż poziom aktywności i sprawności fizycznej ma związek z realizowanymi zachowaniami związanymi ze zdrowiem w obszarze: aktywności fizycznej, sposobami spędzania czasu wolnego, odżywiania, higieny, stosowania używek oraz przemocy szkolnej.

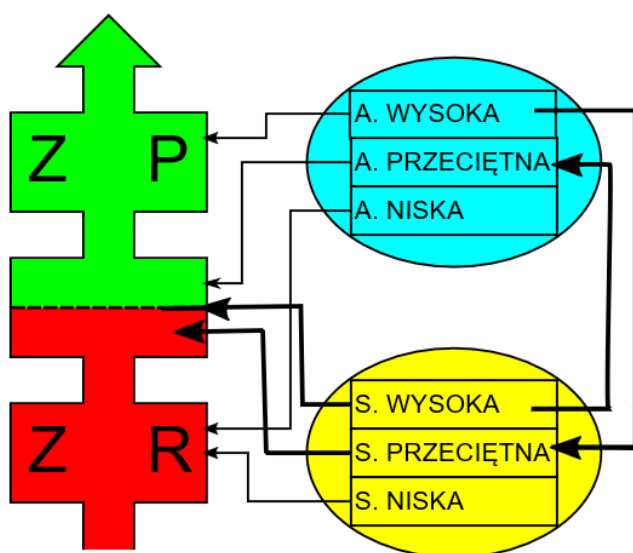
Im wyższy poziom aktywności i sprawności fizycznej, tym częściej podejmowane będą zachowania o charakterze prozdrowotnym.

Im niższy poziom aktywności i sprawności fizycznej tym częściej będą podejmowane zachowania o charakterze destrukcyjnym dla zdrowia [Schemat A].

Wyniki uzyskane na podstawie Kwestionariusza Health Behaviour in School aged Children (HBSC), wskazują, iż poziom aktywności i sprawności fizycznej w istotny sposób różnicował podejmowanie zachowań o charakterze pro i antyzdrowotnym.



A



B

A-aktywność fizyczna; S-sprawność fizyczna; Z.P-zachowania prozdrowotne; Z.R-zachowania ryzykowne

Schemat A - przedstawia teoretyczny model postawionych hipotez

Schemat B - przedstawia zmiany jakie uzyskano w obrazie hipotez

Z badania wynika, iż młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej, jako jedyna z badanych grup, podejmowała aktywność fizyczną tzw. podtrzymującą zdrowie (MVPA) na poziomie zalecanym przez WHO (7 dni po 60 minut). Częściej także w porównaniu z rówieśnikami z niskim jej poziomem, podejmowała na rekomendowanym poziomie intensywną aktywność fizyczną (VPA), zarówno zakresie

liczby dni (4 dni w tygodniu), jak i liczby godzin (4 godziny w tygodniu). Częściej również uczestniczyła we wszystkich lekcjach wychowania fizycznego i podejmowała dodatkowe pozaszkolne zajęcia sportowe.

Badania wykazały, iż uczniowie z wysokim poziomem aktywności fizycznej istotnie krócej przebywali przed ekranem monitora, zarówno w dni nauki szkolnej, jaki i w dni weekendu.

Rzadziej deklarowali codzienne spożywanie słodczy, dań typu fas-food, czy picie słodzonych napojów. Rzadziej również w porównaniu z rówieśnikami z niskim poziomem aktywności fizycznej sięgali po papierosy i substancje narkotyczne typu marihuana/ haszysz [Schemat B].

W przeciwieństwie do nich, młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej w takim samym stopniu podejmowała zachowania sprzyjające zdrowiu, jak i jemu szkodzące. Skala zachowań antyzdrowotnych była w tej grupie badanych uczniów stosunkowo wysoka. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej wykazywała istotne braki w zakresie aktywności fizycznej, zarówno tej umiarkowanej, codziennej (MVPA), jak i intensywnej (VPA). Także nawyki związane z odżywianiem, nie były prawidłowe. Uczniowie często zapominali zjeść śniadanie przed wyjściem do szkoły. Nie przynosili do szkoły również drugiego śniadania, ani nie kupowali go w szkolnym sklepiku. Młodzież ta częściej od swoich rówieśników z niskim jej poziomem sięgała codziennie po słone przekąski i dania typu fast-food, rzadziej natomiast spożywała słodczy i słodzone napoje. Uczniowie z wysokim poziomem sprawności fizycznej częściej za to spełniali zalecenia WHO odnośnie ilości czasu przebywania przed ekranem monitora, zarówno w dni nauki szkolnej, jak i w dni weekendu. Młodzież ta częściej sięgała po używki – papierosy, alkohol i marihuanę. Jednak ilość wypalanych papierosów i wypitego alkoholu była mniejsza, niż w grupie uczniów z niskim jej poziomem. Młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej rzadziej w porównaniu z rówieśnikami z niskim jej poziomem uczestniczyła w dręczeniu innych oraz w bójkach [Schemat B].

Założona hipoteza badawcza o istnieniu związku między wysokim poziomem aktywności i sprawności fizycznej, a podejmowaniem zachowań prozdrowotnych, zdrowiu sprzyjających może zostać pozytywnie zweryfikowana tylko w odniesieniu do aktywności fizycznej. Nie potwierdziła się w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej.

Hipoteza druga zakładała, iż poziom aktywności i sprawności fizycznej związany jest ze sposobem definiowania zdrowia.

Uczniowie, których cechuje wysoki poziom aktywności i sprawności fizycznej częściej będą określać (definiować) zdrowie jako proces (zależny od podejmowanych przez jednostkę zachowań – warunkowanie behawioralne).

Uczniowie, których charakteryzuje niski poziom aktywności i sprawności fizycznej zdrowie - częściej będą traktować jako stan (niezależny od nich - warunkowanie genetyczne).

Wyniki uzyskane na podstawie Kwestionariusza Listy Kryteriów Zdrowia (LKZ) wskazują, że poziom aktywności i sprawności fizycznej nie różnicuje w sposób istotny definiowania zdrowia.

Niemniej zauważalna jest tendencja do określania zdrowia przez uczniów z wysokim poziomem aktywności fizycznej jako wyniku pewnych działań związanych z przejawianiem troski o nie, a identyfikowanych z wdrażaniem i utrwalaniem prawidłowych nawyków w obszarze odżywiania („należy się odżywiać”), higieny („dbać o wypoczynek, sen”) a także eliminowaniem używek („nie palić tytoniu”, „pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale”). Wydaje się, że osoby z wysokim poziomem aktywności fizycznej częściej utożsamiają zdrowie z jego behawioralnymi uwarunkowaniami. Posiadają też większą świadomość dotyczącą wpływu codziennych zachowań na ich zdrowie.

W przeciwieństwie do nich, młodzież z wysokim poziomem sprawności fizycznej wykazuje tendencję do określania zdrowia jako stanu, na który nie mają wpływu (uwarunkowanie genetyczne) i utożsamianego z „brakiem odczuwania dolegliwości fizycznych”, oraz „umiejętnością cieszenia się z życia”. Świadczy to o pewnej właściwości zdrowia, ale nie warunkuje zdrowia jako takiego. Zaobserwowano, że młodzież ta ma tendencję do przypisywania niskiej wartości średniej wagi takim kryteriom zdrowia, jak - unikanie palenia papierosów, czy picia alkoholu. Wskazuje to pośrednio, iż młodzież ta nie wiąże zdrowia z jego behawioralnym uwarunkowaniem, czyli ze swoimi codziennymi zachowaniami zdrowotnymi.

Założona hipoteza badawcza o istnieniu związku między wysokim poziomem aktywności i sprawności fizycznej a definiowaniem zdrowia jako procesu zależnego od podejmowanych zachowań zdrowotnych, może zostać pozytywnie zweryfikowana tylko

w odniesieniu do aktywności fizycznej. Nie potwierdziła się w odniesieniu do poziomu sprawności fizycznej

Hipoteza trzecia zakładała, iż poziom aktywności i sprawności fizycznej ma związek z umieszczeniem zdrowia w osobistej hierarchii wartości. Uczniowie, z wysokim poziomem aktywności i sprawności fizycznej, wyżej będą cenić zdrowie w kategorii wartości i symboli szczęścia osobistego.

Wyniki uzyskane na podstawie Kwestionariusza Listy Wartości Osobistych (LWO) wskazują, iż poziom aktywności i sprawności fizycznej nie różnicuje w istotny sposób miejsca zdrowia w strukturze wartości i symboli szczęścia osobistego. Niemniej zauważalna jest tendencja do przypisywania wyższej wartości zdrowiu przez młodzież z wysokim poziomem aktywności fizycznej. Takiej tendencji nie zaobserwowano u młodzieży z wysokim poziomem sprawności fizycznej, która zdrowiu jako wartości osobistej i symbolowi szczęścia przypisała niższe wartości średniej wagi niż młodzież z niskim jej poziomem.

Założona hipoteza badawcza o istnieniu związku między wysokim poziomem aktywności i sprawności fizycznej, a miejscem zdrowia w strukturze wartości i symboli szczęścia osobistego może zostać pozytywnie zweryfikowana tylko w odniesieniu do aktywności fizycznej. Nie potwierdziła się natomiast w odniesieniu do sprawności fizycznej.

W świetle uzyskanych wyników należy uznać, iż wysoki poziom aktywności fizycznej jest predyktorem zachowań o charakterze prozdrowotnym i motywacji do podejmowania takich zachowań. Stanowi także fundament na którym można budować prozdrowotny styl życia.

Trudno jest wskazać badania krajowe, do których można by było odnieść otrzymane wyniki. Stosowanie niejednorodnej metodologii badań w tym obszarze, uniemożliwia porównanie otrzymanych wyników.

Zaprezentowane w niniejszej pracy wyniki badań uprawniają do wysnucia praktycznych wniosków dotyczących zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku adolescencji:

1. Niezbędne jest podjęcie działań na rzecz promocji zdrowia wśród młodzieży - zarówno w środowisku rodzinnym, szkolnym jak i rówieśniczym. Działania te powinny obejmować :

- ✓ programy profilaktyczne popularyzujące ruch i zajęcia o charakterze sportowym,
- ✓ programy profilaktyczne dotyczące ryzyka uzależnień,

- ✓ programy psychoedukacyjne podejmujące tematykę zaburzeń odżywiania dzieci i młodzieży, w tym dziewcząt w okresie dojrzewania,
- ✓ programy profilaktyczne wzmacniające poczucie koherencji i własnej skuteczności,
- ✓ szerzenie wiedzy na temat zasad zdrowego stylu życia,

w powyższych programach należy uwzględnić różnice międzypłciowe w adaptacji zachowań związanych ze zdrowiem.

Wysiłki edukacyjne w pierwszej kolejności powinny być ukierunkowane na zmniejszenie lub prewencję sedenteryjnego trybu życia, szczególnie wśród dziewcząt, dlatego :

2. Konieczne jest przygotowanie ciekawej (bezpłatnej) oferty zajęć sportowo – rekreacyjnych dla młodzieży i ich rodzin w szkołach i społecznościach lokalnych.

- ✓ Warto mieć tu na uwadze prawidłowość, że wzorce i nawyki dzieci czerpią najskuteczniej od najbliższych dorosłych, czyli rodziców, zatem kluczowe jest zaktywizowanie całych rodzin i tworzenie warunków do wspólnego uczestnictwa w sporcie dla wszystkich, co poza zdrowotnym, ma także wymiar integracyjny i sprzyja wzmocnieniu więzi rodzinnych. Bogata oferta zajęć sportowych może stanowić skuteczną alternatywę dla podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia. Ważnym jest, aby w programach popularyzujących ruch i zajęcia o charakterze sportowym uwzględniać rodziny o niskim statusie ekonomicznym.

3. Wskazane jest udostępnianie lokalnych i szkolnych terenów oraz obiektów sportowych w dniach wolnych od nauki szkolnej (szczególnie w pierwszy dzień weekendu).

4. Konieczne jest wdrażanie uczniów, nauczycieli i rodziców w promowanie i poznawanie nowych form ruchu, poprzez organizowanie cyklicznych imprez, spotkań, pokazów czy warsztatów.

5. Konieczne jest, aby nauczyciele wychowania fizycznego uczynili większy użytek z potencjału tego przedmiotu w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych - dzięki umieszczeniu treści edukacji zdrowotnej w nowej podstawie programowej.

- ✓ Wychowanie Fizyczne oparte na koncepcji sprawności fizycznej ukierunkowanej na zdrowie (ang. *health--related fitness*), oraz personalistycznej koncepcji wychowania, stwarza fundament pod kształtowanie nawyku całodziennego aktywności fizycznej. Zatem lekcje wychowania fizycznego

powinny rozwijać zainteresowania i postawy uczniów, oraz wspomagać budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby jako uczestnika aktywności fizycznej o charakterze rekreacyjnym, sportowym czy turystycznym.

W kontekście tym szczególnego znaczenia nabierają wiedza i praktyczne umiejętności (nie tylko ruchowe), których wykorzystanie w życiu uzależnione jest od stopnia rozbudzenia świadomości w zakresie troski o zdrowie i ciało.

5. Wskazane jest, aby nauczyciele wychowania fizycznego diagnozowali, a nie oceniali sprawność fizyczną.

- ✓ Pomiar sprawności fizycznej nie powinien stanowić kryterium oceny z wychowania fizycznego. Może być pomocny jedynie do wskazywania mocnych i słabych stron ucznia w zakresie jego sprawności – w celu planowania jej dalszego rozwoju. Założenia nowej podstawy programowej nie wykluczają wykonywania testów sprawnościowych, jednakże ich wyniki, powinny być jedynie źródłem informacji dla ucznia na temat stanu i zmian jego sprawności. Rolą nauczyciela jest wskazanie uczniowi słabych obszarów jego sprawności oraz sposobów jej doskonalenia. Zadaniem nauczyciela jest wyposażanie ucznia w narzędzia do jej samokontroli, samodoskonalenia i samousprawniania.

Sprawność fizyczna to sfera rozwoju mocno zróżnicowana osobniczo i jako taka jest trudna do obiektywnej oceny. Ze względu na silne uwarunkowania genetyczne i duże indywidualne różnice w tempie dojrzewania biologicznego, uczeń nie zawsze ma wpływ na poziom swoich możliwości ruchowych, co często rodzi trudności z odniesieniem osiągniętego wyniku do norm dla wieku i płci. Poczucie niesprawiedliwości (braku obiektywności) oceny za wynik uzyskany w teście sprawności, niejednokrotnie nieoddającej rzeczywistego wysiłku wkładanego w wykonanie zadania, jest często bezpośrednią przyczyną obniżonej motywacji do aktywności fizycznej, a w konsekwencji rezygnacji z udziału w lekcjach wychowania fizycznego.

Przy ustalaniu oceny końcowej z przedmiotu, należy wziąć pod uwagę wysiłek wkładany przez ucznia w czasie zajęć, systematyczność jego udziału w tychże zajęciach, oraz aktywność w działaniach podejmowanych na rzecz kultury fizycznej.

6. Wskazane jest, aby rodzice większym stopniu uczestniczyli w organizowaniu wolnego czasu swoich dzieci i dawali im dobry przykład w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu.

- ✓ Wspólne zajęcia w czasie wolnym scalają rodzinę, pogłębiają zaufanie oraz

więz dziecka z rodzicami. Wspólnie spędzony czas umożliwia zaspokajanie potrzeb dziecka, tj. miłości, akceptacji czy zrozumienia. Sposoby spędzania czasu wolnego przez rodziców znacząco przyczyniają się do kształtowania zainteresowań oraz ulubionych form rozrywki i zajęć ich dzieci. Szczególne znaczenie mają zajęcia fizyczno-ruchowe, które nie tylko korzystnie wpływają na zdrowie i rozwój dziecka, ale również przyzwyczajają dziecko do aktywnego spędzania czasu wolnego w życiu dorosłym.

7. Konieczne jest, aby nauczyciele i rodzice większym stopniu wykorzystali zaangażowanie młodego pokolenia w nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne do promowania zachowań ukierunkowanych na zdrowie, oraz monitorowania codziennej aktywności fizycznej

✓ Chodzi tu między innymi o urządzenia elektroniczne w postaci inteligentnych zegarków, elektronicznych opasek pomiarowych czy aplikacji na smartfony, które służą planowaniu i monitorowaniu i codziennej aktywności fizycznej, a które należy uwzględniać i wykorzystywać w promowaniu aktywnego stylu życia.

8. Wskazane jest spopularyzowanie w szkołach metody FMS (Functional Movement Screen), jako przydatnego i prostego narzędzia diagnozującego prawidłowe wzorce ruchowe oraz funkcjonalną sprawność fizyczną młodzieży.

9. Wszelkie nakłady poniesione w popularyzowanie aktywności fizycznej, należy traktować jako szeroko rozumianą promocję i prewencję zdrowia, a także sprzyjanie postawom prospołecznym.

✓ Upowszechnianie podejmowania aktywności fizycznej nie tylko obniża koszty przeznaczane na opiekę zdrowotną, ale przede wszystkim pozytywnie oddziałuje na jednostkę, zwiększając jej innowacyjność, efektywność i kreatywność.

10. W aspekcie społecznym „aktywność fizyczną należy traktowana jako obowiązek społeczny i biologiczny nakaz” [za: Bielski J., 2012, s. 215].

Przedstawiona praca z pewnością nie wyczerpuje podjętej w niej, złożonej problematyki. Dostarcza jednak ciekawych prawidłowości i analiz porównawczych na podstawie analiz ilościowo-jakościowych danych pochodzących z szerzej zakrojonych badań Health Behaviour in School-aged Children.

Wnioski zawarte w niniejszym opracowaniu skierowane są do osób, dla których podjęta problematyka jest szczególnie ważna : rodziców, pedagogów, nauczycieli, lokalnych władz.

Autor pracy żywi nadzieję, iż zawarte w niniejsze pracy przesłanki staną się pożytecznym narzędziem w podejmowaniu działań na rzecz zdrowia młodzieży szkolnej i promowaniu prozdrowotnego stylu życia, w tym aktywnego stylu życia .

Bibliografia

Ahmad T., Testani M. J., (2017): *Physical activity prevents obesity and heart failure*, Heart Failure, 5, s. 385–387.

Ajzen I., (1991): *The theory of planned behavior*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, 2, s. 179–211.

Ananth M., (2008): *In defense of the evolutionary concept of health. Nature norms and human biology*, Ashgate Publishing, London.

Andersen R. E., (2000): *Przeciwdziałanie otyłości, regularne ćwiczenia czy aktywny styl życia. Jaki rodzaj aktywności fizycznej należy zalecać osobom otyłym*, Medycyna po Dyplomie, 9, s. 196–202.

Anderson P., (2009): *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., (2008): *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich – kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, Lublin, s. 26–34.

Andrzejewska M., Szark-Eckardt M., Żukowska H., Zukow W., (2013): *Impact of physical activity on the health of young people and high school in Nakło nad Notecią*, Journal of Health Sciences, 3 (12), s. 181–182.

Antonovsky A., (1996): *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, Health Promotion International, 1, s. 11–18.

Antonovsky A., (2005): *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Wydawnictwo Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Armstrong N., (2004): *European children are fit and active, fact or fiction?*, [w:] *Young Peoples Lifestyles and Sedentariness*, red. N. Armstrong, EU Conference, Essen, s. 6–7.

Badora B., Kolbowska A., Lutostański M., i in., (2008): *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. Młodzież 2008*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.

Badura B., (1995): *What is and What Determines Health*, [w:] *Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe*, red. U. Laaser, E. de Leeuw, Ch. Stock, Juventa Verlag, Munchen.

Bajcar E., Abramciów R., (2011): *Zachowania zdrowotne – rola zmiennych poznawczych w procesie formowania intencji zmiany zachowania*, Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych, Tom LXIV, s. 175–185.

Banaszkiewicz A., Andruszkiewicz A., (2008): *Zachowania zdrowotne*, [w:] *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo*

i położnictwo, Tom I, Teoretyczne podstawy promocji zdrowia, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, M. Basińska, Wydawnictwo „Czelej”, Lublin.

Bandura A., (2004): *Health promotion by social–cognitive means*, Health Education & Behavior, 2, s. 143–164.

Bandura A., (2007): *Teoria społecznego uczenia się*, Wydawnictwo PWN, Warszawa, s. 52.

Barankiewicz J., (1998): *Leksykon wychowania fizycznego i sportu szkolnego*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, s. 11.

Baranowska A., (2016): *Zachowania ryzykowne młodzieży*, Journal of Education, Health and Sport, 6 (6), s. 517–530.

Bardziejewska M., (2005): *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A. I. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk, s. 345–377.

Bartoszewicz R., (2011): *Aktywność ruchowa młodzieży gimnazjalnej z południowo-zachodniej Polski na tle wybranych ośrodków europejskich*, seria Studia i Monografie, nr 101, Wydawnictwo AWF we Wrocławiu, s. 60.

Baxter M., (2009): *Zdrowie*, przeł. M. Okła, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.

Bee H., (2004): *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań.

Bejma U., (2013): *Prozdrowotne style życia w świadomości współczesnego społeczeństwa polskiego*, Studia nad Rodziną, rok XVII, nr 33, s. 465–480.

Belsky J., Steinberg L., Draper P., (1991): *Childhood experience, interpersonal development and reproductive strategy: An Evolutionary Theory of Socialization*, Child Development, 62 (4), s. 647–670.

Berge J., (2009): *A review of familiar correlates of child and adolescents obesity: What has the 21st Century taught us so far?* International Journal of Adolescent Medicine and Health, 21 (4), s. 457–483.

Bętkowska–Korpała B., Piasecka B., Rynia J., (2009): *Jak uchronić dziecko przed czynnym i biernym paleniem tytoniu? Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej, Warszawa.

Bielewicz A., Moskalewicz J., (1986): *Historia społeczno–kulturowa alkoholu*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, A. Bielewicz, Warszawa.

Bielski J., (2012): *Podstawowe problemy teorii wychowania fizycznego*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

Biernat E., (2011): *Aktywność fizyczna mieszkańców Warszawy na przykładzie wybranych grup zawodowych*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.

Biernat E., Piątkowska M., (2017): *Rekreacyjna aktywność Polaków na tle Europy*, Raport dla Departamentu Analiz i Polityki Sportowej Ministra Sportu i Turystyki, Warszawa.

Bishop G. D., (2000): *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo „Astrum”, Wrocław.

Blömeke S., Herzig B., (2009): *Schule als gestaltete und zu gestaltende Institution -ein systematischer Überblick über aktuelle und historische Schultheorien*, [w:] *Handbuch Schule. Theorie-Organisation-Entwicklung*, red. S. Blömeke, Th. Boh, L. Haag, G. Lang–Wojtasik, W. Sacher, Klinkhardt, Bad Heilbrunn, Stuttgart.

Bloomgarden Z. T., (2004): *Type 2 diabetes in the young*, *Diabetes Care*, t. 27, s. 998–1010.

Bobrowski K., (2005): *Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania problemowe młodzieży gimnazjalnej. Zmiany pomiędzy 14 a 16 rokiem życia*, *Alkoholizm i Narkomania*, t. 18, nr 1–2, s. 27–38.

Bobrowski K., (2006): *Zdrowie psychiczne i zachowania ryzykowne 15-latków, badania mokotowskie*, *Alkoholizm i Narkomania*, t. 19, nr 3, s. 225–242.

Bobrowski K., (2007): *Czas wolny a zachowania ryzykowne młodzieży*, *Alkoholizm i Narkomania*, t. 20, nr 3, s. 267–287.

Bobrowski K., (2008): *Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych*, *Alkoholizm i Narkomania*, t. 21, nr 4, s. 341–362.

Bobrowski K., (2017): *Symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego*, [w:] *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych, problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży*, red. K. Ostaszewski, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, s. 55–76.

Bobrowski K., Czabała J. C., Brykczyńska C., (2005): *Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (4), s. 284–292.

Bochenek A., Grabowiec A., (2013): *Odżywianie i Aktywność Fizyczna jako elementy stylu życia młodzieży licealnej*, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, t. XXXII, s. 202–213.

Boczkowska M., (2015): *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie–Skłodowskiej, Lublin.

Boczkowska M., (2016): *Wartości osobiste preferowane przez młodzież gimnazjalną a wybrane wskaźniki socjodemograficzne*, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, t. 35, zeszyt 3, s. 223–240.

Bombol M., (2008): *Czas wolny jako kategoria diagnostyczna procesów rozwoju społeczno-gospodarczego*, SGH, Warszawa, s. 19–20.

Booth M. L., (2000): *Assesment of Physical Activity: An International Perspective*, *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71, s. 114–120.

Borowiec A., Lignowska I., (2012): *Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce?* *Kultura i Społeczeństwo*, t. 56, nr 3, s. 95–111

Borucka A., Okulicz–Kozaryn K., (1999): *Pozytywne oczekiwania wobec picia alkoholu a konsumpcja alkoholu przez młodzież. Analiza koncepcji i przykłady badań*, „*Alkoholizm i Narkomania*”, 1 (34), s. 23–42.

Borucka A., Pisarska A., Bobrowski K., (2014): *ABC szkolnej profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży*, „*Świat Problemów*” nr 1, s. 5–11.

Borzucka–Sitkiewicz K., (2006): *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

Borzucka–Sitkiewicz K., Sas–Nowosielski K., (2007): *Stosowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół śląskich – zasięg, skutki, przeciwdziałanie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

Bouchard C., Shephard R. J., (1994): *Physical activity, fitness and health: The model and key concepts*, [w:] *Physical activity, fitness and health: International proceedings and consensus statement*, red. C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, Champaign (III), Human Kinetics Publishers, s. 77–88.

Bouchard C., Blair S. N., (2007): *Why study physical activity and health?* [w:] *Physical Activity and Health*, red. C. Bouchard, S. N. Blair, W. Haskell, Champaign (IL), Human Kinetics Publishers.

Bouchard C., Blair S. N., Haskell W., (2012): *Physical activity and health, 2nded*, Champaign (IL), Human Kinetics Publishers, s. 18.

Boynton–Jarret R., Thomas T. N., Peterson K.E., i in., (2003): *Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents*, *Pediatrics*, 112, s. 1321–1326.

Braczkowska B., Cyran W., Braczkowski R., (2008): *Problemy zdrowotne młodzieży szesnastoletniej–uczniów szkół ogólnokształcących w Oświęcimiu*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, nr. 89, s. 359–366.

Bratland–Sanda S., Sundogot–Borgen J., (2012): *Symptom of eating disorder, drive for muscularity and physical activity among Norwegian adolescent*, *European Eating Disorders Review*, 20, s. 287–293.

Broonen A., de Vries N., de Ruiter S., i in., (2010): *Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach*, Przewodnik HEPS, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.

Bryła M., Kulbacka E., Maniecka–Bryła I., (2011): *Rola telewizji w kształtowaniu zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Część II. Zachowania prozdrowotne*, *Hygea Public Health*, t. 46, nr 2, s. 230–234.

Brzezińska A., Appelt K., Ziółkowska B., (2016): *Psychologia rozwoju człowieka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Sopot.

- Brzeziński J., (1999): *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa.
- Buciora–Wojtyła P., (2011): *Badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży licealnej i ich rodziców w celu poznania możliwości optymalizacji programów edukacyjnych i działań z zakresu promocji zdrowia*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny.
- Buciora–Wojtyła P., Żukiewicz–Sobczak W., Wojtyła K., Marcinkowski J. T., (2015): *Sposób żywienia uczniów szkół podstawowych w powiecie kaliskim, w opinii dzieci i ich rodziców*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, t. 96, nr. 1, s. 245–253.
- Buczak A., (2013): *Zachowania żywieniowe gimnazjalistów i studentów w kontekście wpływu społecznego*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, t. 19, nr. 2, s. 116–122.
- Buczak A., (2014): *Zachowania żywieniowe młodzieży w perspektywie edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie–Skłodowskiej w Lublinie.
- Bukowiec M., (2010): *Zwolnienia lekarskie z zajęć wf-u porażką pedagogiczną rodziny, szkoły i służby zdrowia*, [w:] *Uczestnictwo w kulturze fizycznej wyzwaniem naszych czasów*, red. B Zawadzka, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce, s. 267–270.
- Buksińska–Lisik M., Lisik W., Zaleska T., (2006): *Otyłość, choroba interdyscyplinarna*, *Przewodnik Lekarza*, nr. 1, s. 72–77.
- Bytniewski M., (2011): *Ocena aktywności fizycznej studentów Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej*, [w:] *Paradygmaty współczesnej kultury fizycznej i zdrowotnej*, red. A. Kaźmierczak, A. Maszorek–Szymala, A. Kowalska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Cabak A., Woynarowska B., (2004): *Physical activity of youths aged 11–15 years in year 2002 in Poland and other countries*, *Journal Physical Education and Sport*, 48, s. 361–366.
- Camero M., Hobbs C., Stringer M., i in., (2012): *A review of physical activity interventions on determinants of mental health in children and adolescents*, *Int J Ment Health Promot*, 14 (4), s. 196–206.
- Capra F., (1987): *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*, tłum. E. Woydyło, PIW, Warszawa, s. 365.
- Caspersen C. J., Powell K. E., Christenson G. M., (1985): *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*, *Public Health Reports*, 100, s. 126–131.
- Cavallo F., Dalmaso P., Ottová–Jordan V., i in., (2015): *Trends in life satisfaction in European and North–American adolescents from 2002 to 2010 in over 30 countries*, *European Journal of Public Health*, 25 (suppl. 2), s. 80–82.
- Chabros E., Charzewska J., (2008): *Poziom aktywności fizycznej i jej formy wśród współczesnej populacji dzieci i młodzieży*, [w:] *Zasady prawidłowego żywienia dzieci*

i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, red. M. Jarosz, IŻiŻ, Warszawa, s. 179–189.

Chabros, E., Charzewska J., Rogalska–Niedźwiedź M., i in., (2008): *Mała aktywność fizyczna młodzieży w wieku pokwitaniowym sprzyja rozwojowi otyłości*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89 (1), s. 58–61.

Charzewska J., Wajszczyk B., Chabrom E., i in., (2003): *Uczestnictwo młodzieży w wieku pokwitania w pozalekcyjnych zajęciach sportowych w aspekcie biologicznych i społecznych uwarunkowań*, [w:] *Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania*, red. A. Dąbrowskiego, AWF–Warszawa, Płock, s. 27–35.

Charzewska J., Chabos E., (2008): *Rola aktywności fizycznej i jej wpływ na prawidłowy rozwój fizyczny i stan zdrowia. Ile powinna wynosić optymalna aktywność ruchowa ucznia dziennie i dlaczego?* [w:] *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, red. M. Jarosz, IŻiŻ, Warszawa, s. 189–203.

Charzewska J., Chwojnowska Z., (2008): *Rola witamin i składników mineralnych w żywieniu dzieci i młodzieży*, [w:] *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, IŻiŻ, Warszawa, s. 53.

Charzewska J., Wojszczyk B., (2008): *Co powinna zawierać prawidłowa, zbilansowana dieta? Rola urozmaiconej diety*, [w:] *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, red. M., Jarosz, IŻiŻ, Warszawa, s. 27–45.

Charzewska J., Wolnicka K., (2013): *Szkoła i przedszkole przyjazne żywieniu i aktywności fizycznej. Poradnik dla nauczycieli*, IŻiŻ, Warszawa.

Chłapowska J., (2014): *Stomatologiczne problemy jamy ustnej dzieci i młodzieży*, X Wojewódzka Konferencja Szkół Promujących Zdrowie.

Chłapowska J., (1992): *Sterowanie dietą dziecka w profilaktyce przeciwpróchnicowej*, Pozn. Stomat., s. 115–119.

Cichocki M., (2012): *Napoje energetyzujące – współczesne zagrożenie zdrowotne dzieci i młodzieży*, *Przegląd Lekarski*, 69 (10), s. 854–860.

Ciczowska–Giedziun M., (2002): *Dzieci i młodzież w osiedlu miejskim. Diagnoza i rozwiązania modelowe*, Olsztyn, s. 42.

Cieślukowska J., (2007): *Szkolne zadania z zakresu promocji zdrowia a ogólnopedagogiczne kompetencje nauczycieli do ich podejmowania*, [w:] *Środowisko, zdrowie, człowiek. Pedagogiczne i psychologiczne wymiary zagrożeń życia i rozwoju młodzieży*, red. J. A. Malinowski, A. Zandrecki, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń.

Cockerham W. C., (1995): *Medical sociology*, Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.

Coloroso B., (2002): *The bully, the bullied, and the bystander*, Nowy Jork: Quill. Harper Collins.

- Conner M., Norman P., (2005): *Predicting health behavior*, Open University press, Berckshire.
- Conrad P., (1994): *Wellness as virtue: morality and the pursuit of health*, *Cult Med Psychiatry*, t. 18, 3, s. 385–401.
- Cook E. G., Burton L., Hoogenboom B., (2006): *The use fundamental movements as an assessment of function–Part1*, *North American Journal of Sport Physical Therapy*, 1, s. 62–72.
- Cook G., Burton L., Hoogenboom B., (2006): *The use fundamental movements as an assessment of function–Part 2*, *North American Journal of Sport Physical Therapy*, 1, s. 132–139.
- Cook G., (2010): *Movement, Functional Movement Systems, Screening– Assessment– Corrective Strategies*, USA, Grayson Cook.
- Craig C. L., Marshall A. L., Sjostrom M., i in., (2003): *International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity*, *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 35, s. 1381–1395.
- Cudak H., (2006): *Rodzina nadzieją dla dziecka i społeczeństwa w nauczaniu Jana Pawła II*, [w:] *Jan Paweł II stróżem ludzkiej rodziny*, red. J. Śledzianowski, T. Sakowicz, Kielce.
- Cupiał M., Mastalerz–Migas A., (2013): *Mass media w promocji zdrowego stylu życia*, *Family Medicine & Primary Care Review*, t. 15, nr. 2, s. 83–84.
- Currie C., (2000): *Health and Health Behaviour among Young People, Health Behaviour in School–aged Children: A WHO Cross–National Study (HBSC)*, WHO, Copenhagen.
- Currie C., Zanotti C., Morgan A., i in., (2012): *Social determinants of health and well-being among young people. Key findings Ifrom the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.
- Ćwirlej A., Walicka–Cupryś K., Gregorowicz–Cieślik H., (2005): *Aktywność ruchowa dzieci 10-letnich w czasie wolnym*, *Przegląd Medyczny*, nr 3, s. 262–666.
- Czemierowska–Koruba E., (2014): *Agresja i przemoc w szkole, czyli co powinniśmy wiedzieć, by skutecznie działać*, Wydanie II, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Czerw A., (2012): *Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce*, *Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno–Społecznego, Studia i Prace*, 4 (12), s. 147–157.
- Czerw A., Kościuk, K., Augustynowicz, A., (2014): *Wiek i płeć jako zmienne różnicujące wpływ środków masowego przekazu na poglądy i zachowania zdrowotne– badania własne*, *Media–Kultura–Komunikacja Społeczna*, 10 (4), s. 41–54.
- Dąbrowski Z., (1966): *Czas wolny dzieci i młodzieży*, PZWS, Warszawa, s. 12.

- Dąbrowski Z., (1994): *Pedagogika opiekuńcza w zarysie, część I*, UWM, Olsztyn, s. 114–115.
- Dambach K. E., (2008): *Odwaga cywilna a przemoc w szkole*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk.
- Dandona P., Aljada A., Bandyopadhyay A., (2004): *Inflammation: the link between insulin resistance, obesity and diabetes*, Trends Immunol, 25, s. 4–7.
- Darling N., (2005): *Participation in extracurricular activities and adolescent adjustment: cross-sectional and longitudinal findings*, Journal of Youth and Adolescence, t. 34, 5, s. 493–505.
- Decyk-Chęcel A., (2017): *Zwyczaje żywieniowe dzieci i młodzieży*, Problemy Higieny i Epidemiologii, t. 98, nr 2, s. 103–109.
- Dencikowska A., (2008): *Dystanse społeczne aktywności fizycznej 13–15 letnich chłopców z Rzeszowa*, [w:] *Aktywność fizyczna jako czynnik wspomagający rozwój i zdrowie*, red. A., Dencikowska, S. Drozda, W. Czarny, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, s. 11–14 i 56–64.
- Denisiuk L., Milicerowa H., (1969): *Rozwój sprawności motorycznej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, PZWS, Warszawa.
- Deptuła M., (2006): *Indywidualne ścieżki ryzyka i związana z nimi interwencja profilaktyczna*, [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, red. M. Deptuła, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, s. 158–184.
- Deptuła M., (2013): *Odrzucenie rówieśnicze. Profilaktyka i terapia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Deręgowska J., Majorczyk M., (2015): *Kultura pedagogiczna rodziców i styl życia w rodzinie jako czynniki ochrony zdrowia w rodzinie. Refleksja pedagogiczna*, Pielęgniarstwo Polskie, 2 (56), s. 199–209.
- Dmitruk A., Popławska H., Górniak K., i in., (2014): *The participation of girls and boys from ages 10 to 18 in structured sports and extra-curricular activities in the aspect of social and economic conditions*, Pol J Sport Tourism, 21 (4), s. 240–246.
- Dobosz J., (2014): *Sprawność fizyczna – charakterystyka i uwarunkowanie jej rozwoju*, Lider – Promocja Zdrowia, Kultura Zdrowotna i Fizyczna, 1 (277), s. 15–17.
- Dojna K., (2008): *Przemoc wśród nieletnich*, [w:] *Różne spojrzenia na przemoc*, red. R. Szczepanik, J. Wawrzyniak, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
- Dolińska-Zygmunt G., (2000): *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.

Dolińska-Zygmunt G., (2001): *Behawioralne wyznaczniki zdrowia-zachowania zdrowotne*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, s. 9–16.

Domalewski J., (2013): *System wartości młodzieży gimnazjalnej. Raport z badań przeprowadzonych wśród uczniów klas III gimnazjów województwa kujawsko-pomorskiego*, Bydgoszcz–Toruń.

Domaradzki J., (2013): *O definicjach zdrowia i choroby*, *Folia Medica Lodziensia*, 40/1, s. 5–29.

Domaradzki J., (2013): *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*, *Hygeia Public Health*, 48 (4), s. 408–419.

Drabik J., (1992): *Sprawność fizyczna i jej testowanie u młodzieży szkolnej*, Wydawnictwo Uczelniane AWF, Gdańsk.

Drabik J., (1995): *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa – cz. I*, Wydawnictwo Uczelniane AWF, Gdańsk.

Drabik J., (1996): *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*, Wydawnictwo Uczelniane AWF, Gdańsk.

Drabik J., (1997): *Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako mierniki zdrowia człowieka*, Wydawnictwo: AWFIS, Gdańsk.

Drabik J., (1999): *Aktywność fizyczna w kształtowaniu zdrowia człowieka–korzyści i zagrożenia*, *Wychowanie Fizyczne i Sport*, nr 4, s. 124 –125.

Drabik J., (2009): *Aktywność fizyczna czy aktywność ruchowa?* *Antropomotoryka*, 46, s. 119–123.

Drozdowski R., (2005): *Przeorganizowanie społecznych nierówności*, [w:] *Porządek społeczny a wyzwania współczesności*, red. A. Sakson, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 269–290.

Drygas W., Jegier A., Bednarek–Gejo A., Kostka T., (2005): *Long-term effects of various physical activity levels in preventing obesity an metabolic syndrome in middle-aged men*, *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12, s. 283.

Dubos M., (2016): *Psychologiczne uwarunkowania agresji dzieci i młodzieży. Rodzina–Szkoła–Cyberprzestrzeń–Uzależnienia*. Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie.

Dudkiewicz K., (2004): *Rodzinne wzorce aktywności ruchowej* [w:] *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, red. D. Umiasowska, Wydawnictwo „Albatros”, Szczecin, s. 347–353.

Dweyer J. M., Alison K. R., Goldenberg E. R., i in., (2006): *Adolescent girls perceived barriers to participation in physical activity*, *Adolescence*, 41 (161), s. 75–89.

Dworak A., (2015): *Zdrowie jako determinant ludzkiego potencjału*, Chowanna, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, t.1, nr 44, s. 151–163.

Dybińska E., (2008): *Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej wybranych szkół rzeszowskich w oraz ich postawy wobec lekcji wychowania fizycznego*, [w:] *Dobrostan celem promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*, red. J. Bergier. Neuro–Centrum Lublin, s. 37–44.

Dybińska E., (2009): *Zachowania wolnoczasowe młodzieży licealnej regionu dębickiego w odniesieniu do płci i miejsca zamieszkania*, [w:] *Dobrostan i wsparcie w zdrowiu i chorobie*, red. H. Wiktor, Lublin, s. 47–60.

Dybińska E., Stasik N., (2013): *Zainteresowania aktywnością ruchową w wolnym czasie dzieci i młodzieży w wieku od 12-18 lat z regionu Małopolski w odniesieniu do uwarunkowań osobniczych i społeczno-środowiskowych*, *Zdrowie i Dobrostan*, nr 3, s. 29–52.

Dziak A., (2006): *Urazy i uszkodzenia sportowe narządu ruchu*, [w:] *Medycyna Sportowa*, red. A. Jegier, K. Nazar, A. Dziak, PTMS, Warszawa.

Dziak A., (1990): *Bóle krzyża*. Wydawnictwo: PZWL, Warszawa.

Dzielska A., Kowalewska A., (2014): *Zachowania ryzykowne młodzieży współczesne podejście do problemu*, *Studia Biura Analiz Sejmowych*, 2 (38), s. 141–170.

Dzielska A., (2015): *Spożywanie wybranych produktów*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 144–155.

Dzielska A., (2015a): *Picie alkoholu*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 176–186.

Dzielska A., Kleszczewska D., (2018): *Spożywanie wybranych produktów przez młodzież*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 103–109.

Dziewięcka–Bokun L., (2003): *Eskluzja społeczna jako problem polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna, teksty źródłowe*, red. L. Dziewięcka–Bokun, K. Zamorska, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

Dziukiewicz J., (2018): *Mass media jako przestrzeń kreowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa–dwie strony medalu*, *Media i Społeczeństwo*, nr 9, s. 127–142.

Dziwanska K., (2013): *Wartości cenione przez młodzież–wybrane uwarunkowania społeczno–kulturowe*, *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, nr 7, s. 96–112.

Ekelund U., Anderssen S. A., Froberg K., i in., (2007): *Independent associations of physical activity and cardiorespiratory fitness with metabolic risk factors in children: the European youth heart study*, *Diabetologia*, 50, s. 1832–1840.

Emerich K., Wyszowski J., (2009): *Oral health prevention in view of Polish paediatricians*, Dent Med Probl, 46 (2), s. 157–161.

Fatyga B., Sierosławski J., Zieliński A., Zieliński P., (1999): *Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.

Feliksiak M., Omyła–Rudzka M., Bożewicz M., (2019): *Aktywność fizyczna młodzieży*, [w:] *Młodzież 2018*, red. M. Grabowska, M. Gwiazda, Warszawa.

Fenczyn J., Woźniak M., (2004): *Akceptacja własnego ciała przez osoby w wieku 15–16 i 23–24 lata*, Psychiatria i Psychologia Kliniczna, nr 4, s. 20–33.

Fijałkowska A., red. (2018): *Aktualna ocena poziomu aktywności fizycznej dzieci i młodzieży wieku 3-19 lat w Polsce*, Instytut Matki i Dziecka, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Warszawa.

Floyd P. A., Mimms S. E., Yelding C., (2008): *Personal Health: Perspectives and Lifestyles*, Thomson Learning, Belmont.

Fortuna M., (2012): *Trening zdrowotny w wybranych chorobach kardiologicznych*, Karkonowska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze.

Fuemmeler B. F., Anderson C. B., Mâsse L. C., (2011): *Parent–child relationship of directly measured physical activity*, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8, s. 1–9.

Gacek M., Fiedor M., (2006): *Niektóre zachowania żywieniowe młodzieży w wieku 14–18 lat w czasie wzmożonego wysiłku fizycznego*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 53 (3), s. 17–19.

Gacek M., Rosinski J., Tchórzewski D., (2005): *Zachowania zdrowotne, stan zdrowia i aktywność fizyczna dzieci szkół podstawowych w Zakopanem*, Wychowanie Fizyczne i Sport, 49 (1), s. 45–49.

Gajewski J., Małkowska–Szkutnik A., (2012): *Rodzinne i rówieśnicze czynniki związane z upijaniem się i paleniem tytoniu przez 15 letnią młodzież*, Developmental Period Medicine, XVI, 422, Instytut Matki i Dziecka, Wydawnictwo „Aluna”, Warszawa.

Garcy A. M., Berliner D., (2018): *A critical review of the literature on the relationship between school quality and health inequalities*, Review of Education, 6 (1), s. 40–66.

Garus–Pakowska A., Moczulski R., Drozdowska M., (2012): *Stosowanie dopalaczy przez studentów wybranych łódzkich uczelni. Część I*, Problemy Higieny i Epidemiologii, t. 93, nr 2, s. 350–355.

Gaś Z. B., (1994): *Wspomaganie rozwoju dziecka*, Wydawnictwo Fundacji „Masz Szansę”, Lublin.

Gawęcki J., Roszkowski W., (2009): *Żywność człowieka a zdrowie publiczne*, t. 3, Wydawnictwo PWN, Warszawa.

- Gawęda A., Mrowińska H., (2016): *Aktywność fizyczna młodzieży*, Piel. Zdr. Pub., 6 (2) s. 95–103.
- Gaweł A., (2001): *Edukacja prozdrowotna i możliwości jej optymalizacji w rodzinie i szkole*, [w:] *Kształtowanie postaw czynnych i więzi środowiskowych*, red. Z. Gawlina, Kraków.
- Gaweł A., (2003): *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Gaweł A., (2005): *Teoretyczne konteksty wychowania zdrowotnego*, Kwartalnik Pedagogiczny, nr 2 (196).
- Gaweł A., (2006): *Zdrowie w perspektywie pedagogicznej. Indywidualne wybory i społeczne interesy*, [w:] *Zdrowie-wartość-edukacja*, red. M., Kowalski, A., Gaweł, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 107–213.
- Gaweł A., (2009): *Środowisko psychospołeczne szkoły a zdrowie uczniów*, Kultura i Edukacja, nr 1, s. 92–110.
- Gaweł A., (2014): *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Gaweł A., (2016): *Szkoła i nauczyciel wobec współczesnych wyzwań promocji zdrowia dzieci i młodzieży*, Lubelski Rocznik Pedagogiczny, t. 32, zeszyt 3, s. 137–151.
- Gawlik A., Zachurzok–Buczynska A., Małecka–Tendera E., (2009): *Powikłania otyłości u dzieci i młodzieży*, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 5 (1), s. 19–27.
- Gil R., Dziedziczko A., (2004): *Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby*, Zdr Publ, 114 (2), s. 250–255.
- Gilewicz Z., (1964): *Teoria wychowania fizycznego*, Sport i Turystyka, Warszawa.
- Głębocka A., (2009): *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Głębocka A., Kulbat J., (2003): *Być albo nie być szczupłą. Dylematy autoprezentacyjne młodych kobiet*, Monografie Centrum Studiów Niemieckich i Europejskich im. Willy Brandta.
- Gmyrek–Marciniak A., (2004): *Wpływ warunków ekonomicznych na zdrowie jamy ustnej*, Magazyn Stom, nr 2, s. 70–73.
- Gochman D. S., (1982): *Labels systems and motives: some perspectives on future research*, Health Education Quarterly, nr 2–3, s. 167–174.
- Gochman D. S., (1988): *Health behavior: Plural perspectives*, [w:] *Health behavior: Emerging research perspectives*, red. D. S. Gochman, Plenum Press, New York, s. 3–17.

- Gochman D. S., (1997): *Health behavior research: definitions and diversity*, [w:] *Handbook of health behavior research*, red. D. S. Gochman, Vol. 1, Personal and social determinants, Plenum Press, New York.
- Godin G., Shephard R. J., (1985): *A simple method to assess exercise behavior in the community*, *Can J Appl Sport Sci*, 10, s. 141–146.
- Golan M., Crow S., (2004): *Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems*, *Nutr Rev*, 62 (1), s. 39–50.
- Gołdys A., Derlatka I., Ślifirska O., Tadeusiak-Jeznach K., (2012): *Sport dla wszystkich. Zdrowie dla każdego. Poradnik dla animatorów sportu*, Ludowe Zespoły Sportowe, Warszawa.
- Gołembowska M., (2017): *Adolescencja a zachowania ryzykowne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Göppel R., Hirblinger H., (2010): *Einleitung*, [w:] *Schule als Bildungsort und „emotionaler Raum“*. *Der Beitrag der psychoanalytischer Pädagogik zu Unterrichtsgestaltung und Schulkultur*, red. R. Göppel, A. Hirblinger, H. Hirblinger, A. Würker. Opladen, Budrich.
- Górki J., Moczarski K., (1972): *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa.
- Görner K., Jurczaj A., Zieliński J., i in., (2014): *Aktywność fizyczna młodzieży w czasie wolnym na tle wybranych uwarunkowań*, *Journal of Health Sciences*, 4 (13), s. 266–284.
- Górniak K., Lichota M., Wilczewski A., (2012): *Występowanie niskorosłości i wysokorosłości chłopców w wieku 7-19 lat ze wschodnich województw Polski w świetle wybranych zmiennych społecznych*, *Probl Hig Epidemiol*, 93 (1), s. 48–54.
- Górnik–Durose M., Jach Ł., (2013): *O zdrowiu w relacji do innych wartości we współczesnej kulturze*, [w:] *Kultura współczesna a zdrowie*, red. M. Górnik–Durose, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Sopot.
- Górnik–Durose M., (2013): *Kultura współczesna a zdrowie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Sopot.
- Grabowski H., (1997): *Teoria fizycznej edukacji*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa, s. 21.
- Grad I., Kiliś–Pstrusińska K., (2015): *Perception of health as a personal value by high school adolescents*, *Family Medicine & Primary Care Review*, 17 (1), s. 19–23.
- Grenda A., (2011): *Motywy podejmowania aktywności ruchowej przez uczniów zachodniopomorskich a propozycje zreformowanej szkoły*, [w:] *Efekty kształcenia i wychowania w kulturze fizycznej*, red. J. Ślężyński, AWF Katowice, s. 133–141.
- Groffik D., (2015): *Struktura aktywności fizycznej młodzieży 15-17 letniej Górnego Śląska*, AWF Katowice.

- Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R., (2015): *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, Hygeia Public Health, 50 (4), s. 558–565.
- Grzegorzczak J., Mazur E., Domka E., (2008): *Assessment of physical activity of pupils in two selected junior high schools in the Podkarpacie*, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, nr 3, s. 226–234.
- Grzywacz R., (2011): *Rola rekreacji ruchowej w wychowaniu dzieci w wieku szkolnym*, Medycyna Rodzinna, 2, s. 48–53.
- Guerin S., Hennessy E., (2004): *Przemoc i prześladowanie w szkole*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdansk.
- Guerri C., Pascual M., (2010): *Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence*, Alcohol, 44 (1), s. 15–26.
- Gunja N., Brown J. A., (2012): *Energy drinks: health risks and toxicity*, The Medical Journal of Australia, 196 (7), s. 46–49.
- Guran T., Bereket A., (2011): *International epidemic of childhood obesity and television viewing*, Minerva Pediatr, nr 63, s. 483–490.
- Hajduk E., (1993): *Hipoteza w badaniach pedagogicznych*, WSP, Zielona Góra.
- Hakanen J. J., Feldt T., Leskinen E., (2007): *Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study*, J Res Pers, 41, s. 602–617.
- Hales D., (2012): *An Invitation to Health: Choosing to Change*, Wadsworth Cengage Learning, Belmont.
- Hallal P. C., Victora C. G., Azevedo M. R., (2006): *Adolescent Physical Activity and Health*, Sports Med, 36 (12), s. 1019–1030.
- Hansen D. L., Hansen E. H., Holstein B. E., (2008): *Using analgesics as a tool: Young women's treatment for headache*, Qualitative Health Research, 18, s. 234–243.
- Hanson M. D., Chen E., (2007): *Socioeconomic Status and Health Behaviors in Adolescence: A Review of the Literature*, Journal of Behavioral Medicine, 30, s. 263–285.
- Harris J. L., Munsell C. R., (2015): *Energy drinks and adolescents: what's the harm?* Nutr Rev, 73 (4), s. 247–257.
- Haug E., Samdal O., Morgan A., Ravens-Sieberer U., Currie C., (2006): *Overweight in school-aged children in 35 countries: associations with eating habits, physical activity, socioeconomic status and perceived health*, [w:] *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*, WHO Europe, s. 14–21.

Hendrie G. A., Coveney J., Cox D. N., (2011): *Factoranalysis show association between family activity environment and children's healthbehavior*, Aust NZJ Public Health, 35 (6.) s. 524–529.

Henriksen E. J., (2002): *Exercise effects of muscle insulin signaling and action. Invited Review: Effects of acute exercise and exercise training on insulin resistance*, J. Appl. Physiol, 93, s. 788–796.

Heszen I., Sęk H., (2007): *Poznawcze uwarunkowania zdrowia i choroby*, [w:] *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen, H. Sęk, PWN, Warszawa, s. 106–121.

Heszen–Niejodek I., (1997): *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*, [w:] *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen–Niejodek, H. Sęk, Warszawa.

Hildt K., (2005): *Zdrowie w hierarchii wartości Polaków*, „Remedium, Profilaktyka i Promocja Zdrowego Stylu Życia” nr. 10 (152).

Hill A. J., (2002): *Development issues in attitudes to food and diet*, Proceedings of the Nutrition Society, 61 (2), s. 259–266.

Hills A. P., Dengel D. R., Lubans D. R., (2015): *Support public health priorities: Recommendations for physical education and physical activity in schools*. Progress in Cardiovascular Diseases, 57, s. 168–174.

Hindin T. J., Contento I. R., Gussow J. D., (2004): *A media literacy nutrition education curriculum for head start parents about the effects of television advertising on their children's food requests*, J. Am. Diet. Assoc., 104, s. 192–198.

Honorowska E., (2006): *Uzależnienia a temperament. Wokół temperamentalnego czynnika ryzyka uzależnień*, [w:] *Oblicza współczesnych uzależnień*, red. L. Cierpiałkowska, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 43–73.

Hope A., (2004): *Polityka wobec alkoholu i młodzieży*, Świat Problemów, nr 7–8.

Howie L., Lukacs S., Pastor P., i in., (2010): *Participation in activities outside of school hours in relation to problem behavior and social skills in middle childhood*, Journal of School Health, 80 (3), s. 119–125.

Hubel A., Bendsten P., Looze M. E., i in., (2015): *Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds from 2002 to 2010 in 28 countries of Europe and North America*, European Journal of Public Health, 25 (2), s. 73–75.

Inchley J., Currie D., Jewell J., i in., (2017): *Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/diseaseprevention/nutrition/publications/2017>.

Izdebska J., (2000): *Wypoczynek współczesnej polskiej rodziny–istota, cechy charakterystyczne, próba typologii*, [w:] *Czas wolny w różnych jego aspektach*, red. J. Kędzior, M. Wawrzak-Chodaczek, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Izdebska J., (2003): *Rodzina–podstawowe środowisko życia dziecka*, [w:] *Dziecko w rodzinie i środowisku rówieśniczym*, red. J. Izdebska, Białystok.

Jabłoński P., Jędrzejko M., (2011): *Narkotyki i paranarkotyki. Charakterystyka i rozpoznawanie zachowań*, Pomorska Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Gdańsk.

Jabłoński P., Malczewski A., (2014): „Dopalacze” czyli nowe substancje psychoaktywne: Skala zjawiska i przeciwdziałanie, [w:] *Serwis Informacyjny, Narkomania*, 2 (66), s. 11–16.

Jadczak B., Todorowska–Sokołowska V., Stepniak K., (2013): *Profilaktyka palenia tytoniu w szkole. Raport*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa, s. 1–2.

Jakobsen A. M., (2014): *Are there differences in motives between participants in individual sports compared to team sports?* *LASE J Sport Sci*, 5 (2), s. 32–42.

Janaszczyk A., Wengler L., Popowski P., (2012): *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu*, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych. t. 1, Gdańsk, s. 12–67.

Janeczek E., (2009): *Stan i zmienność aktywności fizycznej jako składowe stylu życia młodzieży konińskiej*, [w:] *Sport i turystyka we współczesnym stylu życia*, red. B. Marecki, AWF Poznań, s. 231–237.

Jarosz M., Rychlik E., (2008): *Najczęstsze wady w żywieniu dzieci i młodzieży*, [w:] *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, red. M. Jarosz, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, s. 17–27.

Jarosz M., (2011): *Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży*, *Postępy Nauk Medycznych*, 9, s. 770–777.

Jarosz M., (2013): *Ogólnopolskie działania w zakresie zwalczania nadwagi i otyłości ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa.

Jaworski M., Gustek S., Barcz M., (2013): *Związek picia napojów typu cola ze stosowaniem innych używek przez młodzież i młodych dorosłych*, *Alkohol Narkom*, 24 (3), s. 349–364.

Jaworski Z., (2009): *Kultura zdrowotna – porozmawiajmy*, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, nr 9, s. 41–43.

Jedliński R., (2000): *Językowy obraz świata wartości w wypowiedziach uczniów kończących szkołę podstawową*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.

Jędrzejko K., (2007): *Guarana – kofeinowa używka podbijająca świat czy suplement diety i lekarstwo*. *Probl Narkom*, 2, s. 80–90.

Jędrzejko M., Kowalska A., (2009): *Narkomania–wybrane pojęcia i definicje*, [w:] *Narkomania spojrzenie wielowymiarowe*, red. M. Jędrzejko, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.

Jędrzejko M., (2009): *Teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, [w:] *Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, red. M. Jędrzejko, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk–Warszawa, s. 77–157.

Jędrzejko M., Jabłoński P., (2012): *Narkotyki i środki zastępcze (zjawisko, zagrożenia, profilaktyka)*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.

Jędrzejko M., Janusz M., Walancik M., (2013): *Zachowania ryzykowne i uzależnienia. Zjawisko i uwarunkowania*, Warszawa–Dąbrowa Górnicza, s. 82.

Jegier A., (2006): *Aktywność ruchowa w promocji zdrowia oraz zapobieganiu chorobom przewlekłym*, [w:] *Medycyna Sportowa*, red. A. Jegier, K. Nazar, A. Dziak, PTMS, Warszawa.

Jegier A., Stasiołek D., (2001): *Skuteczna dawka aktywności fizycznej w prewencji pierwotnej chorób układu krążenia i promocji zdrowia*, *Med. Sportiva*, 5 (supl 2), s. 109.

Jegier A., Stasiołek D., (2001a): *Epidemiologiczne podstawy stosowania aktywności ruchowej w prewencji choroby niedokrwiennej serca*. *Med. Sportiva*, 5, (supl 2), s. 97.

Jessor R., Donovan J., Costa F., (1991): *Beyond Adolescence, Problem Behaviour and Young Adult Development*, Cambridge, s. 23–24.

Jessor R., Turbin M. S., Costa F. M., (1998): *Protective factors In adolescent health behavior*, *Journal of Personality and Social Psychology*, t. 75, nr 3, s. 923–933.

Jodkowska E., (2010): *Publiczny program zapobiegania próchnicy w Polsce u dzieci i młodzieży*, *Dent. Med. Probl*, 47 (2), s. 137–143.

Jodkowska E., Wierzbička M., Rusyan E., Strużycka I., (2013): *Publiczny Program Zapobiegania Próchnicy w Polsce u dzieci w wieku 5,7 i 15-lat realizowany w roku 2011*, *Przeegl Epidemiol*, 67, s. 765–768.

Jodkowska M., (2013): *Spostrzeganie zewnętrznych i wewnętrznych barier w aktywności fizycznej*, [w:] *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 9-17 lat. Aktualne wskaźniki, tendencje ich zmian oraz wybrane zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania. Raport końcowy część I: badanie ilościowe*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 91–99.

Jodkowska M., (2013a): *Aktywność fizyczna i jej uwarunkowania*, [w:] *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej wieku od 9-17 lat. Aktualne wskaźniki, tendencje ich zmian oraz wybrane zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania. Raport końcowy część I: badanie ilościowe*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 11–17.

Jodkowska M., (2015): *Spożywanie śniadań*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 138–143.

Jodkowska M., (2015a): *Stosowanie diet odchudzających*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 163–168.

Jodkowska M., (2015b): *Używanie marihuany/haszyszu przez młodzież 15-letnią*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 197–192.

Jodkowska M., Radiukiewicz K., (2017): *Zasady prawidłowego żywienia młodzieży*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

Jodkowska M., Tabak I., Oblacińska A., Stalmach M., (2013): *Siedzący tryb życia Polских 13-latków i jego powiązania z wybranymi zachowaniami zdrowotnymi, praktykami rodzicielskimi oraz masą ciała*, *Developmental Period Medicine*, XVII, 2, s. 165–173.

Jodkowska M., Woynarowska B., Oblacińska A., (2007): *Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym dzieci młodzieży w wieku szkolnym. Materiały metodyczne dla pielęgniarek szkolnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 5–27.

Juczyński Z., (2002): *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Juczyński Z., Chodkiewicz J., Pisarski A., Juczyński A., (2006): *Od próbowania do zażywania środków psychoaktywnych. Badania dzieci i młodzieży ze środowiska wielkomiejskiego*, [w:] *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*, red. N. Ogińska-Bulik, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N., (2003): *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka*, [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, red. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Uniwersytet Łódzki, s. 11–15.

Juczyński Z., (2001): *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.

Juczyński Z., (2009): *Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 14, nr 1, s. 32–43.

Jurczak A., (2004): *Samodzielna aktywność ruchowa młodzieży w czasie wolnym*, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, nr 10, s. 20–27.

Jurczak A., (2005): *Aktywność ruchowa młodzieży w czasie wolnym. Preferencje–Bariery–Uwarunkowania*, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, nr 12, s. 25–30.

Jurczak A., (2005): *Aktywność ruchowa młodzieży w placówkach wychowania pozaszkolnego*, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, nr 3, s. 31–37.

Jurczak A., (2004): *Udział dzieci i młodzieży w pozalekcyjnych i pozaszkolnych formach aktywności ruchowej*, Wychowanie Fizyczne i Sport, nr 4, s. 367–372.

Kaczor–Szkodny P., Noroch A., Kulig T., i in., (2016): *Aktywność fizyczna i formy spędzania czasu wolnego wśród uczniów w wieku 12-15 lat*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, t. 22, nr 2, s. 113–119.

Kaiser A., (2013): *Socjalizacja do prozdrowotnego wypoczynku w rodzinie i placówkach przedszkolnych*, Studia Periegetica, Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Wyższej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu, 9, s. 75–87.

Kaleta K., (2008): *Czynniki socjalizacji w rodzinie*, [w:] *Rodzina źródłem życia i mądrości*, red. T. Sakowicz, K. Gąsio, Kielce.

Kaliszewska M., Kowalski M., (2011): *Myśleć o zdrowiu. Między wolnością a z niewoleniem*, Kielce–Zielona Góra, s. 15–17.

Kalman M., Inchley J., Sigmundova D., i in., (2015): *Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective*, European Journal of Public Health, 25 (Suppl.2), s. 37–40.

Kantomaa M. T., Tammelin T. H., Demakakos P., i in., (2009): *Physical activity, emotional and behavioural problems, maternal education and self-reported educational performance of adolescents*, Health Education Research Advance, 10, s. 1093.

Karwatowska M., (2010): *Uczeń w świecie wartości*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.

Kaszniak–Kocot J., Zdun J., Słowiński J., i in., (2010): *Zwyczaje żywieniowe i stosowanie diet odchudzających wśród młodzieży gimnazjalnej*, [w:] *Edukacja wobec zagrożeń zdrowia: zdrowa szkoła–zdrowy uczeń, między teorią a praktyką*, red. A. Buczak, I. M. Łukasik, A. Witek, Wydawnictwo Neuro Centrum Lublin, s. 9–33.

Kawczyńska–Butrym Z., (2001): *Rodzina, zdrowie i choroba*, PZWL, Lublin.

Kawula S., (1998): *Komplementarność w analizie życia rodzinnego – ujęcie nauk społecznych*, [w:] *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, red. S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke, Toruń.

Kearney–Cooke A., (2002): *Familial influences on body image development*, [w:] *Body image: A handbook of theory, and clinical practice*, red. T.F. Cash, T. Pruzinsky, New York: Guilford, s. 99–107.

Kempf H. D., (1990): *Szkoła pleców*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.

Kiciak A., Całyniuk B., Grochowska–Niedworok E., i in., (2014): *Zachowania żywieniowe młodzieży z województwa śląskiego*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 3, s. 296–300.

Kielbasiewicz–Drozdowska I., Siwiński W., (2001): *Teoria i metodyka rekreacji – zagadnienia podstawowe*, AWF Poznań.

Kieruzel–Mucha K., (2013): *Program edukacji prozdrowotnej dla dzieci 5–6 letnich „zdrowe i wesole przedszkolaki”*, Przedszkole Miejskie nr 11 w Słupsku, <https://edu.slupsk.eu › file> , uzyskano: 10.01.2019.

Kieszkowska A., (2007): *Rola rodziny w procesie socjalizacji*, [w:] *Pedagogika rodziny. Wybrane zagadnienia*, red. S. Cudak, Kielce.

Kieszkowska A., (2008): *Rola rodziny w procesie wychowania*, [w:] *W kręgu problemów edukacyjnych i wychowawczo–resocjalizacyjnych*, red. R. Stojęcka–Zuber, M. Kaliszewska, M. Cholewiński, Kielce.

Kirwil L., (2011): *Polskie dzieci w Internecie. Zagrożenia i bezpieczeństwo–część 2*, Częściowy raport z badań EU Kids Online II przeprowadzonych wśród dzieci w wieku 9-16 lat i ich rodziców, SWPS, Warszawa.

Kleszczewska D., Dzielska A., (2018): *Aktywność fizyczna młodzieży*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska –Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 87–91.

Klimas N., (2016): *Zachowania zdrowotne młodzieży w aktualnym kontekście społecznym i ekonomicznym – przegląd wybranych koncepcji*, [w:] *Pedagogiczny wymiar kultury fizycznej i zdrowotnej w życiu współczesnego człowieka*, red. A. Kaźmierczak, J. E. Kowalska, A. Maszorek–Szymala, A. Makarczuk, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 199–213.

Kliś–Pietrzak K., (2012): *Bigoreksja–odwrotna anoreksja. Zaburzenia obrazu własnego ciała u mężczyzn*, [w:] *Wychowanie. Profilaktyka. Terapia. Szanse i zagrożenia*, red. M. Boczkowska, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 249–256.

Kłos J., Gromadecka–Sutkiewicz M., (2011): *Styl życia młodzieży w ujęciu strukturalnym*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, nr 1, s. 120–126.

Kłos J., (2014): *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/337834/index.pdf>.

Kluz T., (2005): *Zachowania dewiacyjne młodzieży w percepcji rówieśników*, *Studium Psychologiczno–Pedagogiczne*, Wyd. UMK, Toruń.

Knutson K. L., (2007): *The metabolic consequences of sleep deprivation*, *Sleep Medicine Reviews*, 11 (3), s. 159–162.

Kocemba W., (2012): *Społeczne zróżnicowanie uczestnictwa w kulturze fizycznej*, [w:] *Socjologia kultury fizycznej*, red. Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, Wydawnictwa Dydaktyczne, Warszawa, s. 404–423.

Kocka K., Kachaniuk H., Bartoszek A., i in., (2014): *Aktywność fizyczna i opinie na jej temat uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych, jako element zachowań prozdrowotnych*, *J Health Sci*, 4 (7), s. 101–112.

Kocoń K., Okulicz–Kozaryn K., (2005): *Po czym poznać czy nastolatek bierze marihuanę okazjonalnie, czy problemowo?* *Remedium*, numer specjalny, s. 24–25.

- Koczurowska J., (2012): *Uzależnienie młodzieży od narkotyków*, [w:] *Zagrożenia okresu dorastania*, red. Z. Izdebski, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra.
- Kokosiński M., (2011): *Rola grupy rówieśniczej w procesie socjalizacji młodzieży*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu.
- Kolarzyk E., (2007): *Ocena wskaźników wagowo-wzrostowych młodzieży krakowskiej w wieku 15-18 lat*. *Probl Hig Epidemiol*, 88 (3), s. 343–347.
- Kolbowska A., (2008): *Młodzież a substancje psychoaktywne*, [w:] *Raport końcowy z badań. Młodzież 2008*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, s. 3–28. <http://www.narkomania.gov.pl/mlodziez2008.pdf>, uzyskano 20.07.2009.
- Kołodziejczyk M., (2008): *Impreza dla kolekcjonerów*, *Polityka*, nr 2682, s. 26–28.
- Komendant–Brodowska A., (2009): *Grzech zaniechania. świadkowie przemocy szkolnej w perspektywie teorii gier*, *Decyzje*, 11, s. 5–47.
- Komendant–Brodowska A., (2014): *Agresja i przemoc szkolna. Raport o stanie badań*, Wydawnictwo Instytutu Badań Edukacyjnych, Warszawa.
- Koralewska–Samko J., Sadowska K., (2014): *Sytuacja materialna rodziny a jakość życia oraz odczuwane emocje u dzieci w wieku szkolnym*, *Polskie Forum Psychologiczne*, t. 19, nr 13, s. 407–420.
- Korczak J., Jędrzejko M., (2010): *Nowe zagrożenie– dopalacze*, [w:] *Człowiek wobec uzależnień*, red. M. Jędrzejko, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa, s. 105–157.
- Korczak J., (2009): *Współczesne dopalacze – zjawisko i zagrożenia*, [w:] *Narkomania– spojrzenie wielowymiarowe*, red. M Jędrzejko, AH, Pułtusk–Warszawa, s. 267–326.
- Korporowicz V., (2006): *Zdrowie i jego społeczne odniesienia*, [w:] *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, red. V. Korporowicz, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.
- Korporowicz V., (2011): *Zdrowie jako kategoria społeczno–ekonomiczna*, *Gospodarka Narodowa*, 7 (239) – 8 (240), s. 71–87
- Korpowicz W., (2005): *Zdrowie i jego promocja. Kształtowanie przyszłości*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.
- Korzycka–Stalmach M., Mikiel–Kostyra K., Oblacińska A., i in., (2010): *Regularność spożywania posiłków przez 13-latkę a wybrane cechy społeczno–ekonomiczne rodziny*, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, nr 3, s. 303–309.
- Kościelak R., (2010): *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Kosicka E., Lis R., (2016): *Komputerowe wspomaganie kształcenia z zakresu harmonogramowania produkcji*, *Edukacja–Technika –Informatyka* 3 (17), s. 89–93.

- Kosmatka R. M., (2015): *Zjawisko mobbingu międzyuczniowskiego a wartości wyniesione z domu rodzinnego*, Forum Pedagogiczne, nr 1, s. 159–169.
- Kowal M., Kowalska M., Wójtowicz-Chomicz K., i in., (2008): *Zachowania higieniczne wśród młodzieży szkół podstawowych*, Prob. Hig. i Epid., 89 (2), s. 279–281.
- Kowalczyk A., (2015): *Rola nauczycieli i rodziców organizacji czasu wolnego w wieku wczesnoszkolnym*, Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce, 35 (1), s. 95–113.
- Kowalewska A., (2008): *Wiek inicjacji nikotynowej a częstość palenia tytoniu przez młodzież 15-letnią w Polsce*, Przegląd Lekarski, nr 10, s. 547–548.
- Kowalewska A., (2013): *Palenie tytoniu przez dziewczęta w okresie dorastania w kontekście uwarunkowań psychospołecznych*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.
- Kowalewska A., (2015): *Palenie tytoniu*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 169–176.
- Kowalewska A., (2018): *Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 129–141.
- Kowalewska A., Mazur J., (2008a): *Palenie tytoniu przez członków rodziny w domu a zdrowie subiektywne nastolatków*, Przegląd Lekarki, nr 10, s. 549–552.
- Kowalewska A., Mazur J., Dzielska A., Chełchowska M., (2015): *Palenie tytoniu przez 15-latków w Polsce w zależności od wybranych czynników socjodemograficznych - tendencje zmian 2006–2014*, Przegląd Lekarski, 72 (3), s. 115–119.
- Kowalewska A., Woynarowska B., Mazur J., (2005): *Uzależnienie od nikotyny i gotowość do rzucenia palenia wśród palącej młodzieży 15-letniej*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 86, s. 93–98.
- Kowalska J., Słowiński J., Zieleń-Zynek I., (2019): *Ocena wiedzy żywieniowej uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, Probl Hig Epidemiol, 100 (2), s. 124–128.
- Kowalska W., (2011): *Edukacja zdrowotna dzieci w wieku wczesnoszkolnym*, [w:] *Pedagogika w służbie i działaniu na rzecz regionu. Inspiracje i źródła*, red. E. Rostańska, M. Kisiela, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Biznesu, Katedra Pedagogiki, Dąbrowa Górnicza.
- Kowalski M., Gawęł A., (2006): *Aksjologiczne konteksty zdrowia*, [w:] *Zdrowie – wartość–edukacja*, red. M. Kowalski, A. Gawęł, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 60–61.
- Kowalski M., Gawęł A., (2007): *Zdrowie–wartość–edukacja*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 23–24.

Kozińska J., Redo K., Drygas W., (2014): *Physical activity level of adolescent from secondary schools in Łódź*, Pol J Sport Med, 30 (1), s. 37–48.

Kózka M., Jałocha M., Mrozowski A., (2014): *Wybrane determinanty zachowań zdrowotnych uczniów szkół gimnazjalnych*, Pielęgniarstwo XXI wieku, nr1 (46), s. 5–9.

Kozłowska E., Marzec A., Kalinowski P., Bojakowska U., (2016): *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*, Journal of Education, Health and Sport, 6 (9), s. 575–585.

<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3883>, uzyskano: 11.06.2018.

Kozłowska M., Streit D., Kozłowski P., Cuch B., (2015): *Analiza nawyków i zachowań związanych higieną jamy ustnej*, Journal of Education, Health and Sport, 5 (9), s. 95–101.

Kozłowska–Wojciechowska M., *Ekspertyza: Wpływ reklam wybranych produktów*, www.krrit.gov.pl › Files › i wojciechowska › zywnosc_ekspertyza-dla-krrit, uzyskano: 22.11.2018.

Kozłowska–Wojciechowska M., (2004): *Żyjmy w zdrowiu, czyli nowa piramida żywieniowa*, Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa.

Kozłowska–Wojciechowska M., Makarewicz–Wujec M., (2005): *Badanie preferencji żywieniowych dzieci w wieku przedszkolnym*, Roczniki Państwowego Zakładu Higieny, 5 (2), s. 165–169.

Kozłowski S., Nazar K., (1999): *Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*, PZWL, Warszawa.

Koźmińska I., Olszewska E., (2007): *Z dzieckiem w świat wartości*, Wydawnictwo Świata Książki, Warszawa.

Krajewska–Siuda E., Nowak A., Matusik P., i in., (2009): *Opinie młodzieży na temat otyłości w zależności od ich własnej masy ciała*, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 5 (1), s. 7–11.

Krasowska A., (2005): *Profilaktyka na co dzień. Alkohol w życiu nastolatków*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa.

Kraszewska J., (2008/2009): *Czas wolny i bezpieczeństwo dziecka*, Nauczanie Początkowe, nr 1, s. 9.

Krawański A., (2001): *Projektowanie treningu zdrowotnego – metodyka postępowania*, Medicina Sportiva, 5 (Supl.2), s. 129–46.

Krawański A., (2003): *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*, AWF Poznań.

Krawczyński M., (2009): *Propedeutyka pediatrii*, PZWL, Warszawa, s. 185–193, 400–422.

Kręgielska–Narożna M., (2015): *Wpływ edukacji żywieniowej na redukcję masy ciała i wybrane parametry biochemiczne*, Rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny, Poznań.

Kremer P., Elshaug C., Leslie E., i in., (2014): *Physical activity, leisure–time screen use and depression among children and young adolescents*, *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17 (2), s. 183–187.

Królikowska S., (2011): *Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno–kulturowej*. *Acta Universitatis Lodzianis, Folia Sociologica*, nr 39, s. 33–52.

Krzysztofiak H., (2008): *Metody oceny aktywności fizycznej i wydolności fizycznej*, *Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu krążenia*, nr 3 (12), s. 4–5.

Kuberska–Przekwas K., (2014): *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna*, *Warmińsko–Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, nr 1, s. 51–70.

Kuhn T. S., (1968): *Struktura rewolucji naukowych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.

Kułaga Z., i in., (2010): *Siatki centylowe wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dzieci i młodzieży w Polsce– wyniki badania OLAF*, „*Standardy Medyczne*”, 7, s. 690–700.

Kulik A., Grądział J., Smotrycka A., (2017): *Zachowania zdrowotne studentek – charakterystyka i znaczenie zmiennych socjodemograficznych*, *Probl. Hig. Epidemiol*, 98 (4), s. 371–380.

Kulik B. T., (1997): *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*, Stalowa Wola.

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, s. 27–39.

Kulik T. B., (2000): *Koncepcje zdrowia w medycynie*, [w:] *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, red. T. B. Kulik, I. Wrońska, Oficyna Wydawnictwa Fundacji Uniwersyteckiej, Stalowa Wola, s. 15–38.

Kulik T. B., (2002): *Koncepcja zdrowia w medycynie*, [w:] *Zdrowie Publiczne*, red. T. B. Kulik, M. Latański, Wydawnictwo „Czelej”, Lublin, s. 75–76.

Kulik T. B., Latański M., (2002): *Zdrowie publiczne*, Wydawnictwo „Czelej”, Lublin, s. 18.

Kulmatycki L., (2003): *Promocja zdrowia w kulturze fizycznej*, Wydawnictwo AWF, Wrocław.

Kunachowicz H., Nadolna I., Iwanow K., Przygoda B., (2012): *Wartość odżywcza wybranych produktów spożywczych i typowych potraw*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Kunowski S., (2004): *Podstawy współczesnej pedagogiki*, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa.

Kuński H., (2000): *Trening zdrowotny w umacnianiu zdrowia osób dorosłych – z perspektywy pragmatyka i popularyzatora*, Medycyna Sportowa, 111, s. 14–22.

Kuński H., (2003): *Trening zdrowotny osób dorosłych. Poradnik lekarza i trenera*. Agencja Wydawnicza Medsportpress, Warszawa.

Kuński H., Jegier A., (1999): *Ruch doskonali i uzdrawia serce. Kompendium prewencji pierwotnej*, TKKF, Warszawa.

Kuras B., (2003): *Zachowania zdrowotne rodziców*, „Edukacja i Dialog”, nr 4.

Kurzak M., Pawelec K., (2013): *Zachowania zdrowotne warszawskich gimnazjalistów*, Zeszyty Naukowe WSKFiT, nr 8, s. 11–17.

Kwiatkowska D., Dąbrowski M., (2012): *Dojrzałość technologiczna uczniów w świetle badań ankietowych*. E mentor nr 43.

<http://www.ementor.edu.pl/artylul/index/numer/43/id/896>, uzyskano: 10.12.2018.

Kwiatkowska-Łozińska M., (2007): *Żyj bezpiecznie i zdrowo–program profilaktyczno-wychowawczy edukacji zdrowotnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

Kwiecień M., Winiarska-Mieczan A., Kwiatkowska K., i in., (2017): *Ocena zwyczajów żywieniowych dzieci w wieku szkolnym w aspekcie występowania otyłości*, Probl Hig Epidemiol, 98 (3). s. 260–265.

Kwilecki K., (2011): *Rozważania o czasie wolnym. Wybrane zagadnienia*, Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa, Katowice.

Kwilecki K., (2012): *Turystyczne i relaksacyjne formy zdrowego stylu życia*, Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa, Katowice.

Łagowska K., (2018): *Rola śniadania w żywieniu dzieci i młodzieży*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 3, s. 18–20.

Lalonde M., (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians*, A Working Document, Information Canada, Ottawa.

Lebioda L., (2004): *Czas wolny*, Wychowawca, nr 7–8, s. 17.

Lee I. M., Skerret P. J., (2001): *Physical activity and all-cause mortality; what is the dose–response relation ?* Med. Sci Sports Exerc, 33, supl, s. 459.

Leszczyńska A., (2013): *Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*, Acta Universitatis Lodziensis. Folia Socjologica, nr 45, s. 178–189.

Lewicka M., Dzierżak A., Sulima M., (2013): *Health as a value in the opinion of students of nursing and midwifery*, JPHNMR, nr 4, s. 22–28.

- Lisick T., red. (2008): *Zdrowie–Kultura. Zdrowotna–Edukacja. Perspektywa społeczna i humanistyczna*, AWFIS, Gdańsk, t. 1, s. 47–54.
- Liu H., Yu S., Cottrell L., Lunn S., i in., (2007): *Personal values and involvement in problem behaviors among Bahamian early adolescents: a cross-sectional study*, BMC Public Health, 7, s. 135.
- Lizak D., (2014): *Szkoła jako środowisko wspierające kształtowanie prozdrowotnych postaw–kontekst pedagogiczno–zdrowotny*, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, nr 1 (38), s. 69–74.
- Łobocki M., (1984): *Metody badan pedagogicznych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Łobocki M., (1993): *Pedagogika wobec wartości*, [w:] *Kontestacje Pedagogiczne*, red. B. Śliwerski, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków.
- Łobocki M., (2001): *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Łobocki M., (2006): *Metody i techniki badan pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Lubecka B., Lubecki M., Pudło R., (2018): *Dopalacze - co wiemy o nowych substancjach psychoaktywnych?* Psychiatria, t. 15, nr 2, s. 99–109.
- Lubowiecki–Vikuk A., (2009): *Taniec jako (modna) forma rekreacji ruchowej osób w każdym wieku*, [w:] *Sport i turystyka we współczesnym stylu życia*, red. B. Marecki, AWF Poznań, s. 212–218.
- Lubowiecki–Vikuk A., Biernat E., (2015): *Zorganizowane i niezorganizowane formy aktywności fizycznej młodzieży gimnazjalnej w czasie wolnym na tle czynników osobniczych i społeczno–środowiskowych*, Probl. Hig. Epidemiol, 96 (2), s. 448–457.
- Lubowiecki–Vikuk A., Paczyńska–Jędrycka M., (2010): *Współczesne tendencje w rozwoju form rekreacyjnych i turystycznych*, Wydawnictwo Naukowe Bogucki, Poznań.
- Łuczak J., (2004): *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce na podstawie subiektywnych i obiektywnych mierników oceny. Część I*, Medycyna Wieku Rozwojowego, nr 8 (3).
- Łuczak J., (2004): *Znaczenie wartościowania zdrowia i jego oceny w kształtowaniu się zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży*, Medycyna Wieku Rozwojowego, 3 (1), s. 485–497.
- Ludwisiak K., Polgaj M., Majos A., Drygas W., (2016): *Wpływ mediów na zachowania zdrowotne młodych osób dorosłych*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, t. 22, nr 2, s. 145–150.
- Łuszczynska A., (2004): *Zmiana zachowań zdrowotnych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk.

Łuszczynska A., (2010): *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Łuszczynska A., (2012): *Psychologia sportu i aktywności fizycznej. Zagadnienia kliniczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Łuszczynska A., Schwarzer R., (2008): *Od ogólnych do specyficznych przekonań o własnej skuteczności–utrzymywanie i odzyskiwanie zdrowia w świetle teorii społeczno–poznawczej*, [w:] *Zdrowie i choroba. Problemy teorii diagnozy i praktyki*, red. J. M. Brzeziński, L. Cierpiakowska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk, s. 47–61.

Maciaszczyk B., (2005): *Trening zdrowotny jako fundamentalna wartość kultury fizycznej*, [w:] *Styl życia a zdrowie. Wybrane zagadnienia*, red. V. Tuszczyńska–Bogucka, J. Bogucki, Wydawnictwo „Czelej”, Lublin, s. 39–63.

Madeja Z., (2008): *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, przedmiotów, czynności i osób*, t.1, Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Koszalińskiej.

Madejski E., (2013): *Wybrane uwarunkowania osobnicze, rodzinne i szkolne aktywności ruchowej dzieci w młodszym wieku szkolnym*, AWF Kraków, s. 5–6.

Maisto S. A., Galizio M., Connors G. J., (2000): *Nikotyna. Uzależnienia, zażywane i nadużywane*, Wydawnictwo Fundacji „Karan”, Warszawa.

Majchrowska A., (2003): *Wybrane elementy socjologii. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziału pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznej*, Wydawnictwo „Czelej”, Lublin, s. 295–296.

Makaruk K., Wójcik Sz., (2013): *Nadużywanie internetu przez młodzież, Wyniki Badania EU NET ADB, Dziecko Krzywdzone, Teoria, Badania, Praktyka*, t. 12, nr 1, s. 37.

Malczewski A., (2016): *Młodzież a substancje psychoaktywne*, [w:] *Młodzież 2016. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*. Centrum Badania Opinii Społecznej, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 200–225.

Malczewski A., (2019): *Młodzież a substancje psychoaktywne*, [w:] *Młodzież 2018. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*. Centrum Badania Opinii Społecznej, red. M Grabowska, M. Gwiazda, Warszawa.

Malczewski A., red. (2019): *Raport o stanie narkomanii w Polsce*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Malczyk E., (2015): *Ocena stanu odżywienia dzieci w wieku 7-12 lat w aspekcie występowania otyłości*, Probl Hig Epidemiol, 96 (1), s. 161–169.

Malik M., Zarzycka D., Iłżecka J., Jarosz M., (2009): *Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych*, Zdrowie Publiczne, 119 (1), s. 33–39.

Malinowska–Cieslak M., (2015): *Urazy wymagające pomocy medycznej*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 93–99.

Malinowska–Cieślak M., (2018): *Uczestniczenie w bójkach*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska–Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 162–165.

Malinowska–Cieślak M., Małkowska–Szkutnik A., (2018): *Przemoc w szkole (bullying)*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska–Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 150–155.

Małkowska–Szkutnik A., (2015): *Przemoc w szkole (bullying)*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 205–211.

Mamang F., Nuru H., (2015): *Impact of breakfast skipping toward children health: a review*, *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 2 (3), s. 201–209.

Marcysiak M., Zagroba M., Ostrowska B., (2010): *Aktywność fizyczna a zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży powiatu ciechanowskiego*, *Problemy Pielęgniarstwa*, 18 (2), s. 176–183.

Marshall S. J., Biddle S. J., Sallis J. F., McKenzie T. L., Conway T. L., (2002): *Clustering of sedentary behaviour and physical activity among youth: A cross-national study*, *Pediatr. Exerc. Sci.*, 14, s. 401–417.

Maszorek–Szymala A., (2010): *Aktywność ruchowa dzieci i młodzieży w czasie wolnym – teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje*, [w:] *Kultura fizyczna a globalizacja*, red. Z. Dziubiński, P. Rymarczyk, Salezjańska Organizacja Sportowa Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, s. 377–389.

Maszorek–Szymala A., (2012): *Zachowania zdrowotne kobiet i mężczyzn czynnych zawodowo*, *Nowiny Lekarskie*, 81, s. 360–365.

Mateusiak J., Gwozdecka–Wolniaszek E., (2013): *O zachowaniach zdrowotnych przez pryzmat współczesności*, [w:] *Kultura współczesna a zdrowie*, red. M. Górnik–Durose, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Sopot.

Mazur A., Radzewicz–Winnicki I., (2013): *Influence of media on the development of childhood obesity*, *Pediatr Pol.* 88 (1), s. 1–5.

Mazur A., Szymanik I., Matusik P., Tendera–Małecka E., (2006): *Rola reklam i mediów w powstawaniu otyłości u dzieci i młodzieży*, *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, t. 2, nr 1, s. 18–21.

Mazur A., Telega G., Kotowicz M., i in., (2008): *Impact of food advertising on food purchases by students in primary and secondary schools in south-eastern Poland*, *Public Health Nutrition*, 11, s. 978–981.

- Mazur J., (2013): *Zajęcia sedenteryjne*, [w:] *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 9-17 lat. Aktualne wskaźniki, tendencje ich zmian oraz wybrane zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania. Raport końcowy część I: badanie ilościowe*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 53–61.
- Mazur J., (2015): *Dolegliwości subiektywne*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 85–92.
- Mazur J., Małkowska–Szkutnik A., (2011): *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Mazur J., Małkowska–Szkutnik M., Oblacinska A., Kołło H., (2009): *Drabina Cantrila w badaniach stanu zdrowia i nierówności w zdrowiu uczniów w wieku 11-18 lat*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90 (3), s. 355–361.
- Mazur J., Woynarowska B., Kołło H., (2007): *Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC 2006*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A., (2008): *Wybrane wskaźniki palenia tytoniu przez młodzież 15-letnią w Polsce na tle międzynarodowych statystyk*. *Przegląd Lekarski*, 65 (10), s. 541–545.
- Mendyk K., Antos–Latek K., Kowalik M., i in., (2017): *Zachowania prozdrowotne w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18. roku życia*, *Piel. Zdr. Publ.*, 26 (1), s. 13–17.
- Michalczyk Z., (2018): *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania. Zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa, s. 44–45.
- Miernik M., Paszkiewicz A., (2009): *Ankietowa ocena wiedzy nastolatków o podstawach stomatologii*, *Dental and Medical Problems*, 46 (1), s. 83–87.
- Mika S., (1984): *Psychologia społeczna*, Wydanie V, PWN, Warszawa.
- Milewska N., Wiśniowska-Szurlej A., Rejman E., i in., (2016): *Aktywność fizyczna w czasie wolnym dzieci 11-letnich z powiatu rzeszowskiego*, *Medical Review*, 14 (4), s. 382–391.
- Milteer R. A., Ginsburg K. R., (2012): *Council on Communications and Media, and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Clinical Report: The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent–Child Bond: Focus on Children in Poverty*, *Pediatrics*, 129 (1), s. 204–213.
- Minick K. I., Kiesel K. B., Burton L., (2010): *Interrater Reliability of The Functional Movement Screen*, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 24 (2), s. 479–485.
- Mitaš J., Nykodým J., Frömel K., (2009): *Physical activity and sedentary behavior in 14-15 year old students with regard to location of school*, *Acta Univ. Palacki. Olomuc. Gymn*, 39 (3), s. 7–11.

Moore L. L., Lombardi D. A., White M. J., i in., (1991): *Influence of parent's physical activity of young children levels on activity*, The Journal of Pediatrics, 118 (2), s. 215–219.

Moskalewicz J., Sierosławski J., Dąbrowska K., (2005): *Dostępność fizyczna alkoholu a szkody zdrowotne*, Alkoholizm i Narkomania, t. 18, nr 4, s. 51–64.

Moskalewicz J., Wieczorek Ł., (2009): *Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia - trzy dekady doświadczeń*, Alkoholizm i Narkomania, t. 22, nr 4, s. 305–337.

Motyka M., Marcinkowski J. T., (2015): *Nowe metody odurzania się. Część VIII. Napoje energetyzujące łączone z alkoholem*, Probl Hig Epidemiol, 96 (4), s. 830–838.

Możdżonek P., Antosik K., (2017): *Kreowanie trendów dietetycznych przez media i ich wpływ na rozwój zaburzeń odżywiania się*, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 7 (2), s. 159–164.

Mroczkowska D., (2012): *Wymarzone style życia Polaków. O pragnieniach, fantazjach, aspiracjach dotyczących wypoczynku i czasu wolnego*, Kultura i Społeczeństwo, nr 4, s. 165–176.

Mrozkowiak M., (2011): *Co to jest zdrowy styl życia*, http://www.lo3.grudziadz.com.pl/pdf/mrozkowiak_zdrowy_styl_zycia.pdf.

Mynarski W., Nawrocka A., Rozpara M., Garbaciak W., (2012): *Physical activity of male and female adolescents living in a town and a city in the context of public health recommendations*, Biomedical Human Kinetics, 4, s. 18–23.

Mynarski W., Rozpara M., Czapla K., (2008): *Trening zdrowotny jako wysublimowana forma rekreacji ruchowej*, [w:] *Teoretyczne i empiryczne zagadnienia rekreacji i turystyki*, red. W. Mynarski, AWF Katowice, s. 216–239.

Mynarski W., Rozpara M., Królikowska B., i in., (2012): *Jakościowe i ilościowe aspekty aktywności*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Opolskiej, Opole.

Nabors L. A., Lehmkuhl H. D., Parkins I. S., Drury A. M., (2004): *Reading about over-the-counter medications*, Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, nr 27, s. 297–305.

Nałęcz A., Dzielska H., (2013): *Aktywność fizyczna młodzieży i jakość życia związana ze zdrowiem. Wyniki badań w konfrontacji z rekomendowanym poziomem aktywności fizycznej*, [w:] *Zdrowie dzieci i młodzieży w wymiarze socjomedycznym*, red. J. Szymborski, W. Zatoński, Zdrowie Publiczne, Monografie, tom II, s. 32–51.

Nałęcz A., Dzielska H., (2013): *Motywy podejmowania aktywności fizycznej przez młodzież*, [w:] *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej wieku od 9-17 lat. Aktualne wskaźniki, tendencje ich zmian oraz wybrane zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania. Raport końcowy, część I*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 69–79.

Nałęcz H., (2015): *Aktywność fizyczna*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 119–125.

Nawrocka A., Grabara M., Mynarski W., (2012): *Dymorfizm płciowy w aktywności fizycznej uczniów z katowickich liceów*, *Zeszyty Metodyczno–Naukowe*, AWF Katowice, 33, s. 43–53.

Neumark–Sztainer D., (2005): *Preventing the broad spectrum of weight-related problems: working with parents to help teens achieve a healthy weight and a positive body image*, *J. Nutr. Educ. Behav*, 37 (Suppl 2), s. 133–140.

Nguyen B. T., Powell L., (2013): *Fast–food and full–service restaurant consumption among children and adolescents*, *National Institutes of Health*, 167, s. 14–20.

Niebrój L. T., (2006): *Defining health/illness: societal and/or clinical medicine?* *J Physiol Pharmacol*, 57 (4), s. 251–262.

Niepokulczycka–Gac J., (2010): *Uzależnienie dzieci od komputera*, *Bezpieczeństwo w Szkole*, nr 8–9, s. 6–9.

Nowak P., (2007): *Trening zdrowotny kobiet w kontekście współczesnego stylu życia*. PWSZ, Racibórz.

Nowak P., (2008): *Rola treningu rekreacyjno–zdrowotnego na tle wzorców zachowań we współczesnej kulturze*, [w:] *Wzory kultury somatycznej a styl życia*. *Studia i Monografie*, red. S. Zagórny , Oficyna Wydawnicza Politechniki Opolskiej, Opole, s. 59–70.

Nowak P., (2010): *Biegi uliczne nośnikiem wartości prozdrowotnych we współczesnej kulturze fizycznej*, [w:] *Kultura fizyczna a globalizacja*, red. Z. Dziubiński, P. Rymarczyk, AWF, SALOS RP, Warszawa. s. 401–410.

Nowak P., (2011): *Nauczyciel wychowania fizycznego promotorem zachowań prozdrowotnych w szkole*, *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu* (35), s. 70–76.

Nowak P., (2013): *Trening zdrowotny w szkolnym procesie wychowania*, *Probl. Hig. Epidemiol*, 94 (3), s. 413–418.

Nowak S., (1970): *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa.

Nowak S., (1985): *Metodologia badań społecznych*, Warszawa.

Nowak P., Chalimoniuk–Nowak M., (2015): *Potencjał mediów społecznościowych w edukacji zdrowotnej*, [w:] *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*, red. A. Wolska–Adamczyk, WSiZ, Warszawa, s. 35–45.

Nowicki G., Ślusarska B., (2011): *Determinanty społeczno–demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych*, *Hygeia Public Heath*, 46 (2), s. 280–285.

- Nowicki G. J., Ślusarska B., Zboina B., Kocka K., i in., (2018): *Zakres rozumienia pojęcia „Zachowania zdrowotne” oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka*, Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, Sectio A, 11 (1), s. 372–387.
- Nowotny J., (2002): *Kształcenie umiejętności ruchowych - podstawy teoretyczne oraz aspekty praktyczne*, Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice.
- Nowotny J., (2003): *Edukacja i reedukacja ruchowa*, Wydawnictwo „Kacper”, Kraków.
- Oblacińska A., (2015): *Nadwaga i otyłość*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 106–111.
- Oblacińska A., (2018): *Rozwój fizyczny i samoocena ciała*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska–Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 70–75.
- Oblacińska A., Weker H., (2008): *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży*, Kraków, s. 150–155.
- Oblacińska A., Woynarowska B., red. (2006): *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa.
http://www.imid.med.pl/klient/file/zaklad08/zdro_01.pdf , uzyskano: 20.07.2009.
- Obuchowska I., (2012): *Dorastanie - między mocą a bezsilnością*, [w:] *Zagrożenia okresu dorastania*, red. Z. Izdebski, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra.
- Obuchowska I., (2014): *Adolescencja*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydanie III, red. B. Harwas–Napierała, J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ochman P., (1986): *Socjologiczna interpretacja definicji zdrowia WHO: implikacje teoretyczne i praktyczne*, Studia Socjologiczne, 2 (101), s. 217–230.
- Ochmański M., (2001): *Nagrody i kary w młodszym wieku szkolnym*, Warszawa.
- Ochola S., Masibo P. K., (2014): *Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries*, Annals of Nutrition and Metabolism, 64 (suppl 2), s. 24–40.
- Ogden J., (2011): *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Ogińska–Bulik N., Miniszewska J., (2012): *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 11–23.
- Ogińska–Bulik N., (2006): *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno–Ekonomicznej w Łodzi.
- Ogińska–Bulik N., (2010): *Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności*, [w:] *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla*

zdrowia, red. N. Ogińska-Bulik, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź, s. 23–42.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., (2010): *Osobowość, Stres a Zdrowie*, Wydawnictwo „Difin”, Warszawa, s. 26–34.

Okoń W., (2004): *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Okulicz-Kozaryn K., (2005): *Używanie narkotyków przez młodzież. Pojęcia definicyjne*, Remedium, 6 (148), s. 18–19.

Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., (2017): *Wzory picia napojów alkoholowych, [w:] Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży. Badania mokotowskie 2004-2016*, red. K. Ostaszewski, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, s. 22–39.

Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Brykczyńska C., Pisarska A., (2008): *Używanie poszczególnych rodzajów narkotyków przez młodzież: wzory i konsekwencje*, Alkoholizm i Narkomania, nr 4, s. 391–411.

Okulicz-Kozaryn K., Sierosławski J., (2007): *Validation of the „problematic use of narcotics” (PUN) screening test for drug using adolescents*, Addictive Behaviors, 32, s. 640–646.

Olechnicki K., Załęcki P., (2002): *Słownik socjologiczny*, Graffiti BC, Toruń, s. 239.

Olejniczak D., Taraś K., Religioni U., Czerw A., (2015): *Ocena nawyków higienicznych u młodzieży w wieku licealnym*, Journal of Education, Health and Sport, 5 (8), s. 36–46.

Oleszkowicz A., Senejko A., (2011): *Dorastanie, [w:] Psychologia rozwoju człowieka*, red. J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Oleszkowicz A., Senejko A., (2013): *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w drodze globalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Onefre M., Marques A. R., Moreira A. R., i in., (2012): *Physical education and sport in Europe: From individual reality to collective desirability (Part 1)*, Intern J Physical Educ, 2, s. 31–35.

Onefre M., Marques A. R., Moreira A. R., i in., (2012a): *Physical education and sport in Europe: From individual reality to collective desirability (Part 2)*. Intern J Physical Educ, 2, s. 17–31.

Orłowski S., (2005): *Szkoła wobec agresji i przemocy, [w:] Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczycieli*, red. B. Kamińska-Buśko, J. Szymańska, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.

Osiński W., (2004): *Sprawność fizyczna a badania nad motorycznością człowieka: sporu o konstrukt podstawowy wcale nie ciąg dalszy*, Antropomotoryka, nr 28, s. 103–106.

- Osiński W., (2011): *Teoria wychowania fizycznego*. Wydawnictwo AWF w Poznaniu.
- Osiński W., (2003): *Antropomotoryka. Podręcznik*, AWF Poznań, s. 107–109, 194, 320.
- Ostaszewski K., (2005): *Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych*, [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, red. M. Deptuła, Bydgoszcz, s. 112–113.
- Ostaszewski, K., (2008): *Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych*, *Alkoholizm i Narkomania*, 21 (4), s. 363–389.
- Ostaszewski K., (2014): *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- Ostaszewski K., (2017): *Sposoby spędzania wolnego czasu*, [w:] *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży. Badania mokotowskie 2004-2016*, red. K. Ostaszewski, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, s. 97–117.
- Ostaszewski K., (2017a): *Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol*, [w:] *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży. Badania mokotowskie 2004-2016*, red. K. Ostaszewski, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, s. 10-21.
- Ostaszewski K., (2017): *Używanie substancji psychoaktywnych jako przejaw zachowań ryzykownych młodzieży szkolnej*, *Dziecko Krzywdzone: Teoria, Badania, Praktyka*, 16 (1), s. 132–140.
- Ostręga W., (2017): *Aktywność fizyczna jako kluczowy element zdrowego stylu życia*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Ostręga W., Oblacińska A., (2017): *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej. Podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Ostrowska A., (1999): *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Owczarek S., (2009): *Ruch w terapii otyłości*, Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej, Warszawa, s. 44.
- Ozorowski E., (2005): *Nieprzemijalna wartość rodziny*, [w:] *Rodzina, Etyka, Ekonomia*, red. R. Horodeński, E. Ozorowski, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Białymstoku, Białystok.
- Pańczyk W., (2009): *Jestem za wychowaniem fizyczno–zdrowotnym*, *Zdrowie, Kultura Zdrowotna, Edukacja*, 3, s. 41–43.
- Pańczyk W., (2012): *Aktywność rekreacyjno–turystyczna w świetle ponowoczesnych, zdrowotnych potrzeb społecznych*, [w:] *Kultura fizyczna i sport w zwierciadle nauk*

społecznych, red. W. J. Cynarski, J. Kosiewicz, K. Obodyński, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, s. 393–413.

Parsons T., (1968): *Struktura społeczna a osobowość*, PWE, Warszawa.

Pawłucki A., (2009): *Bliżej pedagogiki zdrowia – część pierwsza*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 2, s. 4-20.

Pawłucki A., (2009): *Bliżej pedagogiki zdrowia – dokończenie* Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 3, s. 4–12.

Petty K., Davis C., Tkacz J., i in., (2009): *Exercise effects on depressive symptoms and self-worth in overweight children: a randomized controlled trial*, Journal of Pediatric Psychology, 34 (9), s. 929–939.

Piątkowska M., (2012): *Wiek jako czynnik różnicujący poziom aktywności fizycznej polskiej populacji*, Antropomotoryka, nr 59, s. 17–29.

Piątkowska M., Pec K., Smoleń–Jajeńska Z., (2008): *Uczestnictwo młodzieży ponadgimnazjalnej w różnych obszarach aktywności ruchowej*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 6, s. 32–41.

Piątkowski W., (2000): *Zdrowie w socjologii*, [w:] *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, red. T.B. Kulik, I. Wrońska, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli, s. 127–159.

Piątkowski W., (2002): *Zdrowie jako zjawisko społeczne*, [w:] *Zdrowie i choroba, Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. J. Barański, W. Piłkowski, Wydawnictwo „Atut”, Wrocław, s. 29–38.

Piechaczek–Ogierman G., (2009): *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*, Wydawnictwo: Adam Marszałek, Toruń.

Pięta J., (2008): *Pedagogika czasu wolnego*, Warszawa, s. 11.

Pięta J., (2014): *Najczęściej praktykowane współczesne formy spędzania czasu wolnego*, [w:] *Pedagogika czasu wolnego*, Wydanie III zaktualizowane, Wydawnictwo FREL, Warszawa, s. 79–90.

Pilch T., (1998): *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.

Pilch T., (2003): *Grupa rówieśnicza jako środowisko wychowawcze*, [w:] *Pedagogika społeczna: człowiek w zmieniającym się świecie*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Wydanie II, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa, s. 174–186.

Pilch T., (2010): *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.

Pilch T., Bauman T., (2001): *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.

- Pilecka W., (2008): *O dziecięcym przekraczaniu siebie*, [w:] *O poznaniu siebie i świata przez dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, red. W. Pilecka, K. Bidziński, M. Pietrkiewicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach, s. 261–272.
- Pilecka W., (2011): *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży jako dyscyplina stosowana*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*, red. W. Pilecka, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Pilewska–Kozak A. B., Łepecka–Klusek C., Stadnicka G., i in., (2015): *Aktywność fizyczna dziewcząt w okresie dojrzewania*, *J Educ Health Sport*, 5 (9), s. 305–316.
- Plewa M., Markiewicz A., (2006): *Aktywność fizyczna w i profilaktyce i leczeniu otyłości*, *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, nr 1, s. 36–40.
- Pocztarska A., (2011): *Rola rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego w kształtowaniu postaw prozdrowotnych*, *Rozprawy Społeczne*, t. 5, nr 1, s. 101–106.
- Ponczek D., Olszowy, I., (2012): *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93 (2), s. 260–268.
- Popek L., (2017): *Problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, [w:] *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej*, red. A. Ostrenga, A. Oblacińska, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 48–61.
- Portmann R., (2006): *Przemoc wśród dzieci. Uchwycić sedno*, Wydawnictwo Jedność, Kielce, s. 7.
- Pośpiech J., (2009): *O reformowaniu wychowania fizycznego - refleksje zamiast polemiki*, *Zdrowie, Kultura Zdrowotna, Edukacja*, 4, s. 159–163.
- Prochaska J. J., Di Clemente C. C., (1983): *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*, *J Consult Clin Psychol*, 51, s. 390–395.
- Prochaska J. J., Salis J. F., Long B., (2001): *A physical activity measure for use with adolescents in primary care*, *Archives Pediatric Adolescent Medicine*, 155, s. 554–559.
- Przetacznik–Gierowska M., Tyszkowa M., (2006): *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*, t.1, PWN, Warszawa.
- Przetacznik–Gierowska M., Włodarski Z., (2002): *Psychologia wychowawcza*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Przewęda R., (1999): *Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne*, [w:] *Promocja zdrowia*, red. J. B. Karski, WSiP, Warszawa.
- Przewęda R., (2005): *Rozwój motoryczny*, [w:] *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, red. A. Jaczewski, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa, s. 132–140.

Przewoźniak L., (2000): *Spoleczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia*, [w:] *Zdrowie Publiczne*, red. A. Czupryna, S. Paździuch, A. Ryś, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Kraków.

Puchalski K., (1990): *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot badań socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*, [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, IMP, Łódź, s. 23–57.

Puchalski K., (2011): *Psychospoleczne problemy zdrowia i choroby*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. Tom I*. red. K. Puchalski, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP, Warszawa, s. 161–171.

Raczyński G., Czeczelewski J., (2007): *Higiena żywienia*, [w:] *Wybrane zagadnienia z higieny i promocji zdrowia*, red. G. Raczyński, Zeszyty Naukowo-Metodyczne AWF, Warszawa.

Radiukiewicz K., (2018): *Higiena jamy ustnej*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 125–128.

Radoszewska J., (2003): *Problem otyłości w psychologii klinicznej*, *Nowiny Psychologiczne*, zeszyt 3, s. 23.

Radoszewska J., (2008): *Psychologiczne uwarunkowania relacji dziecko otyłe – matka*. *Standardy Medyczne*, t. 5, zeszyt 2.

Radoszewska J., (2011): *Ucieleśnienie. Psychiczne uwarunkowania otyłości u dzieci i osób w wieku dorastania*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa, s. 13–22.

Rampersaud G. C., (2009): *Benefits of breakfast for children and adolescents. Update and recommendations for practitioners*, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3 (2), s. 86–103.

Ravens-Sieberer U., Torsheim T., Hetland J., i in., (2009): *Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe*, *International Journal of Public Health*, 54, s. 151–159.

Reifman A., Barnes G. M., Dintcheff B. A., i in., (2001): *Health values buffer social – environmental risk for adolescent alcohol misuse*, *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (3), s. 249–254.

Reid J. L., (2015): *Use of caffeinated energy drinks among secondary school students in Ontario: Prevalence and correlates of using energy drinks and mixing with alcohol*, *Can J Public Health*, 106 (3), s. 101–118.

Reissig C. J., Strain E. C., Griffiths R. R., (2009): *Caffeinated energy drinks – A growing problem*, *Drug Alcohol Depend*, 99 (1–3), s. 1–10.

Resler K., Cichosz D., (2015): *Nadużywanie alkoholu przez dzieci i młodzież w Polsce i na świecie*, *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, t. 11, nr 3, s. 295–301.

- Rezende L. F., Rodrigues Lopes M., Rey-López J. P., i in., (2014): *Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews*, Plos One, 9 (8), s. 105–620.
- Rigby K., (2010). *Przemoc w szkole, jak ją ograniczać. Poradnik dla rodziców i pedagogów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Roberts D. F., Foehr U. G., Rideont V. J., Brodie M., (1999): *Kids, Media and the New Millenium*, A Kaiser Family Foundation Report, J Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA.
- Robinson L. E., Stodden D. F., Barnett L. M., i in., (2015): *Motor competence and its effect on positive developmental trajectories of health*, Sports Medicine Springer International Publishing, t. 45 (9), s. 1273–1284.
- Rodgers R., Chabrol H., (2009): *The impact of exposure to images of ideally thin modeles of body dissatisfaction in French and Italian Women*, Encephale, 35, s. 262–268.
- Rodziewicz-Ruhn J., (2012): *Uczestnictwo w pozaszkolnej aktywności ruchowej młodzieży z Częstochowy*, Prace naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Kultura Fizyczna, zeszyt 11, s. 159–167.
- Roman E., (1995): *Zdrowie jako wartość socjalizowana*, [w:] *Socjalizacja a wartości*, red. T. Frąckowiak, J. Modrzewski, Eruditus, Poznań, s. 76–88.
- Roman E., (2002): *Stosunek dzieci i młodzieży do wartości zdrowia. Wzory zachowań prozdrowotnych*, [w:] *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*, red. Z. Żukowska, R. Żukowski, Warszawa.
- Rosińska M., (2010): *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej*, Uniwersytet Medyczny, Poznań.
- Rothenbacher D., Hoffmeister A., Brenner H., Koenig W., (2003): *Physical activity, coronary hart disease and inflammatory response*, Arch Intern Med, 163, s. 1200.
- Rubacha K., (2008): *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Rura G., (2009): *Nic nad zdrowie*, Życie Szkoły, nr 4, s. 10–13.
- Sadowska-Mazuryk J., Tomczuk-Ismer A., Jakubczyk A., Wojnar M., (2013): *Picie alkoholu przez młodzieży w kontekście okresu dojrzewania*, Alkoholizm i Narkomania, t. 26, nr 2, s. 167–185.
- Sahaj T., (2001): *Czy sport to zdrowie? Refleksje filozoficzne*, Sport Wyczynowy, nr 5–6, s. 73–83.
- Sallis J. F., McKenzie T. L., Alcaraz J. E., i in., (1997): *The effects of 2-year physical education program on physical activity and fitness in elementary school students*, Am. J. Public Health, 87, s. 1328–1334.

Salmivalli Ch., (2010): *Bullying and the peer group: A review*, *Aggression and Violent Behavior*, 15(2), s. 112–120.

Sas–Nowosielski K., (2009): *Determinanty wolnoczasowe i aktywności fizycznej i ich implikacje dla procesu wychowania do uczestnictwa w kulturze fizycznej*, AWF Katowice.

Sawyer S. M., Afifi R. A., Bearinger L. H., i in., (2012): *Adolescence: a foundation for future health*, „*The Lancet*”, 379, s. 1630–1640.

Schmidt M., Sharma, A., Schifano, F., Feinmann, C., (2011): *“Legal highs” on the net – Evaluation of UK-based Websites, products and product information*, *Forensic Science International*, 206, s. 92–97.

Schneider M., Dunton G., Cooper D., (2008): *Physical Activity and Physical Self-Concept among Sedentary Adolescent Females. An Intervention Study*, *Psychology of Sport and Exercise*, 9 (1), s. 1–14.

Schnohr P., Lange P., Scharling H., i in., (2006): *Long-term physical activity in leisure time and mortality from coronary heart disease, stroke, respiratory diseases and cancer*, *The Copenhagen City Heart Study*, *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13, s. 173–179.

Schwarzer R., (2008): *Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors*, *Appl. Psychol.*, 57 (1), s. 1–28.

Ściślak M., Rokita A., Kołodziej M., i in., (2014): *Zainteresowania formami aktywności ruchowej uczniów liceów ogólnokształcących z Wrocławia*. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 45, s. 79–98.

Sęk H., (2000): *Zdrowie behawioralne*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk, t. 3, s. 539.

Sęk H., (2005): *Zdrowie behawioralne*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, t. 3, s. 535–536.

Seń M., Zacharczuk A., Lintowska A., (2011): *Zachowania żywieniowe studentów wybranych uczelni wrocławskich a wiedza na temat skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia*, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2 (2), s. 113–123.

Shehnaz S. I., Agarwal A. K., Khan N. A., (2014): *Systematic Review of Self-Medication Practices Among Adolescents*, *Journal of Adolescent Health*, 55, s. 467.

Siatkowska M., Kozłowska D., Baranowska A., (2007): *Nauczyciel: pomocnik czy wróg? Postrzeganie nauczycieli przez uczniów w różnych typach szkół: raporty z badań*, *Kultura i Edukacja*, nr 2, s. 100–111.

Sielicka M., Pacholek B., Matuszak L., i in., (2015): *Ocena świadomości zdrowotnej i pożądalności produktów przekąskowych przez dzieci*, *Probl Hig Epidemiol*, 96 (3), s. 607–612.

- Sierosławski J., (2007): *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESP AD*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Sierosławski J., (2013): *Młodzież gimnazjalna, a alkohol*, [w:] *Zdrowie dzieci i młodzieży w wymiarze socjomedycznym*, red. J. Szymborski, W. Zatoński, Zdrowie Publiczne Monografie, Tom II, Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa, Warszawa, s. 79–95.
- Sierosławski J., (2013a): *Używanie narkotyków przez gimnazjalistów*, [w:] *Zdrowie dzieci i młodzieży w wymiarze socjomedycznym*, red. J. Szymborski, W. Zatoński, Zdrowie Publiczne Monografie, Tom II, Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa, Warszawa, s. 96–112.
- Sierosławski J., (2015): *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 roku. Europejski Program Badań Ankietowych w szkołach ESPAD*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Sierosławski J., Bukowska B., (2004): *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania, Raport z badań ankietowych z realizowanych w Łodzi w 2004 roku*, Warszawa.
- Sierosławski J., Zieliński A., (2002): *Alkohol i narkotyki w życiu polskiej młodzieży*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Sierosławski J., Zieliński A., (2007): *Młodzież i alkohol, wyniki badań szkolnych ESPAD*, Świat Problemów, nr 9 (92), s. 4–7.
- Sigal J., Armstrong M., Bacon S., i in., (2018): *Physical Activity and Diabetes*, Canadian Journal of Diabetes, 42, s. 54–63.
- Sikorowska I., (2005): *Różnorodność kontekstów społecznego rozwoju dziecka*, Psychologia Rozwojowa, t. 10, nr 1, s. 31–41.
- Sirard J. R., Pate R. R., (2001): *Physical activity assessment in children and adolescent*, Sports Med, 31, s. 439–464.
- Skrzypniak R., (2001): *Transmisja międzypokoleniowa wartości wychowawczych w rodzinie, Roczniki Socjologii Rodziny, R. XIII: Rodzina w czasach szybkich przemian*, Wydawnictwo UAM, Poznań, s.150.
- Śliwa M., (2001): *Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki*, Katowice.
- Śliwa S., (2016): *Klimat szkoły przyjazny profilaktyce na pierwszym etapie edukacyjnym*, [w:] *Mózg i/a edukacja. Edukacja i/a mózg*, red. M. Kowalski, I. Koszyk, S. Śliwa, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 19–23.

Słoma M., Szeja N., Adamek B., Krenzel I., (2017): *Budowanie właściwych wzorców żywieniowych u otyłego dziecka. Studium przypadku*, *Ekonomia–WER*, 23 (4), s. 195–206.

Słońska Z., (1994): *Promocja zdrowia–zarys problematyki*, *Prom Zdr Nauk Społ Med*, 1 (1-2), s. 37–52.

Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D., (2013): *Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia*, *Probl Hig Epidemiol*, 94 (4), s. 667–674.

Ślusarska B., Nowicki G., (2015): *Modele teoretyczne zachowań zdrowotnych w kształtowaniu aktywności sprzyjającej zdrowiu*, [w:] *Interdyscyplinarne problemy w praktyce medycznej*, red. A. Prystupa, G. Nowicki, Chełmskie Stowarzyszenie Medyczne Zdrowie i Edukacja, Centrum Poligraficzno–Handlowe M&M, Lublin, s. 79–89.

Smolarski T., (2012): *Istotne uwarunkowania rekreacji rowerowej w opinii młodzieży licealnej we Wrocławiu*, [w:] *Teoria i metodyka rekreacji ruchowej w świetle aktualnych badań*, red. W. Siwiński, B. Pluta, Wydawnictwo Naukowe Bogucki, Poznań, s. 88–98.

Sokołowska M., (1980): *Granice medycyny*, PZWL, Warszawa, s. 147–150.

Sosnowska–Bielicz E., Wrótniak J., (2013): *Nawyki żywieniowe a otyłość dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym*, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 32, s. 147–165.

Sowada R., (2005): *Jeszcze o zdrowiu*, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, nr 4.

Spruit A., Assink M., van Vugt E., i in., (2016): *The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: A meta-analytic review*, *Clinical Psychology Review*, 45, s. 56–71.

Squeglia L. M., Schweinsburg A. D., Pulido C., Tapert S. F., (2011): *Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: differential gender effects*, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (10), s. 1831–1841.

Squeglia L. M., Sorg S. F., Schweinsburg A. D., i in., (2012): *Binge drinking differentially affects adolescent male and female brainmorphometry*, *Psychopharmacology*, 220 (3), s. 529–539.

Staicu M. L., Cutov M., (2010): *Anger and health risk behaviors*, *Journal of Medicine and Life*, 3(4), s. 372–375.

Stalmach M., (2016): *Posiłki rodzinne–ich znaczenie oraz tło społeczno–ekonomiczne*, *Remedium*, nr 12, s. 5–6.

Starzyńska–Kościszko E., (2010): *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia : zdrowie jako wartość*, *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, 16, s. 319–326.

Stefańska–Kler R., (2014): *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. B. Harwas–Napierała, J. Trempała, Wydanie III, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Stephoe A., Gardner B., Wardle J., (2010): *The role of behaviour in health*, [w:] *Health Psychol*, red. D. French, A. Kaptein, K. Vedhara, Blackwell, Oxford, s. 12–32.

Stice E., Presnell K., Shaw H., i in., (2005): *Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study*, *J of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2) s. 195–202.

Stodolny J., (1990): *Choroba przeciążeniowa kręgosłupa*, Wydawnictwo: ZL „Natura”, Kielce.

Strasburger V. C., (2001): *Children and TV advertising: nowhere to run, nowhere to hide*, *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 22, s. 185–187.

Strzelecki W., Cybulski M., (2007): *Zmiana wizerunku medialnego kobiety*, *Nowiny Lekarskie*, 76, s. 173–181.

Suitor C.W., Kraak V. I., (2007): *Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary*, Washington: The National Academies Press.

Suls J., Krantz D. S., Williams G. C., (2013): *Three strategies for bridging different levels of analysis and embracing the biopsychosocial model*, *Health Psychol.*, 32 (5), s. 597–601.

Świdarska–Kopacz J., Marcinkowski J. T., Jankowska K., (2008): *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. V. Aktywność fizyczna*, *Probl Hig Epidemiol*, 89 (2), s. 246–250.

Syrek E., (2008): *Środowisko, kultura i zdrowie. Modele polityki i stanowisk w kwestii promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, red. E. Syrek, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 40.

Syrek E., (2019): *Teoretyczne podstawy współczesnej pedagogiki zdrowia, jako subdyscypliny pedagogiki*, *Pedagogika Społeczna*, nr 2 (72), s. 9–23.

Syrek E., Borzucka–Sitkiewicz K., (2009): *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.

Szanecka E., Małecka–Tendera E., (2006): *Zmiana nawyków żywieniowych a problem otyłości u dzieci*, *Endokrynol Otyłość*, 2 (3), s. 102–107.

Szczepańska J., Daszkowska M., Hilt A., Marczuk–Kolada G., (2015): *Zalecenia higieniczne w obrębie jamy ustnej dla dzieci i młodzieży*, *Nowa Stomatol*, 20 (3), s. 125–130.

Szczypaczewska M., Chwalbinska J., Krysztofiak H., Nazar K., (2006): *Metody oceny wydolności fizycznej sportowców*, [w:] *Kardiologia Sportowa*, red. W. Braksator, A. Mamcarz, M. Dłużniewski, Via Medica, s. 51–62.

Szeredzińska R., (2017): *Zdrowie dzieci i młodzieży. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Dziecko Krzywdzone: Teoria, Badania, Praktyka, t. 16, nr 1, s. 94–131.

Szotowska M., (2013): *Wpływ jednorazowej dawki tak zwanego napoju energetyzującego na ciśnienie tętnicze i częstość tętna u młodych, zdrowych osób dorosłych*, *Nadciśnienie Tętnicze*, 17 (2), s. 169–174.

Szymańska J., (2002): *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.

Szymańska J., (2015): *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.

Szymańska J., Wdowiak L., (2004): *Profilaktyka zębów u dzieci i młodzieży w dobie transformacji opieki zdrowotnej*, *Zdr. Publ.*, 114 (2), s. 127–130.

Szymańska J., Znanińska J., (2002). *Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki*, [w:] *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, red. G. Świątkiewicz, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 19–32.

Szynal M., Dąbek J., Łebek E., Knapik A., (2019): *Interest in one's own body mass by post-primary school youth*, *Med Rodz*, 22 (2), s. 71–78.

Tabak I., (2006): *Psychologiczne skutki otyłości*, [w:] *Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością*, red. A. Oblacińska, I Tabak, Wydawnictwo Promocja XXI, sp.z.o.o, Warszawa, s. 31–34.

Tabak I., (2013): *Aktywność fizyczna w rodzinie*, [w:] *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 9-17 lat. Aktualne wskaźniki, tendencje ich zmian oraz wybrane zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania. Raport końcowy część I: badanie ilościowe*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 173–188.

Tabak I., Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K., (2012): *Can family meals protect adolescents from obesity?* *Developmental Period Medicine*, XVI, 4, s. 313–321.

Tłuściak-Deliowska A., (2013): *Deklaracje postaw wobec przemocy rówieśniczej wśród gimnazjalistów*, *Psychologia Rozwojowa*, nr 3, s. 18–29.

Tłuściak-Deliowska A., (2014): *Normy grupy rówieśniczej regulujące zachowanie się w sytuacji dręczenia szkolnego*, *Psychologia Wychowawcza*, nr 6, s. 25–36.

Tłuściak-Deliowska A., (2014): *Przekonania normatywne gimnazjalistów dotyczące dręczenia szkolnego*, *Szkoła Specjalna* nr 1, s. 18–29.

Tobiasz-Adamczyk B., (2000): *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Tobół S., (2002): *Wpływ rodziny na wykorzystanie wolnego czasu*, *Życie Szkoły*, nr 3, s. 150–152.

- Tomik R., (2011): *Pozalekcyjne zajęcia rekreacyjno-sportowe w wybranych szkołach. Ocena trafności i rzetelności kwestionariusza na podstawie wyników badań pilotażowych*. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 55 (3).
- Tounian P., (2008): *Ocena kliniczna i biologiczna dziecka otyłego*, [w:] *Otyłość u dzieci*, red. P. Tounian, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 80–109.
- Tracz–Dral J., (2012): *Opracowania tematyczne. Agresja i przemoc w szkołach*, Kancelaria Senatu, Warszawa.
- Trześniowski R., (1990): *Rozwój fizyczny i sprawność fizyczna młodzieży szkolnej w Polsce, Z Warsztatów Badawczych*, AWF, Warszawa.
- Tuszyńska–Bogucka V., Bogucka J., (2005): *Zdrowie w hierarchii wartości*, *Annales UMCS*, LX, suppl. XVI, 584, s. 91–94.
- Urych I., (2013): *Wartości wychowania a bezpieczeństw młodego człowieka*, *Zeszyty Naukowe Akademii Obrony Narodowej*, nr 1 (90), s. 227–241.
- Utter J., Scragg R., Mhurchu C. N., Schaaf D., (2007): *At-home breakfast consumption among new Zealand children: associations with body mass index and related nutrition behaviors*, *Journal of American Dietetic Association*, 107, s. 570–576.
- Van Coauter E., (2007): *Impact of sleep and sleep loss on neuroendocrine and metabolic function*, *Hormone Research*, 67, s. 2–9.
- Viner R. M., Ozer E.M., Denny S., i in., (2012): *Adolescence and the social determinants of health*, *The Lancet*, 379, s.1641–1652.
- Vogt–Kostecka M., Drożdżikowski D., (2018): *Sport a profilaktyka zachowań ryzykownych młodzieży*. *Serwis Informacyjny, Uzależnienia*, 3 (83), s. 22–17
- Wagner S., Banaszkiwicz M., Andruszkiewicz A., i in., (2015): *Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, t. 21, nr 3, s. 278–281.
- Walc W., (2012): *Opiekuńczo wychowawcza funkcja polskiej szkoły*, [w:] *Wychowawcza rola szkoły*, red. J. Kirenko, T. Zubrzycka–Maciąg, D. Wosik–Kawula, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 23.
- Walentyłowicz–Moryl K., (2017): *Wielowymiarowe modele zdrowia*, *Hygeia Public Health*, 52 (1), s. 1–5.
- Wasilewska M., Bergier J., (2015): *Physical activity level of the youth in selected countries of the world*, *Health Problems of Civilization*, 9 (3), s. 39–46.
- Wasilewska M., Bergier J., (2018): *Physical activity and associated socio-demographic factors in adolescents from the eastern region of Poland*, *Roczniki PZH*, 69 (1), s. 55–61.

Waszyńska K., Woźniak A., (2010): *Społeczny kontekst zawodu nauczyciela. Analiza zasobów i trudności*, [w:] *Obraz szkoły i nauczyciela. Egzemplifikacje teoretyczne i empiryczne*, red. E. Murawska, Kraków, s. 35–44.

Weber M., (2002): *Gospodarka i społeczeństwo. Zarys socjologii rozumiejącej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Wieczorek M., (2018): *Program wychowawczo-profilaktyczny szkoły i placówki. Krok po kroku*. Ośrodek Rozwoju i Edukacji, Warszawa.

Wieteska A., (2017): *Psychologiczne i zdrowotne konteksty aktywności fizycznej adolescentów*, Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne, 25 (2), s. 79 – 85.

Wiliński M., (2007): *Rozwój i wychowanie nastolatka*, [w:] *Zadania rodziny i szkoły: od samodzielności dziecka do efektywności pracownika*, red. A. Brzezińska, Wydawnictwo SWPS „Academica”, Warszawa.

Wilk T., (2003): *Edukacja, wartości i style życia reprezentowane przez współczesną młodzież w Polsce w odmiennych regionach gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

Williams T., (1988): *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 7–8, s. 195–197.

Wiścicki T., (2004): *Jak Polak z Bogiem*, Newsweek, nr 51, s. 90–92.

Witek A., Lewandowska–Kidoń T., Pawluk–Skrzypek A., (2012): *Percepcja otyłego rówieśnika a przekonania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, t. 18, nr 4, s. 276–280.

Wojciechowska J., (2013): *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk.

Wojtczak A., (2009): *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 53-134.

Wójtewicz A., (2014): *Ciało w kulturze konsumpcji. Efektywność edukacji zdrowotnej na przykładzie sieci szkół promujących zdrowie*, Wydawnictwo UMK, Toruń.

Wójtowicz S., (1996): *Picie alkoholu przez dorastających w kontekście realizacji zadań rozwojowych*, Alkoholizm i Narkomania, nr 1 (22), s. 75–82.

Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., (2011): *Zachowania zdrowotne nastolatków w Polsce w opinii młodzieży i ich rodziców*, Problemy Hig Epidemiol, 92 (2), s. 327–334.

Wojtyła A., Bojar I., Biliński P., (2010): *Problem of alcohol consumption among Polish adolescents*, Medycyna Ogólna, 16 (4) s. 570–580.

Wojtyła–Buciora P., Marcinkowski J. T., (2010): *Sposób żywienia, zadowolenie z własnego wyglądu i wyobrażenie o idealnej sylwetce młodzieży licealnej*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 91 (2), s. 227–232.

Wolański N., Dobosz J., (2012): *Tendencja przemian motoryczności człowieka (międzydekadowe zmiany efektywności)*, [w]: *Uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży wiejskiej*, red. A. Wilczewski, AWF Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej.

Wołowski T., Jankowska M., (2007): *Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Część II. Aktywność fizyczna oraz formy spędzania czasu wolnego*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 88 (1), s. 69–73.

Wonicka K., (2008): *Regularne spożywanie posiłków, pojadanie między wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, red M. Jarosz, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa.

Wood F., Bruce F., Baxter S., (2012): *Children's participation in the design of physical activities conducted in the outdoors*, Adv Phys Educ, 2 (4), s. 153–162.

Woynarowska B., Mazur J., (2003): *Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne u młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce w 2002 roku*, Alkoholizm i Narkomania, t. 16: nr 3–4, s. 155–171.

Woynarowska B., Oblacińska A., (2014): *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, Studia Biura Analiz Sejmowych, 2 (38), s. 41–64.

Woynarowska B., (1999): *Poszukiwanie nowych wskaźników oraz sposobów pomiaru i monitorowania zdrowia dzieci i młodzieży*, Zdrowie Publiczne, nr 1 (29), s. 59.

Woynarowska B., (2000): *Zdrowie i szkoła*, PZWL, Warszawa s. 126–264.

Woynarowska B., red. (2003): *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. Raport z badań*, Uniwersytet Warszawski, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 91–92.

Woynarowska B., (2007): *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 17–75.

Woynarowska B., (2008): *Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. B., Woynarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 44–75.

Woynarowska B., (2008): *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Woynarowska B., (2008): *Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość o zdrowie*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 294–324.

Woynarowska B., (2008a): *Dbałość o ciało*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 273–293.

Woynarowska B., red. (2012): *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.

Woynarowska B., (2012): *Aktywność fizyczna*, [w:] *Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, red. B. Woynarowska, J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

Woynarowska B., (2013): *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Woynarowska B., (2015): *Uczestniczenie w bójkach*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 200–204.

Woynarowska B., (2015a): *Stosowanie diet odchudzających*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s.163–168.

Woynarowska B., (2018): *Zachowania sedentarne przed ekranem w czasie wolnym*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska–Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 93–101.

Woynarowska B., (2018a): *Zachowania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska–Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 120–123.

Woynarowska B., (2018b): *Spożywanie śniadań*, [w:] *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, red. J. Mazur, A. Małkowska–Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 111–115.

Woynarowska B., Jodkowska M., (2008): *Zapobieganie przedwczesnemu rozwojowi miażdżycy*, [w:] *Profilaktyka w pediatrii*, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 162–171.

Woynarowska B., Jodłowska M., Oblacińska A., (2000): *Samoocena sprawności fizycznej i aktywności w czasie wolnym u dzieci w latach 1990–1998*, *Pediatrica Polska*, LXXV, 1, s. 35–41.

Woynarowska B., Małkowska–Szkutnik A., Mazur J., i in., (2011): *Posiłki szkolne i polityka w zakresie promocji zdrowego żywienia w szkołach w Polsce*, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, nr 3, s. 232–239.

Woynarowska B., Mazur J., (2013): *Uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego w szkole*, [w:] *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 9-17 lat. Aktualne wskaźniki, tendencje ich zmian oraz wybrane zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania. Raport końcowy część I: badanie ilościowe*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 37–45.

Woynarowska B., Mazur J., (2013a): *Uczestnictwo młodzieży w zajęciach związanych z aktywnością fizyczną poza szkołą i uprawianie sportu w czasie wolnym*

[w:] *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 9-17 lat. Aktualne wskaźniki, tendencje ich zmian oraz wybrane zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania. Raport końcowy część I: badanie ilościowe*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 45–48.

Woynarowska B., Mazur J., Oblacinska A., (2015): *Uczestnictwo uczniów w lekcjach wychowania fizycznego w szkołach w Polsce*, *Hygeia Public Health*, 50 (1), s. 183–190.

Woynarowska B., Oblacinska A., (2014): *Wspólne drugie śniadanie w szkole. Poradnik dla dyrektorów i pracowników szkół oraz rodziców uczniów*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.

Woynarowska-Sołdan M., (2013): *Zachowania prozdrowotne nauczycieli i innych pracowników szkoły*, *Medycyna Pracy*, nr 5, s. 659–670.

Woźniak R. B., (2012): *Mikrosocjologia edukacji w zarysie*, Wydawnictwo: Adam Marszałek, Toruń.

Wrona-Polańska H., (2006): *Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania*, *Sztuka Leczenia*, t. XIII, nr 1–2 s. 19–31.

Wrona-Polańska H., (2008): *Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy*, [w:] *Zdrowie, Stres, Choroba w wymiarze psychologicznym*, red. H. Wrona-Polańska, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

Wrzesień M., (2009): *Społeczne i sytuacyjne uwarunkowania agresji młodzieży*, Wydawnictwo@ e-bookowo.pl.

Wulff H. R., Gotzsche P. C., (2005): *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej, czyli evidence based medicine*, Wydawnictwo „Aktis”, Łódź.

Wycisk J., Ziółkowska B., (2010): *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*, Wydawnictwo „Difin”, Warszawa.

Wysocki M. J., Miller M., (2003): *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, *Przeegl Epidemiol*, 57, s. 505–512.

Zadarko-Domaradzka M., Zadarko E., (2017): *Nowe media jako narzędzie edukacji zdrowotnej i modelowania zachowań współczesnego społeczeństwa*, *Edukacja – Technika – Informatyka*, nr 1, s. 268.

Zadarko-Domaradzka M., Tlałka E., Sobolewski M., (2006): *Społeczno-kulturowe uwarunkowania aktywności ruchowej młodzieży gimnazjalnej Sanoka*, *Przeegląd Nauk Kult Fiz Uniw Rzesz*, 2 (IX), s. 206–212.

Zadworna-Cieślak M., (2010): *Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży*, [w:] *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*, red. N. Ogińska-Bulik, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź. s. 43–58.

Zadworna–Cieślak M., (2010a): *Zachowanie zdrowotne rodziców i ich dorastających dzieci*, [w:] *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*, red. N. Ogińska–Bulik, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź.

Zadworna–Cieślak M., Kafik–Pieróg M., (2010): *Psychospołeczne determinanty zachowań zdrowotnych młodzieży*, *Polskie Forum Psychologiczne*, t. 15, nr 2, s. 140–153.

Zadworna–Cieślak M., Ogińska–Bulik N., (2011): *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Wydawnictwo „Difin”, Warszawa, s. 97–98.

Zajęcka B., (2014): *Zachowania ryzykowne młodzieży gimnazjalnej*, *Prace Naukowe Akademii im J. Długosza w Częstochowie*, t. XXIII, s. 309–319.

Zalewska M., Maciorkowska E., (2013): *Rola edukacji żywieniowej w populacji dzieci i młodzieży*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, t. 19, nr 3, s. 375–378.

Zalewska–Meler A., (2009): *(Nie)Obecne kategorie w obszarze zdrowia człowieka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

Zarycki T., (2008): *Kapitał kulturowy. Inteligencja w Polsce i w Rosji*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

Zatoń K., (2014): *Aktywność fizyczna a zdrowie*, *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, nr 45, s. 34–40.

Zawadzka B., (2007): *Dorastająca młodzież wobec problemu własnego zdrowia*, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie.

Zawadzka D., (2015): *Zadowolenie z życia*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 100–105.

Zawadzka D., (2015a): *Higiena jamy ustnej*, [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, red. J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 156–161.

Zawilska J., (2016): *Nowe związki psychoaktywne („dopalacze”). Część I. Informacje ogólne*, *Med Prakt Psychiatria*, s. 45–50.

Ziarko H., (2006): *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*, Wydawnictwo Naukowe: Bogucki, Poznań.

Zielińska M., (2008): *Społeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych łódzkich kobiet w wieku prokreacyjnym*, *Probl Hig Epidemiol*, 89 (3), s. 367–372.

Zimna–Walendzik E., Grzybowski A., (2003): *Udział szkoły w kształtowaniu postaw młodzieży wobec aktywności ruchowej*, CINDI WHO w Polsce, Łódź.

Zimna–Walendzik E., Grzybowski A., Nowacka E., Paradowska–Stankiewicz I., (2006): *Aktywność rekreacyjno–sportowa młodzieży szkolnej*, [w:] *Aktywność*

ruchowa ludzi w różnym wieku, red. D. Umiastowska, Wydawnictwo Promocyjne „Albatros”, Szczecin, t. 10, s. 221–227.

Zimna–Walendzik E., Szatko F., (2012): *Udział sportu w modyfikacji stylu życia młodzieży resocjalizowanej*. Probl. Hig. Epidemiol, 93 (1), s. 67–70.

Ziółkowska A., Gajewska M., Szostak–Węgierek D., (2010): *Zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej z Warszawy i miejscowości podwarszawskich*, Probl Hig Epidemiol, 91 (4), s. 606–610.

Ziółkowska B., (2013): *Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyko i pomagać?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk.

Ziółkowska B., (2013a): *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk.

Żołnierczuk–Kieliszek D., (1999): *Zachowania zdrowotne*, [w:] *Zdrowie Publiczne*, red. M. Latarski, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Lublinie, s. 89–121.

Akty prawne

Biała Księga na temat sportu (2007): Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela, http://ec.europa.eu/sport/documents/wp_on_sport_pl.pdf, 22.02.2013.

Biała Księga Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością (2007a), Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela, <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:PL:PDF>, 23.02.2013.

Centrum Badania Opinii Społecznej (2012): *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*, Warszawa: CBOS.

European School Survey Project on Alcohol and Drugs ESPAD (2011): *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Global Recommendations on Physical Activity for Health, World Health Organization 2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf

Główny Urząd Statystyczny (2011): *Stan zdrowia ludności Polski w 2009r.* Warszawa: Główny urząd Statystyczny.

Główny Urząd Statystyczny (2011): *Zdrowie dzieci młodzieży w 2009 r.* Kraków: Główny Urząd Statystyczny.

Główny Urząd Statystyczny (2012): *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny

Główny Urząd Statystyczny (2016): *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny

Komisja Europejska (2014): *Zielona Księga w sprawie mobilnego zdrowia*, Bruksela, s.7; dostęp online: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/PL/1-2014-219-PL-F1-1.Pdf> (08.12.2017).

Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie (2012): *Postawy uczniów krakowskich szkół wobec substancji psychoaktywnych*. Badania ankietowe przeprowadzone przez Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie w roku szkolnym 2011/2012.

Najwyższa Izba Kontroli (2010): *Informacja o wynikach kontroli. Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych*, NIK, Warszawa.

Najwyższa Izba Kontroli (2013): *Informacja o wynikach kontroli. Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych*, NIK, Warszawa.

Partner In Business Strategies PBS (2011): *Badanie dotyczące używania środków psychoaktywnych przez młodzież szkolną województwa pomorskiego*. Raport końcowy

z badania przygotowany przez PBS na potrzeby Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, Sopot: PBS.

Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. Kantar Public dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego, 2017. [gis.gov.pl › wp-content › uploads › 2018/04 › Postawy...](https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy...) dostęp.20.11.2019.

Rocznik Demograficzny (2017): Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/.../rocznik_demograficzny_2017.pdf.

Wielka encyklopedia Świata, t. 1, Oxford Educational, Warszawa, s. 75.

Spis Tabel

Tabela III-1. Miejsce zamieszkania badanej młodzieży	99
Tabela III-2. Status materialny rodziny w subiektywnej ocenie uczniów	100
Tabela III-3. Wykształcenie ojca	101
Tabela III-4. Wykształcenie matki	101
Tabela III-5. Posiadanie pracy przez ojca w opinii uczniów	102
Tabela III-6. Posiadanie pracy przez matkę w opinii uczniów	103
Tabela III-7. Waga badanej młodzieży	105
Tabela III-8. Wzrost badanej młodzieży	105
Tabela III-9. Wartości wskaźników wzrostu, masy i BMI	107
Tabela III-10. Wskaźnik wzrostowo-wagowy (BMI)	107
Tabela III-11. Zadowolenia z życia badanych uczniów	112
Tabela III-12. Zadowolenie z życia w punktacji skali Cantrila	113
Tabela III-13. Ranking subiektywnych dolegliwości występujących u badanej młodzieży w ostatnich 6 miesiącach	115
Tabela III-14. Występowanie przewlekłej zdiagnozowanej choroby	115
Tabela III-15. Spełnienie rekomendacji WHO, odnośnie umiarkowanej aktywności fizycznej -MVPA (w tym lekcje WF)	120
Tabela III-16. Ilość dni w ostatnich siedmiu dniach (tym lekcje WF) w których młodzież przeznaczyła na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut.	120
Tabela III-17. Spełnienie rekomendacji WHO w zakresie liczby dni w tygodniu (poza zajęciami WF-u) przeznaczanych na aktywność fizyczną o dużej intensywności	122
Tabela III-18. Spełnienie rekomendacji WHO w zakresie liczby godzin w tygodniu (poza zajęciami WF-u) przeznaczanych na aktywność fizyczną o dużej intensywności	122
Tabela III-19. Częstość podejmowania aktywności fizycznej o dużej intensywności VPA (poza zajęciami WF-u) w wymiarze tygodniowym	123
Tabela III-20. Ilość godzin w tygodniu przeznaczanych na aktywność fizyczną o dużej intensywności (poza zajęciami WF-u)	123
Tabela III-21. Droga do szkoły badanych uczniów	125
Tabela III-22. Transport do szkoły wykorzystywany przez badanych uczniów	125
Tabela III-23. Stosunek badanej młodzieży do lekcji wychowania fizycznego	128
Tabela III-24. Subiektywne postrzeganie lekcji wychowania fizycznego	129

Tabela III-25. Poziom uczestnictwa młodzieży w lekcjach wychowania fizycznego w roku szkolnym poprzedzającym badanie	129
Tabela III-26. Uczestnictwo młodzieży w pozalekcyjnych zajęciach sportowych	131
Tabela III-27. Uczestnictwo w dodatkowych zajęciach sportowych	132
Tabela III-28. Dyscypliny sportowe uprawiane przez badaną młodzież w czasie wolnym	132
Tabela III-29. Formy aktywności rekreacyjnej podejmowane przez młodzież w ostatnich siedmiu dniach przed badaniem	133
Tabela III-30. Ilość dni przeznaczona na wybrane formy aktywności rekreacyjnej w ostatnich siedmiu dniach przed badaniem	134
Tabela III-31. Przeszkody utrudniające podejmowanie aktywności fizycznej.....	137
Tabela III-32. Lista powodów dla których badana młodzież uczestniczy w zajęciach ruchowych w czasie wolnym.....	139
Tabela III-33 Osoby motywujące badaną młodzież do podejmowania aktywności fizycznej.....	140
Tabela III-34. Ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na oglądanie telewizji/ w tym video i DVD/ w dniach szkolnych w czasie wolnym	142
Tabela III-35. Ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na oglądanie telewizji, w tym video i DVD w dniach weekendu w czasie wolnym	143
Tabela III-36. Czas przeznaczony na gry PC lub na konsoli dniach nauki szkolnej w czasie wolnym.....	144
Tabela III-37. Ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na korzystanie z Internetu (tabletu lub smartfona, wysyłanie e-mailów, czat, odrabianie lekcji) w dniach nauki szkolnej w czasie wolnym	145
Tabela III-38. Ilość czasu przeznaczona na gry komputerowe lub na konsoli w dniach weekendu w czasie wolnym	146
Tabela III-39. Ilość czasu przeznaczona na pracę z komputerem/ odrabianie lekcji, korzystanie z Internetu wysyłanie e-mailów, czat/ w dniach weekendu w czasie wolnym	147
Tabela III-40. Ilość czasu wolnego spędzonego z rodzicami w dniach nauki szkolnej	150
Tabela III-41. Ilość czasu wolnego spędzonego z rodzicami w dniach weekendu	151
Tabela III-42. Formy spędzania wolnego czasu z rodzicami	152
Tabela III-43. Spożywania śniadania i drugiego śniadania wymiarze tygodniowym ..	155
Tabela III-44. Osoby które przygotowują badanej młodzieży drugie śniadanie	156

Tabela III-45. Produkty korzystne dla zdrowia spożywane w wymiarze tygodniowym..	160
Tabela III-46. Produkty niekorzystne dla zdrowia spożywane w wymiarze tygodniowym.....	162
Tabela - III 47. Pomoc niesiona rodzicom w przygotowaniu posiłków.....	164
Tabela III -48. Długość snu badanej młodzieży.....	165
Tabela III -49. Subiektywne odczucia dotyczące długości snu niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania	166
Tabela III -50. Objawy odczuwane z powodu niedosypiania	166
Tabela III -51. Przyczyna niedosypiania deklarowane przez młodzież.	167
Tabela III -52. Mycie zębów przez badaną młodzież	168
Tabela III -53. Częstość wizyt u stomatologa deklarowana przez badaną młodzież....	169
Tabela III -54. Subiektywna ocena stanu uzębienia.....	169
Tabela III -55. Częstość mycia rąk przez badaną młodzież.....	171
Tabela III -56. Częstość mycia całego ciała deklarowana przez badaną młodzież.....	172
Tabela III -57. Częstość zmieniania bielizny osobistej przez badaną młodzież	172
Tabela III -58. Częstość palenia papierosów przez badaną młodzież.....	176
Tabela III -59. Średnia wieku inicjacji nikotyny.....	177
Tabela III -60. Subiektywna opinia młodzieży na temat przyczyn palenia papierosów przez nieletnich	177
Tabela III -61. Opinia młodzieży na temat szkodliwości palenia papierosów.....	178
Tabela III -62. Wiek inicjacji alkoholowej badanej młodzieży	182
Tabela III -63. Częstość picia alkoholu zależności od jego rodzaju.....	183
Tabela III -64. Odpowiedzi uczniów na pytanie, czy kiedykolwiek byli pijani	184
Tabela III -65. Opinia młodzieży na temat przyczyn sięgania po alkohol przez nieletnich	185
Tabela III -66. Subiektywna opinia badanej młodzieży na temat szkodliwości picia alkoholu przez nieletnich	186
Tabela III -67. Odpowiedzi badanej młodzieży na pytanie, czy w swoim środowisku zetknęli się z narkotykami.....	189
Tabela III -68. Częstość używania n/w substancji psychotropowych przez badaną młodzież	190
Tabela III -69. Wiek inicjacji spożywania środków psychoaktywnych.....	192
Tabela III -70. Subiektywna opinia młodzieży na temat przyczyn sięgania po środki narkotyczne przez nieletnich	193

Tabela III -71. Subiektywna opinia uczniów na temat szkodliwości środków odurzających	194
Tabela III -72. Częstotliwość brania „dopalaczy” przez badaną młodzież	197
Tabela III -73. Subiektywna opinia badanej młodzieży na temat „dopalaczy” jako narkotyku	197
Tabela III -74. Spożywanie napojów energetyzujących przez badaną młodzież	199
Tabela III -75. Stosowanie metod odchudzania się przez badaną młodzież	201
Tabela III -76. Częstotliwość doświadczania dręczenia w szkole i poza nią w ostatnich dwóch miesiącach	205
Tabela III -77. Częstotliwość uczestniczenia w dręczeniu innych w szkole i poza nią	206
Tabela III -78. Częstotliwość udziału w bójkach w ostatnich 12-u miesiącach	207
Tabela III -79. Osoby z którymi bije się badana młodzież	208
Tabela III -80. Palenie papierosów przez rodziców badanej młodzieży	209
Tabela III -81. Nadużywanie alkoholu przez osoby z najbliższego kręgu rodzinnego badanej młodzieży	210
Tabela III -82. Ilość bliskich przyjaciół wśród chłopców	212
Tabela III -83. Ilość bliskich przyjaciół wśród dziewcząt	212
Tabela III -84. Czas wolny spędzany z kolegami i koleżankami bezpośrednio po zajęciach w szkole	213
Tabela III -85. Średnia ilość dni spędzana przez badaną młodzież z kolegami i koleżankami bezpośrednio po zajęciach w szkole	213
Tabela III -86. Wieczory spędzane z kolegami i koleżankami poza domem w wymiarze tygodniowym	214
Tabela III -87. Średnia liczba wieczorów spędzana przez badaną młodzież poza domem z kolegami i koleżankami	214
Tabela III -88. Częstotliwość rozmów przez telefon i wysyłania SMS-ów, e-mailów przez badaną młodzież do swoich kolegów i koleżanek	215
Tabela III -89. Preferowane formy spędzania czasu wolnego przez badanych uczniów	218
Tabela III -90. Symbole szczęścia osobistego w opinii badanej młodzieży - średnia wagi	224
Tabela III -91. Porównanie średnich wag symboli szczęścia osobistego w zależności od płci	224

Tabela III -92. Lista wartości osobistych - średnie wagi i rozkłady wyboru rang (w %).....	225
Tabela III -93. Porównanie średnich wag listy wartości osobistych w zależności od płci.....	226
Tabela III -94. Lista Kryteriów Zdrowia w całej grupie badanych - uszeregowanie twierdzeń według średnich wag i rozkładu wyboru rang (w %).....	228
Tabela III -95. Porównanie średnich wag Listy Kryteriów Zdrowia w zależności od płci.....	230
Tabela IV-1. Podział na 3 poziomy aktywności fizycznej badanych uczniów ogółem, oraz z uwzględnieniem płci, w zależności od MVPA, czyli średniej ilości dni w tygodniu w którym badana osoba przeznaczyła na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut dziennie	232
Tabela IV-2. Aktywność fizyczna badanej młodzieży w zależności od płci	233
Tabela IV-3. Aktywność fizyczna badanej młodzieży w zależności od miejsca zamieszkania	233
Tabela IV-4. Zróznicowana aktywność fizyczna badanych a wykształcenie ojca	234
Tabela IV-5. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży, a wykształcenie matki....	234
Tabela IV-6. Zróznicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a status materialny rodziny.....	235
Tabela IV-7. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży, a wskaźnik wzrostowo- wagowy (BMI)	236
Tabela IV-8. Zróznicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a subiektywna samoocena zdrowia	236
Tabela IV-9. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a zadowolenie z życia (wg. skali Cantrila)	237
Tabela IV-10. Zróznicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a średnia zadowolenia z życia	237
Tabela IV-11. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO w zakresie ilości dni przeznaczanych na MVPA (w tym lekcje WF)	238
Tabela IV-12. Zróznicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia ilość dni w tygodniu przeznaczona na MVPA (w tym lekcje WF)	238
Tabela IV-13. Aktywność fizyczna badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO odnośnie ilości dni przeznaczanych na VPA (poza zajęciami WF).....	239

Tabela IV-14. Aktywność fizyczna młodzieży a częstotliwość wykonywania ćwiczeń o dużej intensywności (poza zajęciami WF)	239
Tabela IV-15. Aktywność fizyczna badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO odnośnie liczby godzin w tygodniu przeznaczanych na VPA (poza zajęciami WF) ...	240
Tabela IV-16. Aktywność fizyczna młodzieży a ilość godzin w tygodniu przeznaczana na ćwiczenia o dużej intensywności (poza zajęciami WF).....	240
Tabela IV-17. Aktywność fizyczna młodzieży a uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego w poprzednim w roku szkolnym	241
Tabela IV-18. Aktywność fizyczna badanej młodzieży a uczestnictwo w pozalekcyjnych zajęciach sportowych.....	242
Tabela IV-19. Zróżnicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a ilość czasu przeznaczana w ciągu doby na korzystanie z Internetu, tabletu lub smartfon'a w dniach nauki szkolnej	243
Tabela IV-20. Zróżnicowana aktywność fizyczna badanej młodzieży a ilość czasu w wymiarze dobowym przeznaczana na korzystanie z Internetu, tabletu lub smartfon'a w dniach weekendu.....	243
Tabela IV-21. Aktywność fizyczna młodzieży a częstość spożywania śniadania i drugiego śniadania wymiarze tygodniowym	245
Tabela IV-22. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży, a częstość spożywania produktów niekorzystnych dla zdrowia w wymiarze tygodniowym	245
Tabela IV-23. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży, a ilość czasu przeznaczana na sen	246
Tabela IV-24. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstość mycia zębów	247
Tabela IV-25. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstość palenia tytoniu	248
Tabela IV-26. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia wieku inicjacji nikotynowej	248
Tabela IV-27. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a spożywanie alkoholu	249
Tabela IV-28. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstość.....	250
Tabela IV-29. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia wieku inicjacji alkoholowej.....	251
Tabela IV-30. Zróżnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstotliwość upijania się	252

Tabela IV-31. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a kontakt z substancjami narkotycznymi.....	252
Tabela IV-32. Aktywność fizyczna badanej młodzieży a częstotliwość używania substancji psychoaktywnych.....	253
Tabela IV-33. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia wieku inicjacji narkotykowej.....	254
Tabela IV-34. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a spożywanie napojów energetyzujących.....	254
Tabela IV-35. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstotliwość picia napojów energetyzujących.....	255
Tabela IV-36. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a stosowanie diet.....	255
Tabela IV-37. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a częstotliwość doświadczania dręczenia w szkole lub poza nią w ostatnich dwóch miesiącach.....	256
Tabela IV-38. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a uczestnictwo w dręczeniu innych w ostatnich dwóch miesiącach w szkole i poza nią.....	256
Tabela IV -39. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a udział w bójkach.....	257
Tabela IV -40. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a ilość bliskich przyjaciół wśród chłopców.....	258
Tabela IV -41. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a ilość bliskich przyjaciół wśród dziewcząt.....	258
Tabela IV-42. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a spędzanie czasu bezpośrednio po zajęciach szkolnych z przyjaciółmi.....	258
Tabela IV-43. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia liczba dni spędzana z przyjaciółmi bezpośrednio po zajęciach szkolnych.....	259
Tabela IV-44. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a spędzanie czasu wieczorem poza domem razem z przyjaciółmi.....	259
Tabela IV-45. Zróźnicowana aktywność fizyczna młodzieży a średnia liczba wieczorów w tygodniu spędzana z przyjaciółmi poza domem.....	260
Tabela IV-46. Porównanie średnich wag Listy Kryterium Zdrowia w zależności od poziomu aktywności fizycznej.....	261
Tabela IV-47. Porównanie średnich wag symboli szczęścia w zależności od poziomu aktywności fizycznej.....	263
Tabela IV-48. Porównanie średnich wag wartości osobistych w zależności od poziomu aktywności fizycznej.....	264

Tabela V-1. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a płeć badanych.....	268
Tabela V-2. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a miejsce zamieszkania.....	268
Tabela V-3. Wykształcenie ojca a poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży..	268
Tabela V-4. Wykształcenie matki a poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży	269
Tabela V-5. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a status materialny rodziny	270
Tabela V-6. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a wskaźnik wzrostowo - wagowy (BMI).....	271
Tabela V-7. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a subiektywna samoocena zdrowia.....	271
Tabela V-8. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a zadowolenie z życia (wg. skali Cantrila).	272
Tabela V-9. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a średnia zadowolenia z życia.	272
Tabela V-10. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO odnośnie ilości dni przeznaczanych na MVPA (w tym lekcje WF).....	273
Tabela V-11. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a średnia ilość dni w tygodniu przeznaczona na MVPA (w tym lekcje WF).....	273
Tabela V-12. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO dotyczącej ilości dni przeznaczanych na VPA(poza zajęciami WF).....	274
Tabela V-13. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a częstotliwość podejmowania ćwiczeń o dużej intensywności (poza zajęciami WF).....	274
Tabela V-14. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a spełnienie rekomendacji WHO dotyczącej liczby godzin w tygodniu poświęconych na VPA (poza zajęciami WF).....	275
Tabela V-15. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a liczba godzin w tygodniu przeznaczona na ćwiczenia o dużej intensywności (poza zajęciami WF).	275
Tabela V-16. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego w poprzednim w roku szkolnym.....	276
Tabela V-17. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a uczestnictwo w pozalekcyjnych zajęciach sportowych.....	277

Tabela V-18. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na korzystanie z Internetu, tabletu lub smartfona /wysyłanie e-mailów, czat, odrabianie lekcji w dniach szkolnych w czasie wolnym	278
Tabela V-19. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona na korzystanie z Internetu, tabletu lub smartfona /wysyłanie e-mailów, czat, odrabianie lekcji w dniach weekendu	278
Tabela V-20. Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a częstotliwość spożywania śniadania i drugiego śniadania wymiarze tygodniowym	279
Tabela V-21. Poziom sprawności fizycznej uczniów a spożywanie produktów	280
Tabela V-22. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a długość snu	281
Tabela V-23. Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a częstotliwość mycia zębów	281
Tabela V-24. Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a palenie papierosów	282
Tabela V-25. Średnia wiek inicjacji nikotynowej a sprawność fizyczna młodzieży	283
Tabela V-26. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a kontakt z alkoholem.....	283
Tabela V-27. Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a częstotliwość picia wybranych rodzajów alkoholi	284
Tabela V-28 .Poziom sprawności fizycznej badanych uczniów a wiek inicjacji alkoholowej	285
Tabela V-29. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a częstość upijania się.....	286
Tabela V-30. Poziom sprawności uczniów a kontakt z substancjami narkotycznymi..	286
Tabela V-31. Poziom sprawności fizycznej uczniów a częstość używania substancji narkotycznych	287
Tabela V-32. Poziom sprawności fizycznej nastolatków a wiek inicjacji narkotykowej.....	288
Tabela V-33. Poziom sprawności fizycznej uczniów a spożywanie napojów energetyzujących.....	289
Tabela V-34. Poziom sprawności fizycznej nastolatków a stosowanie różnego rodzaju diety	289
Tabela V-35. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a bycie dręczonym w ostatnich dwóch miesiącach w szkole i poza nią.....	290
Tabela V-36. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a częstość uczestniczenia w dręczeniu innych w ostatnich dwóch miesiącach w szkole i poza nią	291

Tabela V-37. Sprawność fizyczna badanej młodzieży a częstość uczestniczenia w bójkach w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie	291
Tabela V-38. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a ilość bliskich przyjaciół wśród chłopców	292
Tabela V-39. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a ilość bliskich przyjaciół wśród dziewcząt.....	292
Tabela V-40. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a czas spędzany z kolegami i koleżankami bezpośrednio po zajęciach w szkole.....	293
Tabela V-41. Poziom sprawności fizycznej badanej młodzieży a liczba dni spędzana z kolegami i koleżankami bezpośrednio po zajęciach szkolnych.....	293
Tabela V-42. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a czas spędzany z kolegami i koleżankami wieczorem poza domem.....	294
Tabela V-43. Poziom sprawności fizycznej młodzieży a średnia liczba wieczorów spędzana z kolegami i koleżankami poza domem	294
Tabela V-44. Porównanie średnich wag LKZ w zależności od poziomu sprawności fizycznej.....	295
Tabela V-45. Porównanie średnich wag symboli szczęścia w zależności od poziomu sprawności fizycznej.....	297
Tabela V-46. Porównanie średnich wag wartości osobistych w zależności od sprawności fizycznej.....	298
Tabela VI-47. Płeć badanych uczniów a występowanie asymetrii ciała	300
Tabela VI-48. Płeć uczniów a stopnie występowania asymetrii ruchu/ciała a.....	300

Spis histogramów

Schemat II-1. Związki pomiędzy badanymi w pracy zmiennymi.....	85
Histogram III-1. Płeć badanej młodzieży.....	99
Histogram III-2. Wykształcenie matek i ojców badanych uczniów.....	103
Histogram III-3. Ocena odżywienia badanych uczniów według wskaźnika wzrostowo-wagowego BMI.....	108
Histogram III-4. Formy aktywności rekreacyjnej różnicującej chłopców i dziewczęta pod względem ilości dni w tygodniu przeznaczanych na nie	135
Histogram III-5. Ilość godzin w ciągu dnia przeznaczona przez młodzież na serfowanie w Internecie i kontaktowanie z rówieśnikami za pomocą mailów i czatów w dniach szkolnych w czasie wolnym.....	145
Histogram III-6. Ilość czasu przeznaczona na korzystanie z możliwości jakie daje Internet w dniach weekendu.....	147
Histogram III-7. Wpływ reklam papierosów na podjęcie decyzji o paleniu nikotyny w opinii badanych chłopców i dziewcząt.....	178
Histogram III-8. Preferowane formy spędzania czasu wolnego z rówieśnikami.....	221
Histogram III-9. Kryteria zdrowia w badanej grupie młodzieży	231
Histogram IV-1. Poziom aktywności fizycznej a częstość spożywania wina.....	251
Histogram V-1. Poziom sprawności fizycznej a częstość spożywania gotowych napoi z dodatkiem alkoholu	285

Aneks

Aneks 1. Spożywanie przez badaną młodzież napojów alkoholowych						
czy próbowałaś/eś kiedykolwiek napojów alkoholowych	ogółem (n=265)		chłopcy (n=124)		dziewczęta (n=141)	
tak	103	38,87%	47	37,90%	56	39,72%
nie	162	61,13%	77	62,10%	85	60,28%

$$\chi^2 = 0,091 \text{ df}=2 \text{ p}>0,762$$

Aneks 2a. Symbole szczęścia osobistego w opinii badanych chłopców -średnie wagi i rozkłady wyboru rang (w %)

Symbole szczęścia	średnia waga	rangi (wybory w %)					
		0	1	2	3	4	5
2.udane życie rodzinne	2,72	26,61	7,26	8,87	9,68	20,16	27,42
5.dobre zdrowie	2,60	17,74	9,68	16,94	23,39	15,32	16,94
1.duży krąg przyjaciół	2,21	29,03	11,29	15,32	12,90	16,94	14,52
3.wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	2,21	25,81	14,52	12,10	20,16	15,32	12,10
6.być potrzebnym dla innych ludzi	1,44	51,61	12,10	8,87	6,45	9,68	11,29
4.sukcesy w nauce, pracy	1,22	53,23	10,48	13,71	12,10	4,84	5,65
7.dobre warunki materialne	1,19	49,19	16,94	13,71	8,87	8,06	3,23
8.życie pełne przygód, podróży	1,10	57,26	14,52	8,06	7,26	6,45	6,45
9.sława, popularność	0,29	89,52	3,3	0,00	2,42	3,23	1,61

0-brak wyboru, 5-najwyższa ranga, N=265

Aneks 2b. Symbole szczęścia osobistego w opinii badanych dziewcząt -średnie wagi i rozkłady wyboru rang (w %).

Symbole szczęścia	średnia waga	rangi (wybory w %)					
		0	1	2	3	4	5
2.udane życie rodzinne	3,35	12,77	7,80	7,09	12,06	24,82	35,46
5.dobre zdrowie	2,67	15,60	7,09	16,31	29,08	19,86	12,06
1.duży krąg przyjaciół	2,16	34,04	8,51	9,93	17,02	16,31	14,18
6.być potrzebnym dla innych ludzi	2,01	38,30	9,22	13,48	9,93	10,64	18,44
4.sukcesy w nauce, pracy	1,52	38,30	20,57	13,48	12,06	9,22	6,38
3.wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	1,41	48,23	10,64	17,02	6,38	11,35	6,38
8.życie pełne przygód, podróży	1,03	51,06	21,99	12,06	5,67	6,38	2,84
7.dobre warunki materialne	0,64	72,34	7,80	9,22	7,09	1,42	2,13
9.sława, popularność	0,17	90,07	6,38	1,42	1,42	0,00	0,71

0-brak wyboru, 5-najwyższa ranga, N=265

Aneks 3a. Symbole szczęścia osobistego w opinii badanych chłopców -średnie wagi i rozkłady wyboru rang (w %)

Symbole szczęścia	średnia waga	rang (wybory w %)					
		0	1	2	3	4	5
1.miłość, przyjaźń	3,45	13,71	11, 29	4,84	7, 26	12, 10	50,8 1
2. dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	2,44	24, 19	8,87	16, 13	15,32	20, 16	15,3 2
4. inteligencja, bystrość umysłu	1,59	43,55	8,06	19,35	12, 10	8,87	8,06
6. radość, zadowolenie	1,54	44,35	13,71	8,87	14,52	13,71	4,84
3. poczucie humoru, dowcip	1,39	41,94	17,74	13,71	13,71	12, 10	0,81
5. wiedza , mądrość	1, 27	57, 26	5,65	8,87	13,71	10,48	4,03
7. odwaga , stanowczość	1, 27	51,61	11, 29	13,71	9,68	9,68	4,03
8. dobroć, delikatność	0,73	71,77	5,65	8,06	8,06	5,65	0,81
10. bogactwo, majątek	0,69	75,00	7, 26	4,03	5,65	3, 23	4,84
9. ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	0,60	75,81	11, 29	3, 23	2,42	1,61	5,65
0-brak wyboru, 5-najwyższa ranga, N=265							

Aneks 3b. Symbole szczęścia osobistego w opinii badanych dziewcząt -średnie wagi i rozkłady wyboru rang (w %)

Symbole szczęścia	średnia waga	rang (wybory w %)					
		0	1	2	3	4	5
1.miłość, przyjaźń	4,12	4,96	7,80	1,42	7,80	12,06	65,96
2. dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	2,33	29,79	11,35	8,51	10,64	26, 24	13,48
6. radość, zadowolenie	1,69	38,30	8,51	19, 15	17,02	14, 18	2,84
4. inteligencja, bystrość umysłu	1,66	38,30	10,64	19,86	14,89	10,64	5,67
8. dobroć, delikatność	1,30	51,06	9,93	12,77	14,18	8,51	3,55
7. odwaga , stanowczość	1,05	57,45	10,64	12,77	9,93	7,09	2,13
3. poczucie humoru, dowcip	0,97	56,03	15,60	13,48	6,38	7,09	1,42
5. wiedza , mądrość	0,95	66,67	4,96	6,38	12,06	8,51	1,42
9. ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	0,65	70,21	14,18	4,96	4,26	3,55	2,84
10. bogactwo, majątek	0,28	87,94	5,67	0,71	2,84	2,13	0,71
0-brak wyboru, 5-najwyższa ranga, N=265							

Aneks 4a. LKZ w grupie chłopców -- uszeregowanie twierdzeń według średnich wag i rozkładu wyboru rang (w %)

kategorie LKZ	średnia waga	rangi (wybory w %)						definicja zdrowia
		0	1	2	3	4	5	
20. mieć sprawne wszystkie części ciała	1,39	60,48	7,26	4,03	4,03	9,68	14,52	właściwość
8. nie palić tytoniu	1,22	59,68	4,84	9,68	10,48	10,48	4,84	wynik
5. należycie się odżywiać	1,01	69,35	4,84	4,84	6,45	5,65	8,87	wynik
6. dbać o wypoczynek, sen	0,97	65,32	6,45	8,06	9,68	7,26	3,23	wynik
1. dożyć późnej starości	0,92	68,55	9,68	4,84	1,61	8,87	6,45	cel
12. nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,89	73,39	0,81	8,06	5,65	5,65	6,45	właściwość
7. pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,82	72,58	5,65	5,65	4,03	7,26	4,84	wynik
9. mieć odpowiednią wagę ciała	0,82	72,58	4,84	4,03	8,87	5,65	4,03	wynik
17. umieć się cieszyć z życia	0,78	75,81	3,23	6,45	3,23	4,03	7,26	stan
2. czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,74	75,00	5,65	5,65	4,03	3,23	6,45	stan
23. czuć się dobrze	0,71	71,77	9,68	4,84	8,06	0,81	4,84	stan
11. mieć dobry nastrój	0,56	83,06	1,61	3,23	3,23	5,65	3,23	właściwość
3. potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,51	84,68	0,81	3,23	4,03	4,84	2,42	proces
22. mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,49	83,06	4,84	3,23	2,42	1,61	4,84	wynik
14. nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,47	83,06	3,23	4,84	4,84	0,81	3,23	właściwość
4. umieć rozwiązywać swoje problemy	0,42	88,71	1,61	0,00	2,42	3,23	4,03	proces
15. mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,42	82,26	7,26	2,42	3,23	4,03	0,81	właściwość
24. prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,35	86,29	4,84	4,03	0,81	0,81	3,23	właściwość
16. umieć przystosować się do zmian w życiu	0,31	88,71	1,61	4,03	2,42	2,42	0,81	proces
13. potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,30	90,32	1,61	1,61	2,42	2,42	1,61	proces
18. być odpowiedzialnym	0,30	89,52	2,42	1,61	3,23	1,61	1,61	cel

10.jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0, 27	89,52	3, 23	1,61	2,42	2,42	0,81	właściwość
21 akceptować siebie , znać swoje możliwości i braki	0, 19	91, 13	4,03	0,00	2,42	1,61	0,81	cel
19.potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0, 15	95, 16	0,00	0,81	3, 23	0,00	0,81	proces

Aneks 4b. . LKZ w grupie dziewcząt – uszeregowanie twierdzeń według średnich wagi i rozkładu wyboru rang (w %)

kategorie LKZ	średnia waga	rang (wybory w %)						definicja zdrowia
		0	1	2	3	4	5	
5.należyście się odżywiać	1,81	47,52	4,96	8,51	12,77	10,64	15,60	wynik
6.dbać o wypoczynek, sen	1, 21	59,57	7,80	7,80	9,93	6,38	8,51	wynik
9.mieć odpowiednią wagę ciała	1, 13	61,70	6,38	7,80	9,93	9, 22	4,96	wynik
23.czuć się dobrze	1,09	68,79	4, 26	4,96	2,84	9,93	9, 22	stan
8.nie palić tytoniu	0,94	69,50	6,38	6,38	2, 13	9, 22	6,38	wynik
20. mieć sprawne wszystkie części ciała	0,99	69,50	5,67	4,96	4, 26	7,09	8,51	właściwość
15.mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,92	64,54	12,77	4,96	5,67	7,80	4, 26	właściwość
12.nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,90	70,92	4,96	4,96	7,80	4,96	6,38	właściwość
14.nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,78	70, 21	7,80	7,80	5,67	4,96	3,55	właściwość
1.dożyć późnej starości	0,74	74,47	5,67	6,38	3,55	4, 26	5,67	cel
17.umieć się cieszyć z życia	0,69	78,01	3,55	5,67	2,84	4, 26	5,67	stan
7.pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,62	76,60	5,67	5,67	4,96	4,96	2, 13	wynik
21 akceptować siebie , znać swoje możliwości i braki	0,52	82,98	3,55	2, 13	4, 26	3,55	3,55	cel
24. prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,47	82,98	4,96	3,55	2,84	2, 13	3,55	właściwość
2.czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,45	83,69	2, 13	6,38	2,84	2,84	2, 13	stan
11.mieć dobry nastrój	0,38	85,82	4, 26	3,55	0,71	3,55	2, 13	właściwość

3.potrawić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0, 26	92,91	0,71	1,42	0,71	1,42	2,84	proces
13.potrawić pracować bez napięcia i stresu	0, 25	90,78	2, 13	0,71	4,96	0,71	0,71	proces
22.mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0, 21	93,62	0,71	2, 13	0,71	0,00	2,84	wynik
10.jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0, 16	93,62	1,42	1,42	2,84	0,71	0,00	właściwość
19.potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0, 16	93,62	2, 13	0,00	2,84	0,00	1,42	proces
4.umieć rozwiązywać swoje problemy	0, 14	94,33	0,71	2,84	1,42	0,00	0,71	proces
18.być odpowiedzialnym	0, 11	96,45	0,00	0,71	2, 13	0,00	0,71	cel
16.umieć przystosować się do zmian w życiu	0,06	97,87	0,71	0,00	0,71	0,71	0,00	proces

ANKIETA

Ankieta którą otrzymałeś /aś jest całkowicie **anonimowa**. Zawarte w niej pytania mają związek z zachowaniami zdrowotnymi, a jej wyniki posłużą wyłącznie celom naukowym. Dlatego też bardzo ważne jest, by Twoje odpowiedzi były zupełnie **szczerze**. Instrukcja do kolejnych pytań podaje, w jaki sposób należy zaznaczyć odpowiedź – proszę, by odpowiedzi były zupełnie samodzielne. W odpowiedziach nie sugeruj się tym, co powinno być lub jak myślą inni, tylko jak jest w twoim przypadku i co Ty myślisz na dany temat .

Bardzo dziękuję za udział w badaniu ankietowym.

Mgr Alicja Plewa

O TOBIE

1. Czy jesteś chłopcem czy dziewczyną? Wstaw X w odpowiednie miejsce.

- Chłopiec
- dziewczyna

2. Wiek (wpisz miesiąc i rok urodzenia)

3. Ile ważysz bez ubrania? (wpisz) kg.

4. Jaki jest Twój wzrost bez obuwia? (wpisz) cm.

5. Jesteś : prawo ręczny/a lewo ręczny/a

6. Gdzie mieszkasz?

- w dużym mieście
- w małym mieście
- na wsi

7. Jakie wykształcenie posiadają Twoi rodzice:

TATA	<input type="checkbox"/> podstawowe	MAMA	<input type="checkbox"/> podstawowe
	<input type="checkbox"/> zawodowe		<input type="checkbox"/> zawodowe
	<input type="checkbox"/> średnie		<input type="checkbox"/> średnie
	<input type="checkbox"/> wyższe		<input type="checkbox"/> wyższe

8. Praca Twoich rodziców (wypełnij kolumnę dla mamy i taty)

Czy Twój Tata ma pracę?

- tak
- nie
- nie wiem
- nie mam lub nie widuję taty

Czy Twoja Mama ma pracę?

- tak
- nie
- nie wiem
- nie mam lub nie widuje mamy

9. Jak oceniasz sytuację materialną swojej rodziny :

- bardzo dobrze
- raczej dobrze
- przeciętnie (ani dobrze, ani źle)
- raczej źle
- bardzo źle

O TWOJEJ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia związane z wysiłkiem fizycznym i ruchem, w czasie których czynność twojego serca przyspiesza się, szybciej oddychasz. Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami wychowania fizycznego w szkole, uprawianiem sportu, grami z kolegami, marszem do szkoły .Przykład aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, pływanie , jazda na rolkach lub rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w siatkówkę, w piłkę nożną. Odpowiadając na kolejne dwa pytania oblicz, ile czasu łącznie przeznaczasz każdego dnia na aktywność fizyczną, czyli dodaj czas wszystkich zajęć.

10. W ostatnich siedmiu dniach, w ilu dniach przeznaczyłeś(-aś) na aktywność fizyczną (**w tym lekcje WF**) łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 dni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 dni |

11. W typowym lub zwykłym tygodniu, w ilu dniach przeznaczyłeś (-aś) na aktywność fizyczną (**w tym lekcje WF**) łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 dni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 dni |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> codziennie | |
| <input type="checkbox"/> 4-6 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> 1 raz w miesiącu |
| <input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> mniej niż 1 raz w miesiącu |
| <input type="checkbox"/> 1 raz w tygodniu | <input type="checkbox"/> nigdy |

13. Ile godzin **w tygodniu** poświęcasz w czasie wolnym **poza zajęciami szkolnymi** na ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. czujesz, że „brakuje Ci tchu”, pocisz się?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nie ćwiczę wcale | <input type="checkbox"/> około 2-3 godzin |
| <input type="checkbox"/> około pół godziny | <input type="checkbox"/> około 4-6 godzin |
| <input type="checkbox"/> około 1 godziny | <input type="checkbox"/> 7 godzin i więcej |

14. Poniżej znajduje się lista powodów, dla których młodzież uczestniczy w zajęciach ruchowych w wolnym czasie. **Zaznacz jak ważny jest dla Ciebie każdy z wymienionych powodów. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu.**

	Bardzo ważny	Dość ważny	Zupełnie nieważny
Dla zabawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby być dobrym w sporcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby wygrywać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby zawierać nowe znajomości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dla poprawy zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby spotkać się ze znajomymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby być w dobrej formie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby dobrze wyglądać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dla przyjemności, jaką daje ruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby zadowolić rodziców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby być kimś super (cool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żeby mieć wpływ na swoją masę ciała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponieważ jest to ekscytujące	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Czy lubisz lekcje WF w szkole?

bardzo lubię lubię niezbyt lubię nie lubię

16. W jakiej części wszystkich lekcji WF w szkole brałeś/aś udział w całym roku szkolnym?

we wszystkich (100%)

w większości (ok. 75-90%) mniej niż w połowie (30-40%)

w połowie (50%) byłem/am zwolniona z lekcji WF przez cały rok

17. W jakiej odległości od Twojego miejsca zamieszkania znajduje się szkoła do której uczęszczasz?

poniżej 1 km 1-2 km 3 km powyżej 3 km

18. W jaki sposób najczęściej docierasz do szkoły?

pieszo transportem publicznym (autobus, tramwaj, Bus)

samochodem Inne – podaj jakie

na rowerze

19. Czy zajęcia z WF spełniają Twoje oczekiwania?

tak

nie

20. Czy wykonywane na zajęciach WF ćwiczenia dają Ci satysfakcję?

tak

nie

21. W jakim stopniu oceniasz atrakcyjność zajęć?

bardzo dobrym

średnio zadawalającym

dobrym

nie zadawalającym

zadawalającym

22. Czy obecnie uczestniczysz w pozalekcyjnych zajęciach sportowych:

tak

nie

Jeśli odpowiedziałeś/aś Tak to w zajęciach jakiej sekcji sportowej uczestniczysz?

wpisz jakiej.....

23. Czy systematycznie uczęszczasz na wybrane przez siebie zajęcia sportowe?

tak

nie

24. Czy chętnie bierzesz udział w zajęciach związanych z aktywnością fizyczną?

zdecydowanie tak

raczej nie

raczej tak

zdecydowanie nie

25. Czym dla Ciebie jest aktywność fizyczna?

przyjemnością

koniecznością

zbędną czynnością

racjonalnym spędzeniem czasu wolnego

26. Kto najczęściej, zachęca Cię do uczestnictwa w aktywności ruchowej?

Ty sam/a

starsze rodzeństwo

rodzice

koledzy

dziadkowie

nauczyciele

wujostwo

27. Co według Ciebie, stanowi największą przeszkodę w aktywnym korzystaniu z czasu wolnego?

brak czasu

zły stan zdrowia

brak dostępu do obiektów sportowych

względy finansowe

brak potrzeby aktywnego spędzania czasu

Inne – napisz jakie

31. Jak często zwykle zjadasz **śniadanie** (pierwszy posiłek) tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju? *Wstaw X w jedną kratkę.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nigdy | <input type="checkbox"/> 4 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> raz w tygodniu | <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> codziennie |

32. Jak często zwykle zjadasz **II śniadanie**? *Wstaw X.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nigdy | <input type="checkbox"/> 4 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> raz w tygodniu | <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> codziennie |

33. Kto przygotowuje Twoje **śniadanie**? *Wstaw X.*

- jedno z rodziców
- dziadkowie
- starsze rodzeństwo
- sam/a przygotowuję sobie śniadanie

34. Kto przygotowuje Twoje **II śniadanie**? *Wstaw X.*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> jedno z rodziców | <input type="checkbox"/> sam/a przygotowuję sobie II śniadanie |
| <input type="checkbox"/> dziadkowie | <input type="checkbox"/> kupuję w sklepiku szkolnym |
| <input type="checkbox"/> starsze rodzeństwo | <input type="checkbox"/> kupuję w innym sklepie w okolicy szkoły |

35. Jak często zwykle zjadasz **obiad** (**ciepły posiłek w ciągu dnia**)? *Wstaw X.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nigdy | <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> raz w tygodniu | <input type="checkbox"/> 4 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> codziennie |

36. Jak często zwykle zjadasz **podwieczorek**? *Wstaw X.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nigdy | <input type="checkbox"/> 4 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> raz w tygodniu | <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> codziennie |

37. Jak często zwykle zjadasz **kolację**? *Wstaw X.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nigdy | <input type="checkbox"/> 4 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> raz w tygodniu | <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> codziennie |

38. Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty? Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	nigdy	rzadziej niż 1 raz w tyg.	1 raz w tyg.	2-4 dni w tyg.	5-6 dni w tyg.	codziennie 1 raz	codziennie częściej niż 1 raz
Mleko lub inne produkty mleczne np ser ,jogurt itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciemne pieczywo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Owoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warzywa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słodcyce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słone przekąski np. chipsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słodkie napoje np. coka- colę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wodę mineralną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast - food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Co najczęściej jesz na **pierwsze śniadanie**? Wstaw X przy produktach które spożywasz .

- zupę mleczną
- płatki kukurydziane, musli
- pieczywo: białe ciemne
- masło
- jajka
- ser: biały żółty
- wędlinę
- dżem, marmoladę, miód
- jogurt
- napoje: mleko kawę kakao herbatę wodę mineralną
- Inne (wpisz jakie)

40. Co najczęściej jesz na obiad? Wstaw X przy produktach które spożywasz.

- zupę
- drób (kurczak, indyk)
- mięso (wołowina, wieprzowina)
- rybę
- ziemniaki
- ryż
- kaszę
- potrawy mączne (pierogi, naleśniki, knedle itp.)
- surówki
- Inne (wpisz jakie)

41. Co najczęściej jesz na podwieczorek? Wstaw X przy produktach które spożywasz.

- budyń, kisiel, galaretkę owocową
- owoce
- ciasto
- słodczyce
- Inne (wpisz jakie)

42. Co najczęściej jesz na kolację? Wstaw X przy produktach które spożywasz.

- kanapki (pieczywo ,masło, wędlina, ser)
- ciepłe danie (placki, zapiekanka, naleśniki itp.)
- Inne (wpisz jakie)

43. Czy często kupujesz sobie coś do zjedzenia?

- nigdy czasem często

Jeśli odpowiedziałeś /aś Tak, to co najczęściej kupujesz (wpisz) :

.....

44. Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego, aby schudnąć (np. ograniczasz jedzenie lub zażywasz dostępne w aptece środki farmakologiczne)? Wstaw X.

- nie, bo ważę tyle, ile trzeba nie, bo powinienem przytyć
- nie, ale powinienem trochę schudnąć tak

Jeśli odpowiedziałeś/aś Tak, to co stosujesz (wpisz)

.....

45. Jak Twoim zdaniem najlepiej kształtować swoją sylwetkę? Zaznacz tylko **jedną** odpowiedź wpisując X.

- prawidłowym odżywianiem i aktywnością fizyczną
- uprawianiem sportu wyczynowego
- dietami odchudzającymi
- dostępnymi w aptece środkami farmakologicznymi
- stosowaniem odżywek

46. Czy pomagasz w domu w przygotowaniu posiłków?

- tak
- nie

Jeśli odpowiedziałeś/aś Tak, to jak często to robisz?

- 1-2 razy w tygodniu
- częściej niż 4 razy w tygodniu
- 3-4 razy w tygodniu
- codziennie

INNE TWOJE ZACHOWANIA

47. Ile godzin dziennie poświęcasz na sen:

- mniej niż 6 godzin
- 7-8 godzin
- 9-10 godzin
- więcej niż 10 godzin

48. Czy ta ilość snu jest dla Ciebie :

- zbyt mała
- wystarczająca
- za duża

49. Jakie są najczęstsze przyczyny twojego niedosypiania:

- kłopoty z zasypianiem
- nadmiar obowiązków w szkole
- nocne oglądanie TV albo filmów na DVD
- nocne surfowanie po Internecie, rozmowy na gadu-gadu, itp.
- inne/jakie

50. Jakie skutki braku wystarczającej ilości snu obserwujesz najczęściej u siebie:

- senność w ciągu dnia
- rozdrażnienie
- zmniejszona zdolność koncentracji uwagi
- pogorszenie pamięci
- inne/jakie

51. Czy paliłeś kiedykolwiek tytoń? (co najmniej jednego papierosa, cygaro lub fajkę)

- tak nie

Jeśli odpowiedziałeś/aś tak, to ile miałeś /aś lat kiedy wypaliłeś/aś pierwszego papierosa - wpisz lat

52. Jak często palisz papierosy?

- codziennie rzadziej niż 1 raz w tygodniu
 co najmniej 1 raz w tygodniu nie palę wcale

53. Czy Twoi rodzice palą papierosy?

- nie tylko mama
 tylko tato palą oboje

54. Jaka jest Twoim zdaniem najczęstsza przyczyna palenia papierosów przez młodzież?

- z ciekawości naśladują dorosłych
 dla przyjemności bo ulegają wpływom reklam
 by zaimponować innym dla dobrej zabawy
 bo ulegają presji rówieśników inne/jakie

55. Czy Twoim zdaniem, palenie papierosów szkodzi zdrowiu?

- zdecydowanie tak zdecydowanie nie
 raczej tak to zależy od ilości wypalanych papierosów
 raczej nie trudno powiedzieć

56. Czy próbowałeś kiedykolwiek napojów alkoholowych (np. piwa, wina, wódkę, szampana, koniaku)?

- tak nie

Jeśli odpowiedziałeś/aś tak, to ile miałeś /aś lat kiedy po raz pierwszy wypijeś/aś alkohol - wpisz lat

57. Jak często obecnie pijesz napoje alkoholowe takie, jak: piwo, wino, wódkę? Weź pod uwagę nawet małe ilości wypijanego alkoholu. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	codziennie	w każdym tygodniu	w każdym miesiącu	rzadko	nigdy
Piwo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wódka, koniak, whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gotowe napoje z dodatkiem alkoholu typu alkopop np. Impres, Bakardi, Iguana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne napoje zawierające alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Ile miałeś/aś lat, gdy po raz pierwszy zażyłeś/aś którąś z wymienionych substancji (*omiń to pytanie jeśli odp. nigdy*) wpisz lat

66. Jaka jest Twoim zdaniem, najczęstsza przyczyna sięgania przez młodzież po narkotyki?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> z ciekawości | <input type="checkbox"/> dla ośmielenia |
| <input type="checkbox"/> dla przyjemności | <input type="checkbox"/> dla dobrej zabawy |
| <input type="checkbox"/> by zaimponować rówieśnikom | <input type="checkbox"/> bo ulegają presji kolegów |
| <input type="checkbox"/> by zapomnieć o problemach | <input type="checkbox"/> z nudy |
| <input type="checkbox"/> bo są modne | <input type="checkbox"/> inne/jakie |

67. Czy Twoim zdaniem, środki psychoaktywne /narkotyki / są?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zdecydowanie szkodliwe | <input type="checkbox"/> zdecydowanie nieszkodliwe |
| <input type="checkbox"/> raczej szkodliwe | <input type="checkbox"/> to zależy od rodzaju zażytego narkotyku |
| <input type="checkbox"/> raczej nieszkodliwe | <input type="checkbox"/> trudno powiedzieć |

68. Czy Twoim zdaniem, „dopalacze” to narkotyki?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zdecydowanie tak | <input type="checkbox"/> raczej nie |
| <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> zdecydowanie nie |
| <input type="checkbox"/> to zależy od rodzaju dopalacza | <input type="checkbox"/> trudno powiedzieć |

69. Czy pijesz napoje energetyzujące typu Red Bull? Wstaw X

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
|------------------------------|------------------------------|

Jeśli odpowiedziałeś/aś Tak, to jak często:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> okazjonalnie | <input type="checkbox"/> codziennie |
| <input type="checkbox"/> kilka w ciągu miesiąca | <input type="checkbox"/> kilka w ciągu dnia |
| <input type="checkbox"/> kilka w ciągu tygodnia | |

70. Spróbuj określić, ilu spośród twoich kolegów lub koleżanek robi następujące rzeczy? Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	<i>nikt</i>	<i>prawie nikt</i>	<i>niektórzy</i>	<i>większość</i>	<i>wszyscy</i>
Pali papierosy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pije alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upija się co najmniej 1 raz w tygodniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Używa marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Używa środków psychoaktywnych innych niż tytoń, alkohol i marihuana („trawa”, „skun”) lub haszysz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRZYKRE DOŚWIADCZENIA

Dwa następne pytania dotyczą **dręczenia** (przemocy, krzywdzenia) przez innych ludzi. **Dręczenie** polega na tym, że inny uczeń lub grupa uczniów mówi lub czyni innej osobie bardzo przykre, dokuczliwe rzeczy, gdy to powtarza się często i trudno się przed tym obronić. Uważamy, że **nie jest dręczeniem** sytuacja, w której dwóch uczniów o podobnej sile kłóci się, bije się lub robi dowcipy w przyjacielski sposób.

71. Jak często Ty sam byłeś dręczony w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?

- nie byłem dręczony w szkole w ostatnich dwóch miesiącach
- zdarzyło się to jeden lub dwa razy
- 2 lub 3 razy w miesiącu
- przeciętnie 1 raz w tygodniu
- kilka razy w tygodniu

72. Jak często TY uczestniżyłeś w dręczeniu innego ucznia lub uczniów w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?

- nie uczestniczyłem w dręczeniu innych uczniów w szkole w ostatnich dwóch miesiącach
- zdarzyło się to jeden lub dwa razy
- 2 lub 3 razy w miesiącu
- przeciętnie 1 raz w tygodniu
- kilka razy w tygodniu

73. Ile razy w ostatnich 12 miesiącach uczestniżyłeś w bójce?

- nie uczestniczyłem w bójce w ostatnich 12 miesiącach
- 1 raz
- 2 razy
- 3 razy
- 4 lub więcej razy

74. Z kim biłeś się w czasie ostatniej bójki?

- nie uczestniczyłem w bójce w ostatnich 12 miesiącach
- z osobą zupełnie nieznaną
- z rodzicem lub innym dorosłym członkiem rodziny
- z bratem lub siostrą
- z moim chłopakiem lub dziewczyną
- z kolegą (koleżanką) lub kimś, kogo dobrze znam
- z kimś innym, wpisz z kim

Wielu młodych ludzi doznaje **uszkodzenia ciała lub urazu** w czasie gier sportowych lub bójek z kolegami w różnych miejscach np. na ulicy, w domu. Do urazów zaliczamy też

zatrucia różnymi substancjami i oparzenia, ale nie są urazami choroby np. grypa, odra, zatrucie pokarmowe. Następne pytanie dotyczy urazów, których mogłeś/aś doznać w ostatnich 12 miesiącach.

75. Ile razy w ostatnich 12 miesiącach doznałeś/aś urazu, z powodu którego musiałeś/aś być leczony przez lekarza lub pielęgniarkę?

- nie doznałem/am urazu w ostatnich 12 miesiącach
- 1 raz
- 2 razy
- 3 razy
- 4 razy lub więcej

TWOJE ZAJĘCIA W CZASIE WOLNYM

76. Ile godzin dziennie w czasie wolnym zwykle oglądasz telewizję(w tym video i DVD). *Wstaw X w jedna kratkę przy dniach ,w których chodzisz do szkoły i w dniach weekendu.*

W dniach szkolnych

W dniach weekendu

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wcale | <input type="checkbox"/> wcale |
| <input type="checkbox"/> około pół godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około pół godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 1 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 1 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 2 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 2 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 3 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 3 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 4 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 4 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 5 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 5 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 6 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 6 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 7 lub więcej godzin dziennie | <input type="checkbox"/> około 7 lub więcej godzin dziennie |

77. Ile godzin czasu, w czasie wolnym, zwykle grasz w gry komputerowe lub na konsoli (np. PlayStation, Xbox, gameCube)? *Wstaw X w jedna kratkę przy dniach ,w których chodzisz do szkoły i w dniach weekendu.*

W dniach szkolnych

W dniach weekendu

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wcale | <input type="checkbox"/> wcale |
| <input type="checkbox"/> około pół godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około pół godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 1 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 1 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 2 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 2 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 3 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 3 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 4 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 4 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 5 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 5 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 6 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 6 godziny dziennie |

- około 7 lub więcej godzin dziennie około 7 lub więcej godzin dziennie

78. Ile godzin czasu, w czasie wolnym, zwykle korzystasz z komputera(np. czat, korzystanie z internetu, wysyłanie e-mailów, odrabianie lekcji itd.)? *Wstaw X w jedną kratkę przy dniach ,w których chodzisz do szkoły i w dniach weekendu.*

W dniach szkolnych

W dniach weekendu

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wcale | <input type="checkbox"/> wcale |
| <input type="checkbox"/> około pół godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około pół godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 1 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 1 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 2 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 2 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 3 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 3 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 4 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 4 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 5 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 5 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 6 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 6 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 7 lub więcej godzin dziennie | <input type="checkbox"/> około 7 lub więcej godzin dziennie |

79. Ile twojego wolnego czasu spędzasz wspólnie z rodzicami. *Wstaw X w jedną kratkę przy dniach w których chodzisz do szkoły i w dniach weekendu.*

W dniach szkolnych

W dniach weekendu

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wcale | <input type="checkbox"/> wcale |
| <input type="checkbox"/> około pół godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około pół godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 1 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 1 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 2 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 2 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 3 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 3 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> około 4 godziny dziennie | <input type="checkbox"/> około 4 godziny dziennie |
| <input type="checkbox"/> powyżej 5 godzin dziennie | <input type="checkbox"/> powyżej 5 godzin dziennie |

80. W jaki sposób spędzasz czas ze swoimi rodzicami?

- aktywnie na spacerach i wycieczkach (pieszych i rowerowych)
- na zakupach w supermarketach
- przed telewizorem
- przed komputerem
- na rozmowie
- podczas przygotowywania i spożywania posiłków
- wyjście do kina, teatru i muzeum
- nie spędzamy wspólnie czasu
- inne/jakie

81. Ile razy w ostatnich 12 miesiącach wyjeżdżałeś ze swoją rodziną na wakacje lub ferie poza miejsce zamieszkania?

- wcale nie wyjeżdżałem
- 1 raz
- 2 razy
- więcej niż 2 razy

82. Ile obecnie masz bliskich przyjaciół wśród chłopców i dziewcząt? *Wstaw X w jedną kratkę przy chłopcach i jedna przy dziewczętach.*

Wśród chłopców

- żadnego
- jednego
- dwóch
- trzech lub więcej

Wśród dziewcząt

- żadnej
- jedna
- dwa
- trzy lub więcej

83. Ile dni w tygodniu spędzasz zwykle z kolegami lub koleżankami czas bezpośrednio po zajęciach szkolnych? *Wstaw X*

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 0 dni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 dni |

84. Ile wieczorów w tygodniu spędzasz zwykle poza domem z kolegami lub koleżankami?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| wieczorów | | | | wieczorów | | | |

85. Jak często rozmawiasz przez telefon ze swoimi kolegami lub koleżankami lub wysyłasz im SMS-y albo e-mail?

- nigdy lub rzadko
- 1 lub 2 razy w tygodniu
- 3 lub 4 razy w tygodniu
- 5 lub 6 razy w tygodniu
- Codziennie

89. jakiego rodzaju dolegliwości odczuwasz najczęściej. *Wstaw X*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> katar | <input type="checkbox"/> ból brzucha |
| <input type="checkbox"/> kaszel | <input type="checkbox"/> ból mięśni |
| <input type="checkbox"/> ból głowy | <input type="checkbox"/> ból kości, stawów |
| <input type="checkbox"/> ból gardła | <input type="checkbox"/> trudności z zasypianiem |
| <input type="checkbox"/> zdenerwowanie | <input type="checkbox"/> inne/ jakie |

90. Czy chorujesz na jakąś przewlekłą (długotrwałą) chorobę lub jesteś niepełnosprawny lub masz inne poważne kłopoty ze zdrowiem (np. cukrzycę, zapalenie stawów, poważną alergię, mózgową porażenie dziecięcą), co zostało stwierdzone przez lekarza?

- tak nie

Higiena ciała

91. Jak często myjesz zęby? *Wstaw X*

- częściej niż 1 raz dziennie
 1 raz dziennie
 co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie
 rzadziej niż 1 raz w tygodniu
 nigdy

92. jak często odwiedzasz dentystę? *Wstaw X*

- co pół roku rzadziej niż co pół roku
 częściej niż co pół roku kiedy boli mnie ząb

93. Czy teraz masz zepsute zęby? *Wstaw X*

- mam, leczę
 mam , nie leczę
 nie mam

94. Jak często myjesz ręce? *Wstaw X*

- | | | | |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| po powrocie do domu | <input type="checkbox"/> zawsze | <input type="checkbox"/> czasem | <input type="checkbox"/> nigdy |
| przed każdym posiłkiem | <input type="checkbox"/> zawsze | <input type="checkbox"/> czasem | <input type="checkbox"/> nigdy |
| po wyjściu z toalety | <input type="checkbox"/> zawsze | <input type="checkbox"/> czasem | <input type="checkbox"/> nigdy |

95. Jak często myjesz całe ciało?

- codziennie rano częściej niż 1 raz w tygodniu
 codziennie wieczorem raz w tygodniu
 codziennie rano i wieczorem rzadziej niż raz w tygodniu

96. Jak często zmieniasz bieliznę osobistą?

- codziennie raz na tydzień
 co drugi dzień rzadziej niż raz na tydzień

2 razy w tygodniu

Lista Kryteriów Zdrowia

Co dla Ciebie oznacza „być zdrowym”? Poniżej podano stwierdzenia, które opisują różne znaczenia „bycia zdrowym,„. Najpierw uważnie przeczytaj wszystkie podane stwierdzenia.

Być zdrowym oznacza dla mnie

	A	B	C
1.dożyć późnej starości			
2.czuć się szczęśliwym przez większość czasu			
3.potrwać dobrze współżyć z innymi ludźmi			
4.umieć rozwiązywać swoje problemy			
5.należy się odżywiać			
6.dbać o wypoczynek, sen			
7.pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale			
8.nie palić tytoniu			
9.mieć odpowiednią wagę ciała			
10.jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa			
11.mieć dobry nastrój			
12.nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych			
13.potrwać pracować bez napięcia i stresu			
14.nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność			
15.mieć zdrowe oczy, włosy, cerę			
16.umieć przystosować się do zmian w życiu			
17.umieć się cieszyć z życia			
18.być odpowiedzialnym			
19.potrwać panować nad swoimi uczuciami i popędami			
20. mieć sprawne wszystkie części ciała			
21 akceptować siebie , znać swoje możliwości i braki			
22.mieć pracę, różnorodne zainteresowania			
23.czuć się dobrze			
24. prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza			
25.inne – jakie?			

2.Następnie jeszcze raz od początku czytaj kolejne stwierdzenia i zaznacz, wstawiając znak **X** w odpowiedniej kratce w kolumnie oznaczonej literą **A** te, które Twoim zdaniem są bardzo ważne w ocenie zdrowia. Proszę dokonaj wyboru, a potem wróć do punktu 3.

3.Spośród zaznaczonych w kolumnie **A** stwierdzeń wybierz 5 najważniejszych i zaznacz je w kolumnie **B**. Jeżeli w kolumnie **A** zaznaczyłeś mniej niż 5, to je uzupełnij. Proszę dokonaj wyboru, a potem wróć do punktu 4.

4. Wybrane 5 kryteriów zdrowia uszereguj wpisując w kolumnie **C** dla kryterium najważniejszego 5 punktów, dla następnych 4,3, 2, a dla najmniej ważnego 1 punkt.

Lista Wartości Osobistych

Co twoim zdaniem decyduje o szczęściu osobistym? Poniżej podano 9 różnych symboli szczęścia. Przeczytaj je uważnie, zastanów się i wybierz 5 dla Ciebie najważniejszych. Swój wybór zaznacz stawiając znak X w odpowiednim miejscu w kolumnie A.

	A	B
1. duży krąg przyjaciół		
2. udane życie rodzinne		
3. wykonywanie ulubionej pracy, zawodu		
4. sukcesy w nauce, pracy		
5. dobre zdrowie		
6. bycie potrzebnym dla innych ludzi		
7. dobre warunki materialne		
8. życie pełne przygód, podróży		
9. sława, popularność		

Teraz przeczytaj jeszcze raz wybrane przez siebie 5 symboli szczęścia i uporządkuj je według następującej kolejności:

5 punktów przypisz temu, co jest dla Ciebie najważniejsze;

4, 3, 2 – kolejnym, aż do najmniejszego -1 punkt.

Oceny punktowe wpisz obok danego symbolu w kolumnie B. Potem wykonaj podobne zadanie podane poniżej

Poniżej podano 10 różnych wartości. Przeczytaj je uważnie, zastanów się i wybierz 5 dla Ciebie najważniejszych. Swój wybór zaznacz stawiając znak X w odpowiednim miejscu w kolumnie A.

	A	B
1. miłość, przyjaźń		
2. dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna		
3. poczucie humoru, dowcip		
4. inteligencja, bystrość umysłu		
5. wiedza, mądrość		
6. radość, zadowolenie		
7. odwaga, stanowczość		
8. dobroć, delikatność		
9. ładny wygląd zewnętrzny, prezencja		
10. bogactwo, majątek		

Teraz przeczytaj jeszcze raz wybrane przez siebie 5 wartości i uporządkuj je według następującej kolejności :

5 punktów przypisz tej wartości, która jest dla Ciebie najważniejsza ;

4, 3, 2 – kolejnym, aż do najmniej ważnej – 1 punkt.

Oceny punktowe wpisz obok danej wartości w kolumnie B.