

ANNA WIATROWSKA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

## Wybrane zachowania zdrowotne dzieci w wieku szkolnym

Zachowania zdrowotne mają istotny wpływ na stan zdrowia człowieka. Właśnie zdrowie usytuował wysoko w hierarchii ludzkich wartości pedagog i lekarz Janusz Korczak (1878/1879–1942). Według niego „zdrowie to największe dobro życia”<sup>1</sup>, o które należy dbać od najmłodszych lat<sup>2</sup>. Zdaniem Korczaka istotna dla życia wartość zdrowia odnosi się do „całego dziecka”, w tym takich obszarów, jak: pomoc przy narodzinach, opieka medyczna, wyżywienie, czystość osobista i czystość pomieszczeń, możliwość wypoczynku, sen i ruch na świeżym powietrzu. Analizy wymienionych zagadnień podejmował się szczegółowo:

Głębokie rozumienie, czym jest żywy ustrój w pracy nad rozwojem, w walce o równowagę i pomyślność [...] dziecko powinno spać, ma zjeść lub wypić, musi mu przybyć na wadze. Gdzie badania snu, łaknienia, rozwoju? Niech używa wiele-mało ruchu? Gdzie obserwacja kliniczna chodu, biegu, skoku dziecka? Gdzie tysiąc wykresów krzywych wagi i miary, co tydzień dopełnianych i przemyślanych – dzieci, na które patrzę wyszkolonym okiem dzień dnia? Błądź, drażliwość nerwowa, skrzywienie kręgosłupa, krótkowzroczność, brak łaknienia, bóle i bóliki – sto drobnych i najdrobniejszych szeptów, przestróg, ale jeszcze nie chorób<sup>3</sup>.

Wiedzę o swoich podopiecznych czerpał, prowadząc z nimi edukację dialogową, obserwując ich zachowania oraz z własnych doświadczeń i przemyśleń popartych wiedzą medyczną, pedagogiczną, psychologiczną<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> J. Korczak, *Prawidła życia*, Warszawa 2012, s. 55

<sup>2</sup> Tamże, s. 85–92.

<sup>3</sup> J. Korczak, *Lekarz w internacie*, „Pediatria Polska” 1923, z. 2, [w:] tenże, *Pisma wybrane*, t. 2, Warszawa 1978, s. 87.

<sup>4</sup> A. Nowicka, *Zdrowie. Od biologicznego do holistycznego paradygmatu zdrowia*, [w:] *Inspiracje Korczakowskie. Wokół „Prawideł życia” w 80. rocznicę wydania*, red. Z. Rudnicki, Poznań 2011, s. 143.

Kształtowanie przyzwyczajęń, nawyków i postaw zdrowotnych, jak pisał Korczak, przebiega w procesie socjalizacji i uczenia się. Zachowania ukształtowane we wczesnym dzieciństwie decydują o stylu życia w wieku dojrzałym, stąd tak ważna, co podkreślał Korczak jest profilaktyka i promocja zdrowia, prowadzona od najmłodszych lat życia. Doniosłą rolę w tym zakresie odgrywa środowisko rodzinne, a zaraz za nim szkolne i rówieśnicze. Za sprzyjające zdrowiu fizycznemu Korczak uznawał racjonalne żywienie, aktywność fizyczną, dbałość o higienę ciała i otoczenia, poczucie bezpieczeństwa, utrzymywanie właściwych relacji między ludźmi, radzenie sobie ze stresem czy podejmowanie badań profilaktycznych. Zdrowie dziecka zdaniem Korczaka nie sprowadza się wyłącznie do dobrej kondycji fizycznej, ale również psychologiczno-społecznej, związanej z zaspokojeniem potrzeb emocjonalnych (potrzeby bliskości, ciepła, życzliwości i intymności) oraz z zapewnieniem dziecku poczucia bezpieczeństwa w świecie jasnych reguł moralnych, w świecie sprawiedliwości społecznej. Pisał:

Dziecko w zależności od swojego wieku, rozwoju umysłowego i doświadczenia ma pewne swoiste prawa niewygodne dla dorosłych i – z tego powodu – najczęściej przez nich nieuważane. Poza odżywianiem i higieną wymaga dziecko swobody wyładowania nadmiaru sił żywotnych, wymaga prawa czynienia całego szeregu doświadczeń wprowadzających je metodycznie w życie oraz prawa inicjatywy w stosunku do własnych potrzeb. Rola dorosłego powinna ograniczać się w wielu razach do roli wyrozumiałego opiekuna strzegącego dziecko przed zbyt bolesnymi skutkami eksperymentów<sup>5</sup>.

Zachowania zdrowotne są niejednoznacznie określane w literaturze przedmiotu, jako nawyki zdrowotne, praktyki zdrowotne, działania zdrowotne, zachowania prozdrowotne, pozytywne zachowania zdrowotne, zachowania sprzyjające zdrowiu, zachowania promocyjne, zachowania w zdrowiu, prozdrowotny styl życia, co jest wynikiem zainteresowań rozmaitych dyscyplin naukowych oraz odmiennego sposobu myślenia o zdrowiu.

Harris i Guten jako jedni z pierwszych zachowania zdrowotne utożsamiali z aktywnością prozdrowotną, którą podejmuje jednostka celem ochrony, rozwoju i utrzymania zdrowia bez względu na wynikające z tego obiektywne skutki<sup>6</sup>. Gochman<sup>7</sup> do obszaru zachowań zdrowotnych włączył osobiste atrybuty związane z systemem przekonań, oczekiwań, procesów poznawczych, właściwości osobowościowych, stanów i cech uczuciowo-emocjonalnych, a także wzorców zachowań, działań i nawyków, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem

<sup>5</sup> J. Korczak (wykład), *Prawa dziecka jako jednostki*, <http://2012korczak.pl/node/285/page/0/2>

<sup>6</sup> D. M. Harris, S. Guten, *Health protective behavior: an exploratory study*, „Journal of Health and Social Behavior” 1979, nr 20, 17–29.

<sup>7</sup> D. S. Gochman, *Labels, systems, and motives: some perspectives on future Research*, „Health Education Quarterly” 1982, nr 9, 167–174.

i polepszaniem zdrowia. Podejście to odgrywa zasadniczą rolę w działaniach promujących zdrowie oraz w modyfikacji ludzkich zachowań.

Zdaniem Titkow zachowania zdrowotne to czynności i działania ludzkie, wyrażane za pomocą zmiennych behawioralnych, związanych ze sferą zdrowia i choroby<sup>8</sup>. Z kolei Puchalski pod pojęciem zachowania zdrowotne rozumie

wybrane przez obserwatora lub (i) podmiot działania zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy<sup>9</sup>.

Sęk rozpatruje zachowania zdrowotne z punktu widzenia psychologii jako

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<sup>10</sup>.

Zachowania zdrowotne według Syrek sprowadzają się do nawyków, zwyczajów, postaw oraz wartości uznawanych przez jednostki i grupy społeczne, obrazujących, jak człowiek postrzega zdrowie, jak je ocenia, jak nim dysponuje i jak zachowuje się względem zdrowia innych<sup>11</sup>. Zachowania zdrowotne stanowią element kultury społeczeństwa, przekazywany z pokolenia na pokolenie. Zdaniem B. Woynarowskiej zachowania zdrowotne obejmują różne zachowania związane z obszarem zdrowia, czyli takie zachowania, które „w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne”<sup>12</sup>.

Pojęciem zachowania zdrowotne określa się zatem reakcje człowieka na wszelkie zdarzenia związane ze zdrowiem, nawyki i celowe działania, które według współczesnej wiedzy medycznej wywołują określone pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne u osób, które je realizują.

W literaturze przedmiotu spotkać można klasyfikacje zachowań zdrowotnych, przeprowadzone w oparciu o różne kryteria. Ze względu na funkcję wobec zdrowia zachowania zdrowotne można analizować mając na uwadze korzystne bądź niekorzystne skutki dla zdrowia i wyróżnić dwie ich kla-

<sup>8</sup> A. Titkow, *Zachowania i postawy wobec zdrowia. Studium warszawskie*, Warszawa 1983.

<sup>9</sup> K. Puchalski, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*, [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Łódź 1990, s. 56.

<sup>10</sup> H. Sęk, *Zachowania behawioralne*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3, red. J. Strelau, Gdańsk 2000, s. 538.

<sup>11</sup> E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Katowice 2008.

<sup>12</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2007, s. 52.

sy. Pierwsza to zachowania prozdrowotne służące zdrowiu, jego promowaniu i pozwalające zapobiegać chorobom. Druga – zachowanie antyzdrowotne wywierające negatywny wpływ na zdrowie, mogące je uszkadzać, niszczyć i sprzyjać rozwojowi chorób. Ten rodzaj zachowań nazywany jest także zachowaniami ryzykownymi i wymaga szczególnej troski w odniesieniu do dzieci i młodzieży<sup>13</sup>.

Biorąc pod uwagę poziom organizacji behawioralnej (nawyk lub czynność) oraz świadomość i cel zachowania, wyróżnić można zachowania zdrowotne nawykowe, stabilne wzory zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych oraz celowe czynności zdrowotne. Nawyki zdrowotne są wynikiem procesów socjalizacyjnych i wpływów kulturowych. Zachowania celowe (intencjonalne) mają najczęściej charakter prozdrowotny i są podejmowane przede wszystkim w wyniku rozwoju, przyjmowania nowych ról i zadań oraz pojawienia się choroby lub jej ryzyka. Są to zachowania świadome, ponieważ to od poziomu świadomości zależy kształtowanie zdrowotnych wzorców zachowań<sup>14</sup>.

Poziom zdrowia, w stosunku do którego podejmuje się zachowanie, lub też nasilenie choroby – to kolejne kryterium podziału zachowań zdrowotnych, które pozwala na wyróżnienie zachowań w sytuacji zdrowia (promocyjne, profilaktyczne) i zachowań w sytuacji choroby (poszukiwanie pomocy, opieki lekarskiej, zachowania podejmowane na rzecz powrotu do zdrowia, samoleczenie). Ze względu na zachowania związane ze zdrowiem wynikające z roli społecznej można wyróżnić rodzicielskie zachowania zdrowotne związane z prozdrowotną lub antyzdrowotną opieką nad dziećmi oraz zdrowotne zachowania medyczne podejmowane przez przedstawicieli zatrudnionych w instytucjach opieki zdrowotnej. Według kryterium podmiotu działania wyróżnia się: zachowania jednostkowe, a więc indywidualne i charakterystyczne dla każdej osoby sposoby postępowania w sytuacjach istotnych zdrowotnie, oraz zachowania zbiorowe, będące zachowaniami typowymi dla określonych grup i społeczności, które realizowane są nie zawsze świadomie i z własnej inicjatywy przez wszystkich ich członków<sup>15</sup>.

Zachowania prozdrowotne rozpatrywane są najczęściej w kategoriach zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Za sprzyjające zdrowiu fizycznemu uznaje się prawidłowe nawyki i postawy żywieniowe, uprawianie aktywności fizycznej czy podejmowanie badań profilaktycznych. Do zachowań ryzykownych

---

<sup>13</sup> H. Sęk, dz. cyt., s. 533–553; G. Dolińska-Zygmunt, *Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław 2001, s. 209–225; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007.

<sup>14</sup> I. Heszen, H. Sęk, dz. cyt.

<sup>15</sup> H. Sęk, dz. cyt., s. 533–553; G. Dolińska-Zygmunt, dz. cyt., s. 209–225; I. Heszen, H. Sęk, dz. cyt.,

bądź zagrażających zdrowiu fizycznemu należą przede wszystkim nieprawidłowości w sposobie żywienia, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu, picie alkoholu czy zażywanie narkotyków.

Prawidłowe żywienie jest jednym z podstawowych czynników wpływających na rozwój człowieka i utrzymanie przez niego dobrego stanu zdrowia. Badania dowodzą, że prawidłowy rozwój człowieka, jego sprawność fizyczna i umysłowa, a także ogólny stan zdrowia związane są z prawidłowym odżywianiem się zarówno pod względem jakościowym, jak i wartością odżywczą spożywanych produktów<sup>16</sup>. Podstawową zasadą zdrowego żywienia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest stosowanie diety urozmaiconej w produkty spożywcze. Dieta taka powinna uwzględniać produkty wchodzące w skład wszystkich podstawowych grup żywności, obejmujących: produkty zbożowe, warzywa i owoce, mleko i produkty mleczne oraz mięso, drób, ryby, wędliny, jaja, a także nasiona roślin strączkowych, orzechy oraz tłuszcze. Produkty, których nie należy podawać dzieciom i młodzieży, to żywność typu *fast food*: frytki, hamburgery, cheeseburgery, pizza, chipsy, a także słodczyce, ze względu na dużą zawartość w nich tłuszczu i/lub cukru. Należy również unikać podawania napojów słodkich gazowanych oraz coca-coli. Wskazane jest natomiast picie wody niegazowanej oraz naturalnych soków owocowo-warzywnych. Uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych powinni spożywać 4-5 posiłków dziennie (w tym przynajmniej jeden posiłek, najlepiej ciepły, powinien być spożyty w szkole). Między posiłkami powinny być zachowane równomierne przerwy, bez pojadania i/lub podjadania<sup>17</sup>. Niekorzystne dla zdrowia dzieci i młodzieży jest również objadanie się, skutkujące wzrostem masy ciała i otyłością, i stosowanie restrykcji dietetycznych. Szczególnie niepokojący wydaje się wzrost w latach 2001–2006 częstości występowania nadwagi i otyłości wśród gimnazjalistów oraz pojawianie się problemów z utrzymaniem prawidłowej masy ciała w coraz młodszych grupach wiekowych<sup>18</sup>. Przyczyn opisywanego trendu upatrywać można między innymi w braku prowadzonej od najmłodszych lat życia edukacji prozdrowotnej oraz niedostatku działań podejmowanych ze strony szkoły nie tylko w zakresie rozpowszechniania wśród młodzieży rzetelnej wiedzy na temat zasad dobrego żywienia, ale również zapobiegania utrwalaniu się niewłaściwych zachowań żywieniowych poprzez wzbogacenie oferty towarowej sklepików szkolnych przy jednoczesnym

<sup>16</sup> M. Jarosz, *Światowe, europejskie i rządowe strategie poprawy zdrowia poprzez prawidłowe żywienie i aktywność fizyczną*, [w:] *Praktyczny podręcznik dietetyki*, red. M. Jarosz, Warszawa 2010.

<sup>17</sup> M. Jarosz, *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży*, Warszawa 2008.

<sup>18</sup> I. Sakowska, B. Wojtyniak, *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa 2008, s. 185–201.

usunięciu z niej kalorycznych i wysoko przetworzonych produktów<sup>19</sup>. Analizując preferencje i zachowania żywieniowe uczniów szkół podstawowych i średnich, nie sposób pominąć wpływu kultury masowej. Lansowany przez media ideał szczuplej sylwetki jako obowiązującego kanonu wyglądu zewnętrznego oraz niestanna i wszechobecna w środkach masowego przekazu zachęta do stosowania diet odchudzających wywołują brak satysfakcji ze swojego wyglądu oraz nieadekwatną do rzeczywistości samoocenę masy ciała<sup>20</sup> i mogą prowadzić do chorób związanych z zaburzeniami odżywiania, takich jak jadłowstręt psychiczny czy bulimia psychiczna<sup>21</sup>. W związku z występowaniem chorób mających związek ze sposobem odżywiania się niezwykle ważne jest wyrobienie wśród młodzieży właściwych nawyków zachowań zdrowotnych, mających na celu zapobieganie chorobom związanym z wadliwym odżywianiem się, utrzymanie właściwej masy ciała, a także poczucia zadowolenia z własnego wyglądu.

Niezastąpionym elementem łączącym się z prawidłowym żywieniem jest aktywność fizyczna. Zgodnie ze stanowiskiem American Heart Association z 2005 r. dzieci i młodzież powinni poświęcać 60 min dziennie na aktywność fizyczną o umiarkowanej lub dużej intensywności fizycznej. Systematyczna aktywność fizyczna korzystnie wpływa na ogólną kondycję organizmu, sprawność umysłową człowieka, sylwetkę ciała i jednocześnie zmniejsza ryzyko zapadalności na choroby przewlekłe. Ponadto zabezpiecza przed spadkiem wydolności organizmu, stymuluje układ nerwowy do uwalnianiu endorfin, wpływających pozytywnie na odporność organizmu<sup>22</sup>.

Jak wynika z prowadzonych w Polsce badań HBSC, do najczęściej podejmowanych przez dzieci i młodzież zachowań ryzykownych dla zdrowia, będących nieodłączną częścią okresu dorastania, należy palenie tytoniu, picie alkoholu i zażywanie narkotyków. Wyniki HBSC z roku 2006 wskazują, że ponad połowa młodzieży w wieku 11 lat ma już za sobą pierwsze próby picia alkoholu. Dotyczy to 55% chłopców i 50% dziewcząt. Wśród 17–18-latków zaledwie 6–10% nigdy nie próbowało alkoholu. Odsetek pijących wzrasta wraz z wiekiem. W wieku 15 lat przyznaje się do tego 17,6% chłopców i 6,7% dziewcząt, 2% uczniów przyznaje się do regularnego picia wódki. W Polsce od lat 90. ubiegłego wieku obserwuje się wzrost odsetka młodzieży sięgającej po środki narkotyczne. Zwiększyła się ich podaż i dostępność, pojawiły się także nowe substancje i nowe formy ich

<sup>19</sup> I. Urbańska, E. Czarniecka-Skubina, *Częstotliwość spożycia przez młodzież produktów spożywczych oferowanych w sklepikach szkolnych*, „Żywność Nauka Technologia Jakość” 2007, nr 3 (52), s. 193–204.

<sup>20</sup> H. Koło, B. Woynarowska, *Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania*, „Przegląd Pediatryczny” 2004, vol. 34, nr 3–4, s. 197.

<sup>21</sup> A. Wojtyła i in., *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*, „Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne” 2011, nr 92(2), s. 343–344.

<sup>22</sup> K. Puchalski, dz. cyt.

zażywania. Z prowadzonych w Polsce badań HBSC wynika, że 23,5% chłopców i 13,4% dziewczynek w wieku 15 lat używało co najmniej jednej substancji psychoaktywnej w okresie ostatnich 12 miesięcy. Najczęściej zażywaną substancją była marihuana lub haszysz, 4% badanych przyznało się do zażywania amfetaminy, 3,6% do przyjmowania środków wziewnych i 3,3% do zażywania leków w celu odurzenia się<sup>23</sup>.

### Badania własne

Badanie mające na celu ocenę wybranych zachowań zdrowotnych dzieci w wieku szkolnym przeprowadzono jesienią 2012 r. Wzięli w nim udział uczniowie klas 4–6 wybranych lubelskich szkół podstawowych. Informacje zbierano za pomocą anonimowej ankiety, w której wykorzystano pytania zawarte w Kwestionariuszu Zachowań Zdrowotnych autorstwa Juczyńskiego. Uczniowie odpowiadali na wybrane pytania dotyczące zachowań zdrowotnych związanych z stanem zdrowia, postrzeganiem swojego wyglądu i masy ciała, stosowaną dietą, aktywnością fizyczną, spożywaniem posiłków, paleniem tytoniu, piciem alkoholu oraz zażywaniem narkotyków. Badaniem objęto 119 uczniów w wieku 10–12 lat, w tym 63 dziewcząt i 56 chłopców. Dziewczęta stanowiły 52,9%, chłopcy 47,1% badanej grupy.

Badanie miało charakter audytoryjny, przeprowadzone zostało w klasach szkolnych, co zagwarantowało pełną zwrotność ankiet. Wypełnienie ankiety poprzedzono omówieniem tematu, celu oraz metody badania. Poinformowano, że udział w badaniach jest dobrowolny, ankieta jest anonimowa, a odpowiedzi na pytania będą wykorzystane tylko i wyłącznie przez osobę przeprowadzającą badanie.

### Wyniki badań własnych

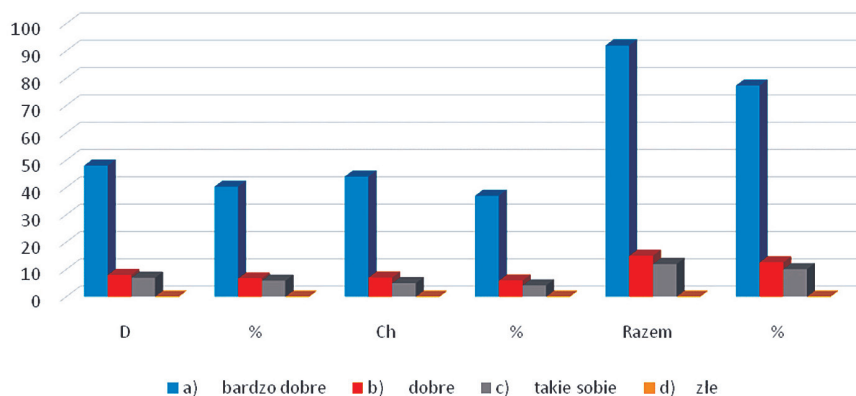
Badania wykazały, że większość dzieci 77,3% oceniła swój stan zdrowia jako bardzo dobry. Jednocześnie 12,6% badanej populacji uznało swój stan zdrowia za dobry, częściej odpowiedzi takich udzielały dziewczynki 6,7% niż chłopcy 5,9%. Oceny stanu zdrowia jako taki sobie dokonało 10,1% badanych, więcej dziewczynek 5,9% niż chłopców 4,2%. Żaden z uczniów nie ocenił swojego stanu zdrowia jako zły.

---

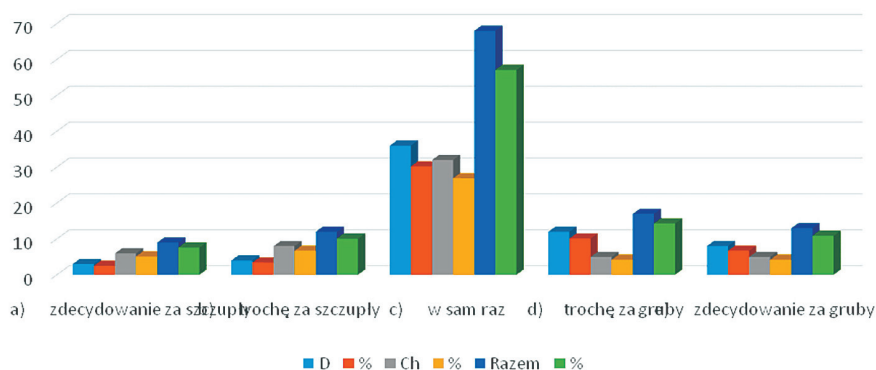
<sup>23</sup> J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, *Wyniki badań HBSC 2010 Raport techniczny*, Warszawa 2011.



Pyt. 1. „Czy uważasz, że Twoje zdrowie jest?”



Pyt. 2. „Gdy myślisz o swoim ciele (masie ciała) to sądzisz, że jesteś”



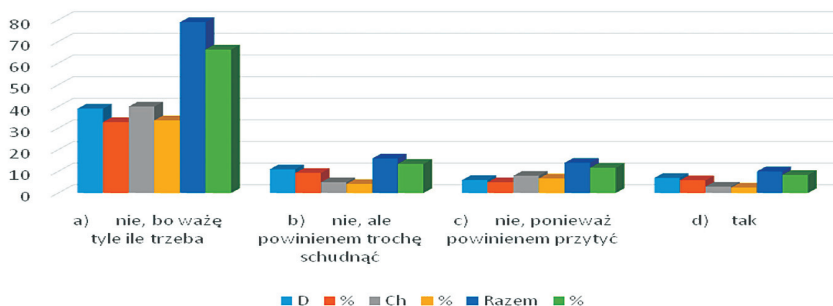
Ogółem 57,1% badanych dzieci było zadowolonych ze swojej wagi ciała, w tym 30,2% dziewczynek i 26,9% chłopców. Brak satysfakcji ze swojej masy ciała najczęściej zgłaszały dziewczynki, a głównym powodem niezadowolenia była nadmierna waga ciała: 14,3% badanej populacji zadeklarowało, że jest „trochę za gruba”, w tym 10,1% dziewczynek i 4,2% chłopców, 10,9% badanych dzieci przyznało, że są „zdecydowanie za grube”, w tym 6,7% dziewczynek i 4,2% chłopców, zaś 10,1% respondentów zgłosiło, że czuje się „trochę za szczupło”, w tym 3,4% dziewczynek i 6,7% chłopców.

Ponad połowa badanych dzieci w wieku szkolnym 66,4% nie stosuje żadnej diety, w tym 32,8% dziewczynek i 33,6% chłopców, bo uważa, że waży tyle, ile

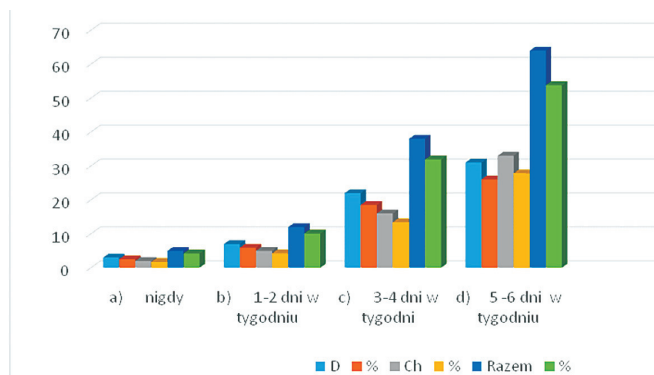


trzeba. Potrzebę stosowania diety częściej zgłaszały dziewczynki 9,3% niż chłopcy 4,2%, co ogółem stanowiło 13,5% badanych. Nie stosowało diety, deklarując przy tym chęć przytycia, 11,7% badanej populacji, przy czym bardziej krytyczni w ocenie swojego ciała okazali się chłopcy 6,7% niż dziewczynki 5%. Najmniej badanych 8,4% zgłosiło, że nie stosuje diety, dążąc do osiągnięcia właściwej masy ciała, w tym 5,9% dziewczynek i 2,5% chłopców.

Pyt. 3. „Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz co innego, aby schudnąć?”



Pyt. 4. „W ilu dniach w ciągu tygodnia przeznaczasz na aktywność fizyczną (w tym lekcje WF-u) łącznie co najmniej 60 minut dziennie?”

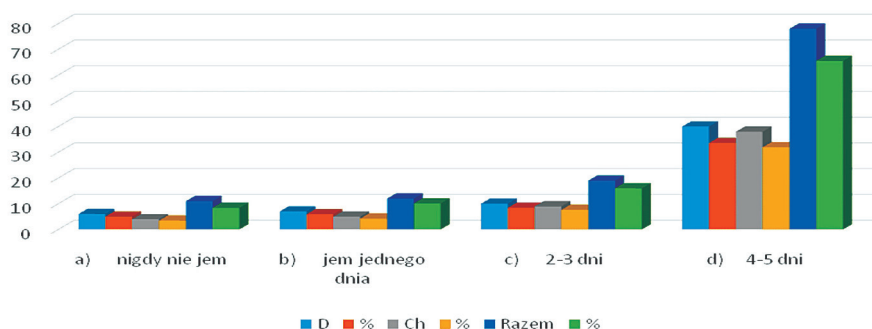


Wśród badanej populacji widoczny jest zwiększony odsetek dzieci 53,8% podejmujących świadomie różne formy aktywności fizycznej 5–6 dni w tygodniu łącznie co najmniej 60 minut dziennie. Wysoką aktywność fizyczną deklarowało 26% dziewczynek i 27,8% chłopców. Realizowaną 3–4 dni w tygodniu co najmniej 60-minutową aktywność fizyczną zgłaszało 31,9% badanych dzieci, w tym 18,5% dziewczynek i 13,4% chłopców. Niską aktywność fizyczną 1–2 dni w tygodniu deklarowało 10,1% badanej populacji, 5,9% dziewczynek i 4,2% chłop-

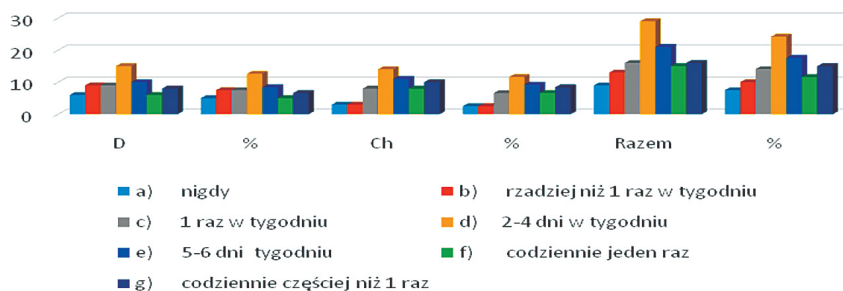
ców. Stosunkowo niewielu badanych uczniów 4,2%, w tym 2,5% dziewczynek i 1,7% chłopców, przyznało, że nie podejmuje w ciągu tygodnia żadnej aktywności fizycznej.

Przeważająca większość dzieci w wieku szkolnym 65,5% zadeklarowała, że w dniach szkolnych zwykle zjada śniadanie, w tym nieco więcej dziewczynek 33,6% niż chłopców 31,9%. Spożywanie pierwszego posiłku w 2–3 dniach szkolnych potwierdziło 16% badanej populacji, 8,4% dziewczynek i 7,6% chłopców. Ogółem 10,1% badanych uczniów deklaroowało spożywanie pierwszego śniadania w jednym dniu, w tym 5,9% dziewczynek i 4,2% chłopców. Nie spożywało pierwszego posiłku 8,4% respondentów, częściej zachowania takie występowały u dziewczynek 5% niż u chłopców 3,4%.

Pyt. 5. „Jak często w dniach szkolnych zwykle zjadasz śniadanie (pierwszy posiłek) tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty bądź innego napoju (soku, wody)?”

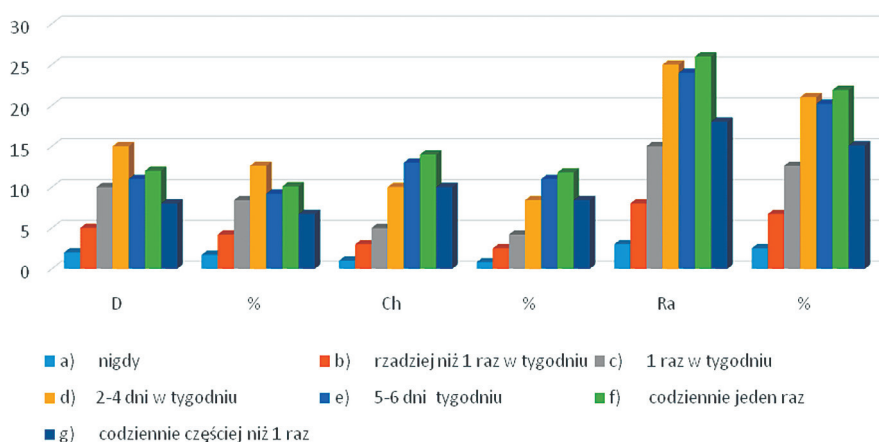


Pyt. 6. „Ile razy w tygodniu zwykle pijesz coca-colę lub inne słodkie napoje gazowane?”



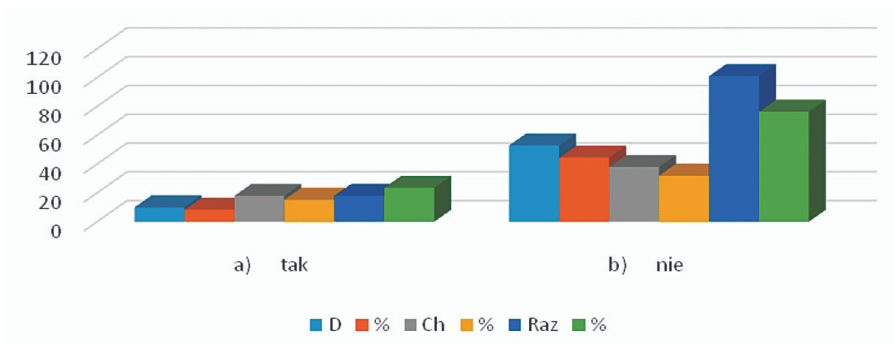
Codziennie, częściej niż jeden raz spożywanie słodkich i gazowanych napojów deklarowało 15% dzieci w młodszym wieku szkolnym, więcej chłopców 8,4% niż dziewczynki 6,6%. Badanie wykazało, że codziennie jeden raz słodkie napoje gazowane pije ogółem 11,6% badanych, w tym częściej chłopcy 6,6% niż dziewczynki 5%. Picie 5–6 dni w tygodniu słodzonych napojów deklarowało 17,6% uczniów, rzadziej dziewczynki 8,4% niż chłopcy 9,2%. Ogółem blisko jedna czwarta badanej populacji 24,2% spożywała 2–4 dni w tygodniu słodkie napoje gazowane, w tym 11,6% chłopców i 12,6% dziewczynek. Jeden raz w tygodniu słodkie napoje gazowane piło 14,3% badanych uczniów, rzadziej niż jeden raz w tygodniu 10%, w tym więcej dziewcząt niż chłopców. Zaledwie 7,5% ankietowanych stwierdziło, że nigdy nie spożywa słodkich napojów gazowanych, w tym 5% dziewcząt i 2,5% chłopców.

Pyt. 7. „Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz słodczy (cukierki lub czekoladę)?”



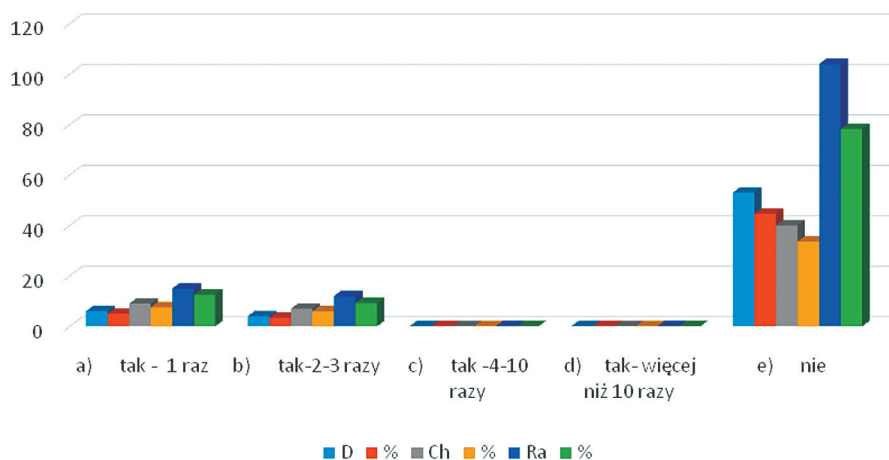
Badanie wykazało, że 21,9% badanych dzieci jeden raz dziennie spożywa słodczy, częściej niż jeden raz dziennie 15,1% respondentów. Częściej zachowanie takie występowało u chłopców, rzadziej spożywanie słodczy deklarowały dziewczynki. Ponadto 20,2% badanej populacji stwierdziło, że spożywa słodczy 5–6 dni w tygodniu, natomiast 21% uczniów deklarowało spożywanie słodczy 2–4 dni w tygodniu, w tym większość stanowiły dziewczynki. Jeden raz w tygodniu spożywało słodczy 12,6% badanych dzieci, częściej dziewczynki 8,4% niż chłopcy 4,2%. W badanej populacji nie było ucznia, który by nie jadł słodczy w ciągu tygodnia.

Pyt. 8. „Czy paliłeś już kiedykolwiek tytoń (co najmniej jednego papierosa, cygaro lub fajkę)?”



Z przeprowadzonych badań wynika, że 23,6% badanych dzieci w wieku szkolnym wypaliło co najmniej jednego papierosa, cygaro lub fajkę, przy tym dwukrotnie częściej chłopcy 15,2% niż dziewczynki 8,4%. Przeważająca większość ankieterowanych 76,4% nigdy nie paliła tytoniu, deklarację taką złożyło 44,5% dziewczynek i 31,9% chłopców.

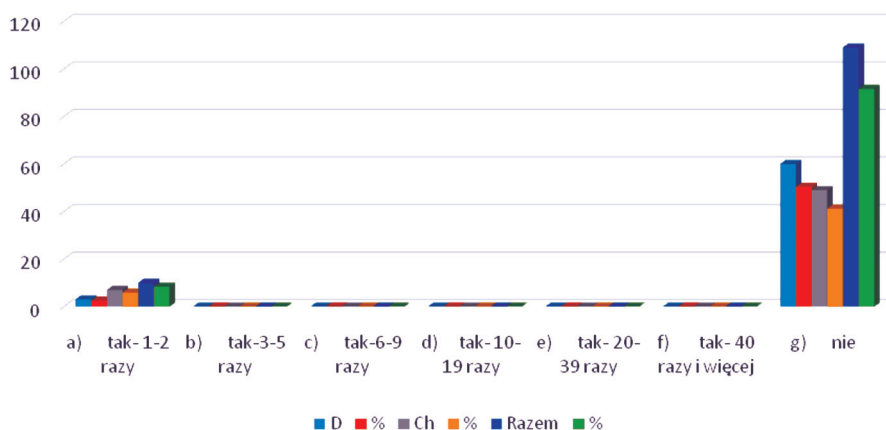
Pyt. 9. „Czy wypiełeś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany?”



Na pytanie „Czy wypiełeś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany?” odpowiedziało twierdząco 21,8% badanej populacji, w tym jeden raz

12,5% ogółu uczniów, częściej chłopcy 7,5% niż dziewczynki 5%, natomiast 2–3 razy 9,3% badanych, w tym dwukrotnie częściej chłopcy 5,9% niż dziewczynki 3,4%. Przeważająca większość badanych dzieci 78,2% zadeklarowała, że nigdy nie spożywała takiej ilości alkoholu, aby czuć się pijana, w tym nieco więcej dziewczynek 44,6% niż chłopców 33,6%.

Pyt. 10. „Czy kiedykolwiek w życiu używałeś narkotyków?”



Badanie wykazało, że 91,6% badanych dzieci w wieku szkolnym nigdy nie zażywało narkotyków, w tym 50,4% dziewczynek i 41,2% chłopców. Jeden lub dwa razy próbowało narkotyków 8,4% ankietowanych, dwa razy częściej chłopcy 5,9% niż dziewczynki 2,5%.

### Dyskusja wyników

Podstawą wychowania zdaniem Korczaka powinno być wykonywanie z dużą precyzją i konsekwencją zabiegów natury fizycznej, mających na celu prawidłowy rozwój dziecka i troskę o jego stan zdrowia. Działania te powinny obejmować: racjonalne żywienie, czystość osobistą i czystość pomieszczeń, możliwość wypoczynku, sen i ruch na świeżym powietrzu, wsparte systematycznie prowadzonymi badaniami nad procesem rozwoju dziecka<sup>24</sup>. Stan zdrowia dzieci w młodszym wieku szkolnym jest jednym z istotnych czynników warunkujących powodzenie w nauce szkolnej. Zły stan zdrowia wpływa niekorzystnie zarówno na ich funkcjonowanie psychiczne, jak i społeczne. Znaczny odsetek badanych dzieci 77,3% ocenił swój stan zdrowia jako bardzo dobry, 12,6% jako dobry, zaś taki sobie

<sup>24</sup> T. Pilch, *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, Warszawa 2003, s. 803–804.

10,1%. W badaniach własnych 57,1% ankietowanych było zadowolonych ze swojej wagi. Negatywnym zjawiskiem wyłaniającym się z otrzymanych rezultatów jest występujący wśród badanych dziewczynek brak satysfakcji ze swojego wyglądu, przede wszystkim wedle deklaracji samych badanych z nadmiernej masy ciała. Jak podkreśla wielu badaczy ocena taka często nie ma związku z rzeczywistą nadmierną masą ciała, zwiększa natomiast prawdopodobieństwo pojawienia się w przyszłości zaburzeń odżywiania typu jadłowstręt psychiczny czy bulimia psychiczna. Z kolei chłopcy częściej określali swoją masę ciała jako zbyt niską.

W badaniach własnych 66,4% badanych dzieci nie stosowało żadnej diety. Tendencje do stosowania diet dwukrotnie częściej wykazywały dziewczynki niż chłopcy, ponadto okazały się one bardziej krytyczne w ocenie własnego ciała.

Jednym z ważniejszych składników zdrowego stylu życia jest regularna aktywność fizyczna. Jak pisał Korczak:

[...] dużą winą jest zaniedbywanie wychowania fizycznego [...] przechadzki i gry na świeżym powietrzu, gimnastyka, zimna woda, twarde poślanie, sen dostateczny i potrawy niepobudzające – to rzecz pierwsza<sup>25</sup> I dodawał [...] ciało ma swoje prawa niezłomne, nieubłagane, a lekceważenie tych praw grozi bankructwem organizmu dziecięcego. Dwie godziny poświęcone w tygodniu nauce gimnastyki bardziej wpłyną na zmniejszenie się liczby niedostatecznych stopni w dzienniku ucznia lub uczennicy niż te same dwie godziny przeziwane z korepetytorem lub korepetytką<sup>26</sup>.

Aktywność fizyczna od najmłodszych lat szkolnych ma na celu systematyczne rozwijanie organizmu, kształtowanie prawidłowej postawy i określonych nawyków, usprawnianiu funkcji układów i narządów organizmu oraz doskonaleniu cech fizycznych jak i psychospołecznych. Przeprowadzone badania wykazały, że 53,8% dzieci w młodszym wieku szkolnym podejmuje świadomie różne formy aktywności fizycznej przez 5–6 dni w tygodniu. Umiarkowaną aktywność fizyczną deklarowało 31,9%, niską 10,1%, a brak 4,2%.

Duży odsetek badanych dzieci 65,5% spożywał śniadanie w 4–5 dniach szkolnych, w 2–3 dniach 16%, w jednym dniu 10,1%, w tym więcej dziewczynek niż chłopców. Szczególnie niepokojącym zjawiskiem wyłaniającym się z otrzymanych wyników badań jest niespożywanie pierwszego śniadania przez 8,4% dzieci w młodszym wieku szkolnym, przy czym znacznie częściej zachowania takie występowały u dziewczynek niż chłopców, na co wskazują również inni autorzy<sup>27</sup>. Badania Suligi (2005) wykazały, że w środowisku wiejskim ponad 20% dzieci nie

<sup>25</sup> J. Korczak, *Szkola życia. Obrazki szpitalne. Artykuły pedagogiczne i medyczne (1900–1912)*. Dzieła, t. 4, Warszawa 1998, s. 183.

<sup>26</sup> Tamże, s. 178.

<sup>27</sup> G. C. Rampersaud, M. A. Pereira, B. L. Girard, J. Adams, J. D. Metz, *Breakfasts Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents*. J. Am. Diet. Assoc. 2005, 105, 5, s. 743–760.

spożywa pierwszego śniadania, 12,6 % drugiego. Jak zauważyła autorka, częstość i regularność spożywania śniadań przez dzieci zależy od płci i sytuacji ekonomiczno-społecznej rodzin, co podkreślają również inni autorzy. Niespożywanie przez dzieci i młodzież szkolną śniadań niekorzystnie wpływa na samopoczucie, procesy poznawcze i umysłowe, a także wydolności fizyczną<sup>28</sup>. Udowodniono, że dzieci spożywające posiłek w szkole lepiej wykonują niektóre zadania związane z koncentracją i pamięcią od dzieci, które tego posiłku nie spożywają, i osiągają lepsze wyniki w takich przedmiotach, jak geografia czy matematyka. Uczniowie niespożywający posiłku w szkole częściej mają problemy z nauką, zachowaniem i emocjami. Często skarżą się na bóle brzucha lub głowy, odczuwają osłabienie, rozdrażnienie, mają gorszą koncentrację uwagi<sup>29</sup>. Istnieje także związek pomiędzy niejedzeniem śniadań a ogólną sprawnością oraz dietą dzieci. Badania Sandercock i wsp.<sup>30</sup> dowiodły, iż dziewczęta i chłopcy, którzy nigdy nie spożywali śniadań, charakteryzowali się niższymi wartościami średnimi CRF (kondycja sercowo-oddechowa) niż czasami lub zawsze spożywający śniadanie. Zależność ta nie była aż tak znacząca w przypadku dziewcząt. Wskaźnik CRF jest blisko związany ze stanem zdrowia dzieci i może wskazywać na ewentualne wystąpienie chorób przewlekłych w życiu dorosłym. Chłopcy, którzy nie spożywali śniadań, byli niemal dwa razy częściej klasyfikowani do grupy o gorszej formie fizycznej w porównaniu z tymi, którzy jedli śniadanie. Ponadto, jak potwierdziły badania, dzieci w wieku szkolnym, które nie spożywały pierwszego śniadania, cechowało niższe dobowe spożycie białka, witamin i składników mineralnych<sup>31</sup> co może skutkować pojawieniem się niedoborów pokarmowych, będących z kolei przyczyną wielu chorób dietozależnych.

Wyniki wielu badań wskazują również na to, że niespożywanie pierwszego śniadania jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia nadwagi i otyłości<sup>32</sup>, a także anoreksji i bulimii<sup>33</sup>.

Obawę budzić powinna również ilość i jakość spożywanych przez dzieci słodzonych, gazowanych napojów. Badanie wykazało, że 15,1% dzieci w młodszym wieku szkolnym codziennie jeden raz lub częściej spożywało słodkie i gazowane

<sup>28</sup> Tamże.

<sup>29</sup> E. Suliga, *Ocena częstości spożycia śniadań wśród dzieci wiejskich*, „Rocz. PZH” 2005, 56, nr 3, 259-265.

<sup>30</sup> P. Sandercock, J. Wardlaw, M. Dennis, *EPITHEM – where next?* „Lancet Neurol” 2008, nr 7, s. 570–571.

<sup>31</sup> M. Ch. Berg, J. Jonsson, M.T. Conner, L. Lissner, *Relation between breakfast food choices and knowledge of dietary fat and fiber among Swedish schoolchildren*, „J. Adolesc. Health” 2002, nr 31, s. 199–207.

<sup>32</sup> M.T. Timlin, M.A. Pereira, M. Story, D. Neumark-Sztainer, *Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (Eating Among Teens)*, „Pediatrics” 2008, 121(3), s. 638–645.

<sup>33</sup> A. Wiatrowska, *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*, Lublin 2009.



napoje, w tym więcej chłopców niż dziewczynek. Picie 5–6 dni w tygodniu słodzonych napojów deklarowało 11,7% uczniów, 2–4 dni 24,3%. Jeden raz w tygodniu słodkie napoje gazowane spożywało 14,3% badanych uczniów, rzadziej niż jeden raz w tygodniu 10,1%, zaledwie 7,5% nie piło ich wcale. Jak potwierdza wiele badań, częste spożywanie napojów gazowanych i słodzonych sprzyja wzrostowi ryzyka nadwagi i otyłości zarówno u dzieci, jak i dorosłych<sup>34</sup>.

Niekorzystnym czynnikiem w zachowaniach żywieniowych dzieci jest również nadmierne spożywanie słodyczy. Codziennie jeden lub częściej niż jeden raz dziennie słodczyce spożywało 37% dzieci, częściej chłopcy niż dziewczynki, 5–6 dni w tygodniu 20,1%, 2–4 dni w tygodniu 21%, jeden raz 12,5%. Jak potwierdzają niektóre z badań, nadmierne spożywanie słodyczy związane jest z wyższą wartością BMI lub nadmierną wagą ciała<sup>35</sup>. Do wzrostu ciężaru ciała dochodzi, gdy energia dostarczona z pożywieniem jest wyższa niż energia spalana w procesach metabolicznych organizmu lub podczas aktywności fizycznej. Zatem trudno jest ustalić związki pomiędzy spożyciem pojedynczych składników odżywczych czy produktów spożywczych a występowaniem otyłości. Do nadwagi prowadzi jedzenie dostarczające zbyt dużej ilości kalorii, niezależnie od tego, jakie jest pochodzenie tych kalorii, o ile kalorie te nie są wydatkowane poprzez wysiłek fizyczny. Jest to zasada obowiązująca dla wszystkich rodzajów żywności i napojów: jeśli ich spożycie wpływa na wystąpienie nadmiaru dostarczanej energii w stosunku do potrzeb, to przyczyniają się do zwiększenia wagi ciała.

Badania dowodzą istnienia zależności pomiędzy pozycją społeczną rodziców a zwyczajami żywieniowymi dzieci, wskazując, że obniżony standard ekonomiczny rodziny jest czynnikiem determinującym mniejszą skłonność do zachowań prozdrowotnych dzieci, natomiast wyższe wykształcenie rodziców przeciwnie – zwiększa prawdopodobieństwo prozdrowotnych wyborów żywieniowych<sup>36</sup>. Z licznych badań wynika, że palenie papierosów w dalszym ciągu jest jednym z najczęstszych uzależnień spotykanych wśród dzieci. Badania własne wykazały, że 23,6% dzieci w młodszym wieku szkolnym wypaliło już co najmniej jednego papierosa, cygaro lub fajkę, przy tym dwukrotnie częściej chłopcy 15,2% niż dziewczynki 8,4%. Nałóg palenia nie jest obojętny dla organizmu człowieka, szczególnie młodego, będąc bezpośrednią przyczyną wielu chorób określanych mianem odtytoniowych. Jak potwierdzają badania, dziecko palące papierosy szybko staje się nałogowcem, gdyż łatwiej uzależnia się niż osoba dorosła. Według niektórych doniesień uzależnienie od nikotyny może rozwinąć się u młodego człowieka w ciągu miesiąca od wypalenia pierwszego papierosa, nawet wtedy

<sup>34</sup> E. Suliga, dz. cyt., 259–265.

<sup>35</sup> V. S. Malik, *Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2006, Vol. 84, No. 2, s. 274–288.

<sup>36</sup> I. Sakowska, B. Wojtyniak, dz. cyt., s. 185–201.

gdy wypala zaledwie jeden lub dwa papierosy tygodniowo<sup>37</sup>. Z roku na rok rośnie liczba młodych palaczy i obniża się wiek inicjacji. Badania wykazują, że każdego dnia na świecie ok. 4,5 tys. dzieci w wieku 12–17 lat zaczyna palić papierosy. Przeprowadzone w Liverpoolu badania wykazały, że 3% dzieci w wieku 11 lat pali regularnie, 13% paliło wielokrotnie, a 27% spróbowało palenia<sup>38</sup>. W badaniach Kostiukow i in.<sup>39</sup> wśród determinantów inicjacji alkoholowej adolescencji deklarowali, że największy wpływ mieli rówieśnicy ze szkoły (42,9%) oraz z podwórka (31,2%). Wśród motywów inicjujących palenie głównym była panująca moda na palenie, naśladowanie dorosłych oraz presja rówieśnicza.

Wyniki badań wskazują, że w ostatnich latach zwiększyła się liczba nastolatków sięgających po alkohol, co zaś szczególnie niepokojące – problem ten dotyczy coraz młodszych dzieci<sup>40</sup>. Jak wynika z raportu Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wiek inicjacji alkoholowej obniżył się w ostatnich latach do trzynastego roku życia. Prowadzone w roku 2003 badania ESPAD wykazały, że 60% chłopców i 50% dziewcząt zaczęło pić piwo w wieku trzynastu lat lub nawet wcześniej, a 20% chłopców i 10% dziewcząt upiło się po raz pierwszy przed czternastym rokiem życia<sup>41</sup>. Z badań własnych wynika, co jest niepokojące, że 21,8% dzieci w młodszym wieku szkolnym upijało się, w tym jeden raz 12,5% ogółu uczniów, zaś dwa czy trzy razy 9,3%, częściej chłopcy niż dziewczynki.

Badania dowodzą, że liczba młodych ludzi sięgających po narkotyki systematycznie rośnie. Narkotyki są substancjami psychotropowymi i działają negatywnie na ośrodkowy układ nerwowy, upośledzając zdolności mentalne, takie jak: myślenie, koncentracja, czuwanie, dobre samopoczucie, odczuwanie emocji i świadomości. Badania potwierdzają, że stosowanie zbyt często lub w nadmiernych ilościach narkotyków ma szkodliwy wpływ nie tylko na zażywającego, ale także na osoby przebywające w jego otoczeniu. Z tego też powodu społeczeństwo stara się kontrolować stosowanie narkotyków i leków zawierających narkotyki za pomocą ogólnie obowiązujących przepisów prawnych<sup>42</sup>. Z badań własnych wynika, że jeden lub dwa razy próbowało narkotyków 8,4% ankietowanych, w tym 5,9% chłopców i 2,5% dziewczynek. Jest to zjawisko, które wymaga skutecznych

<sup>37</sup> B. T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009.

<sup>38</sup> B. Milton, *Starting young? Children's experiences of trying smoking during preadolescence*, „Health Education Research, Apr.” 2008, nr 23 (2), s. 298–309.

<sup>39</sup> A. Kostiukow, A. Pioterek, M.D. Głowacka, E. Mojs, *Nikotynizm wśród gimnazjalistów województwa wielkopolskiego*, „Prob. Hig. Epidemiol.” 2007, nr 88 (3), s. 70–74.

<sup>40</sup> J. Szymański, B. Woynarowska, J. Mazur, *Picie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną w Polsce i w innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998*, „Alkoholizm i Narkomania” 2001, nr 14, s. 213–227.

<sup>41</sup> B.T. Woronowicz, dz. cyt., s. 298–309.

<sup>42</sup> Obecnie obowiązują przepisy Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz.U. z 2005r. Nr 179, poz. 1485).

i zdecydowanych działań opartych na edukacji oraz wzmacnianiu indywidualnych czynników chroniących (wiedza o konsekwencjach zażywania narkotyków, umiejętność radzenia sobie z presją rówieśniczą) przed sięganiem po środki odurzające w młodszych grupach wiekowych.

### Wnioski

1. Tendencje do stosowania diet dwukrotnie częściej wykazywały dziewczynki niż chłopcy, ponadto okazały się one bardziej krytyczne w ocenie własnego ciała, częściej niż chłopcy oceniali swoją masę ciała jako zbyt wysoką.

2. Wyłania się niepokojące zjawisko niespożywania pierwszego śniadania przez dzieci w młodszym wieku szkolnym, znacznie częściej zachowania takie występowały u dziewczynek niż chłopców. Zatem niezbędne wydaje się prowadzenie edukacji żywieniowej wśród dzieci i ich opiekunów.

3. Świadomie różne formy aktywności przez 5–6 dni w tygodniu podejmuje 53,6% ankietowanych uczniów.

4. Niekorzystnym czynnikiem w zachowaniach żywieniowych dzieci w młodszym wieku szkolnym jest nadmierne spożywanie słodczy oraz słodkich gazowanych napojów częściej przez chłopców niż dziewczynki.

5. Szczególnie niepokoi fakt, że 23,6% dzieci w wieku szkolnym paliło już tytoń, 21,8% upijało się, 8,4% próbowało narkotyków, więcej chłopców niż dziewczynek.

6. Konieczne jest szerzenie informacji na temat specyfiki problemów związanych z uzależnieniem u dzieci i młodzieży.

7. Należy podjąć skuteczne i zdecydowane działania oparte na edukacji oraz wzmacnianiu indywidualnych czynników chroniących dzieci przed sięganiem po alkohol, tytoń czy narkotyki.

8. Warto zastanowić się nad skierowaniem do rodziców i opiekunów konkretnej kampanii edukacyjno-informacyjnej, albowiem wiedza i odpowiednie umiejętności dorosłych to istotny czynnik sprzyjający ochronie dzieci przed nałogami.

### BIBLIOGRAFIA

- Berg M. Ch., Jonsson J., Conner M. T., Lissner L., *Relation between breakfast food choices and knowledge of dietary fat and fiber among Swedish schoolchildren*. „J. Adolesc. Health” 2002, nr 31, s. 199-207.
- Dolińska-Zygmunt G., *Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław 2001, s. 209–225.
- Gochman D. S., *Labels, systems, and motives: some perspectives on future Research*. „Health Education Quarterly” 1982, nr 9, s. 167–174.

- Harris D. M., Guten S., *Health protective behavior: an exploratory study*, „Journal of Health and Social Behavior” 1979, nr 20, s. 17–29.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007.
- Jarosław M., *Światowe, europejskie i rządowe strategie poprawy zdrowia poprzez prawidłowe żywienie i aktywność fizyczną*, [w:] *Praktyczny podręcznik dietetyki*, red. M. Jarosław, Warszawa 2010.
- Jarosław M., *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży*, Warszawa 2008.
- Koło H., Woynarowska B., *Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania*, „Przegląd Pediatryczny” 2004, vol. 34, nr 3–4, s. 197.
- Korczak J., *Prawidła życia*, Warszawa 2012.
- Korczak J., *Szkola życia. Obrazki szpitalne. Artykuły pedagogiczne i medyczne (1900–1912). Dzieła 4*, Warszawa 1998.
- Korczak J., *Lekarz w internacie*, „Pediatria Polska” 1923, z. 2, [w:] *Pisma wybrane*, t. 2, Warszawa 1978, s. 87.
- Kostiukow A., Pioterek A., Głowacka M. D., Mojs E., *Nikotynizm wśród gimnazjalistów województwa wielkopolskiego*, „Probl. Hig. Epidemiol.” 2007, nr 88 (3), s. 70–74.
- Malik V.S., *Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2006, Vol. 84, No. 2, s. 274–288.
- Mazur J., Małkowska-Szkatnik A., *Wyniki badań HBSC 2010 Raport techniczny*, Warszawa 2011.
- Milton B., *Starting young? Children’s experiences of trying smoking during preadolescence*, „Health Education Research, Apr.” 2008, nr 23 (2), s. 298–309.
- Nowicka A., *Zdrowie. Od biologicznego do holistycznego paradygmatu zdrowia*, [w:] *Inspiracje Korczakowskie. Wokół „Prawideł życia” w 80. rocznicę wydania*, red. Z. Rudnicki, Poznań 2011.
- Pilch T., *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t.2, Warszawa 2003.
- Puchalski K., *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*, [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Łódź 1990.
- Rampersaud G. C., Pereira M. A., Girard B. L., Adams J., Metz J. D., *Breakfasts Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents*. J. Am. Diet. Assoc. 2005, 105, 5, s. 743–60.
- Sakowska I., Wojtyński B., *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. Wojtyński B., Goryński P., Warszawa 2008.
- Sandercock P., Wardlaw J., Dennis M., *EPITHET – where next?* „Lancet Neurol” 2008, nr 7, s. 570–571.
- Suliga E., *Ocena częstości spożycia śniadań wśród dzieci wiejskich*, „Rocz. PZH” 2005, nr 56, nr 3, s. 259–265.
- Szymański J., Woynarowska B., Mazur J., *Picie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną w Polsce i w innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998*, „Alkoholizm i Narkomania” 2001, nr 14, s. 213–227.
- Timlin M. T., Pereira M. A., Story M., Neumark-Sztainer D., *Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (Eating Among Teens)*, „Pediatrics” 2008, nr 121(3), s. 638–645.
- Titkow A., *Zachowania i postawy wobec zdrowia. Studium warszawskie*, Warszawa 1983.
- Sakowska I., Wojtyński B., *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. Wojtyński B., Goryński P., Warszawa 2008, s. 185–201.
- Sęk H., *Zachowania behawioralne*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t.3, red. J. Strelau, Gdańsk 2000, s. 533–553.
- Sandercock G.R.H., Voss C., Dye L., *Association between habitual school-day breakfast consumption, body mass index, physical activity and cardiorespiratory fitness in English schoolchildren*, „Eu. J. Clin. Nutr.” 2010, nr 64 (10), s. 1086–1092.

- Syrek, E., *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Katowice 2008.
- Titkow A., *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*, Warszawa 1983.
- Urbańska I, Czarniecka-Skubina E., *Częstotliwość spożycia przez młodzież produktów spożywczych oferowanych w sklepikach szkolnych*, „Żywność Nauka Technologia Jakość” 2007, nr 3 (52), s. 193–204.
- A. Wiatrowska, *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*, Lublin 2009.
- Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., Wojtyła C., *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*, „Probl. Hig. Epidemiol” 2011, nr 92(2), s. 343–344.
- Woronowicz B. T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2007.

#### **Strony internetowe**

Korczak J. (wykład), *Prawa dziecka jako jednostki*, <http://2012korczak.pl/node/285/page/0/2>.

### SUMMARY

#### **Selected health behaviours of school-age children**

Salubrious behaviour has considerable influence on the state of human health. Formed in early childhood, it shapes human adult lifestyle. Thus, prophylaxis and popularization of healthy lifestyle appear extremely important. On the other hand, research on salubrious child behaviour carried out in co-operation with WHO- Health Behaviour in School-aged Children indicate that prophylaxis and popularization of healthy lifestyle may turn out to be quite a challenge.