

# Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia de Securitate et Educatione Civili III (2013)

*Pelagia Szybka*

## Kompetencje prozdrowotne młodzieży wyzwaniem współczesnej edukacji

Wychowanie do zdrowia młodego pokolenia powinno być jednym z podstawowych zadań rodziny i systemu edukacyjnego państwa. Zdrowe jednostki tworzą zdrową populację, ta zaś tworzy sprawne struktury państwa, pozwalające na harmonijny rozwój obywateli w warunkach sprzyjających zdrowiu. Wydaje się, że w skali społecznej docenia się znaczenie zdrowia, a dowodzą tego intensywne działania prozdrowotne podejmowane w skali globalnej od 2 poł. XX wieku m.in. przez Światową Organizację Zdrowia.

Współcześnie zdrowie postrzegane jest jako:

- wartość, dzięki której można realizować własne aspiracje, zmieniać środowisko i łatwiej przystosowywać się do zmian,
- zasób-bogactwo gwarantujący rozwój gospodarczo-ekonomiczny, społeczny i kulturowy,
- środek zapewniający osiągnięcie lepszej jakości życia<sup>1</sup>.

Zdrowie zajmuje wysoką pozycję w hierarchii wartości ludzi i jest ważnym elementem bezpieczeństwa społecznego. W Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia stwierdzono, iż jest ono „wartością chronioną prawem, pozwalającą na satysfakcjonujący rozwój osobisty, a także rozwój społeczno-ekonomiczny kraju”<sup>2</sup>.

### Współczesne pojmowanie zdrowia i czynników warunkujących zdrowie

Współcześnie, holistycznie i funkcjonalnie rozumiane zdrowie uwzględnia tkwiące w człowieku i jego otoczeniu możliwości. Najpełniej przedstawia to model ekosystemu człowieka, zwany Mandalą Zdrowia<sup>3</sup>, w centrum którego jest człowiek

<sup>1</sup> *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie po trzech latach*, red. B. Woynarowska, Warszawa 1995.

<sup>2</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 6.

<sup>3</sup> C. Włodarczyk, *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*, [w:] *Promocja zdrowia*, red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Warszawa 1994, s. 30.

ze swoim ciałem, duchem i rozumem. W modelu uwzględniono czynniki wpływające na zdrowie ludzkie, znajdujące się w biosferze, kulturze, społeczeństwie i środowisku wytworzonym przez nie, stylu życia, pracy, polityce zdrowotnej oraz ekonomii danego kraju.

H. Wrona-Polańska stwierdza, że podstawą zmiany w tak rozumianej koncepcji zdrowia stała się teoria systemowa, która traktowała człowieka jako „system funkcjonalny, dynamiczny, podlegający oddziaływaniom środowiska fizycznego i społecznego. Cały świat w myśl tej teorii jest wielością podsystemów wzajemnie na siebie oddziaływujących, ale rozwijających się z zachowaniem prymatu ogólnej struktury”<sup>4</sup>.

W klasycznym już holistycznym modelu zdrowia opracowanym w 1973 r. przez Bluma i Lalonde’a wyodrębniono cztery determinanty zdrowia populacji ludzkiej, tzw. pola zdrowia, obejmujące:

- styl życia ludzi jako bardzo ważny czynnik wpływający na stan zdrowia i jakość życia,
- środowisko fizyczne, społeczne i ekonomiczne życia, pracy i nauki,
- czynniki biologiczne i genetyczne,
- działania opieki zdrowotnej oparte na profilaktyce, promowaniu zachowań zdrowotnych i rehabilitacji<sup>5</sup>.

Równocześnie M. Lalonde<sup>6</sup>, jako jeden z pierwszych promotorów zdrowia, opracował listę nawyków zagrażających zdrowiu. Zaliczył do nich: uzależnienie lub nadużywanie alkoholu i leków, palenie papierosów, nadmierne odżywianie, wysokie spożycie tłuszczów i węglowodanów, dziwaczne odżywianie, niedożywienie, brak wypoczynku, obciążenie pracą, nieostrożne prowadzenie pojazdów oraz nieuporządkowane życie płciowe.

Holistyczny model zdrowia zmodyfikowany w 1988 r. uwzględniał nie tylko determinanty zdrowia, ale i czynniki ryzyka zdrowotnego:

- społeczno-środowiskowe obejmujące m.in. ubóstwo, niskie wykształcenie, złe warunki pracy,
- psychospołeczne obejmujące m.in. marginalizację społeczną, słabą kondycję psychofizyczną, małe poczucie bezpieczeństwa,
- wynikające z zachowań osobniczych, takich jak uzależnienia, nieprawidłowe odżywianie, brak aktywności fizycznej,
- patofizjologiczne obejmujące m.in. nadciśnienie tętnicze, wysoki poziom cholesterolu i cukru we krwi.

---

<sup>4</sup> H. Wrona-Polańska, *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*, Kraków 2003, s. 20.

<sup>5</sup> A. Wojtczak, dz. cyt., s. 76.

<sup>6</sup> A. Gniazdowski, *Zachowania zdrowotne a zdrowie. Badanie związków*, [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Łódź 1990, s. 92–93.

Natomiast A. Wojtczak<sup>7</sup> pogrupował determinanty zdrowia i czynniki ryzyka chorobowego w powiązaniu z przyczynami przedwczesnych zachorowań, niepełnosprawności oraz zgonów.

**Tab. 1.** Czynniki ryzyka chorobowego jako przyczyna przedwczesnych zgonów

Determinanty i czynniki ryzyka chorobowego	Przedwczesne zachorowania i zgony
<p><b>Styl życia:</b> nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna, złe odżywianie, substancje psychoaktywne, nadużywanie leków, nadciśnienie tętnicze, wysokie stężenie cholesterolu we krwi.</p> <p><b>Środowisko fizyczne i psychiczne:</b> zagrożenia środowiskowe, hałas, woda, powietrze, zagrożenia zawodowe, przemoc, stres.</p> <p><b>Czynniki genetyczne:</b> predyspozycje genetyczne, wady wrodzone.</p> <p><b>Czynniki społeczno-ekonomiczne:</b> warunki życia, ubóstwo, bezrobocie, marginalizacja społeczna, brak równego dostępu do ochrony zdrowia.</p>	<p>zawały serca, udary mózgu, nowotwory płuc, okrężnicy, piersi, szyjki macicy, skóry, astma i alergie, wypadki, urazy, inwalidztwo, otyłość, cukrzyca, zaburzenia psychiczne, zakażenia, zatrucia</p>

Obecnie nikt nie może podważyć faktu, iż na znaczący wzrost występowania tzw. chorób cywilizacyjnych, które są przyczyną przedwczesnego inwalidztwa i śmierci, ma wpływ m.in. antyzdrowotny styl życia człowieka.

Samo pojęcie 'styl życia' nie jest terminem ściśle medycznym, pojawia się również w naukach pedagogicznych, socjologicznych i psychologicznych. W rozumieniu potocznym „styl życia stanowią określone zespoły zachowań, przekonań i nastawień ujawniające się u danego człowieka w doświadczanych przez niego sytuacjach życia codziennego”<sup>8</sup>. Światowa Organizacja Zdrowia za styl życia uważa „sposób życia oparty na wzajemnym związku pomiędzy warunkami życia w szerokim sensie a indywidualnymi wzorami zachowań zdeterminowanych przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne”<sup>9</sup>.

W przypadku jednostki styl życia określa się jako „wybrany z własnej woli typ jednostkowych zachowań i sposobu życia. [...] Kształtują go wzory zachowań wyuczone w kontakcie z rodzicami, rodzeństwem, przyjaciółmi oraz przekazane w szkole i przez środki masowego przekazu”<sup>10</sup>.

Biorąc pod uwagę fakt, że styl życia przyjęty przez ludzi w dużym stopniu wywiera bezpośredni wpływ na ich zdrowie oraz że zmiany nieprawidłowych

<sup>7</sup> A. Wojtczak, dz. cyt., s. 79.

<sup>8</sup> M. Binkowska-Bury, *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*, Rzeszów 2009, s. 15.

<sup>9</sup> E. Kasperek, *Promocja zdrowia i człowiek współczesny: nadzieje, problemy, kontrowersje*, [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, red. M.D. Głowacka, Poznań 2000, s. 207.

<sup>10</sup> A. Wojtczak, dz. cyt., s. 80.

zachowań przebiegają powoli, należy zachowania prozdrowotne kształtować od dzieciństwa i kontynuować je przez całe życie. Edukacja poprzez przekazywanie dobrych wzorców i wiedzy musi odbywać się w rodzinie, placówkach oświatowo-wychowawczych, ale także z wykorzystaniem środków masowego przekazu. Jest to najtańszy sposób na utrzymanie zdrowia całej populacji.

W 1998 r. Biuro Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia nowelizowało swoją strategię *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000*, uzupełniając ją o zadanie *Zdrowie młodych ludzi (do 18 roku życia)*. Nowelizacja zakładała m.in. poprawę w regionie europejskim zdrowia młodych ludzi przed 2020 r. oraz lepsze przygotowanie do pełnienia ról w społeczeństwie. W szczególności nacisk położono na:

- nabywanie przez dzieci i młodzież umiejętności życiowych, a zwłaszcza dokonywania zdrowych wyborów,
- zredukowanie co najmniej o 50% umieralności i niepełnosprawności w następstwie przemocy i wypadków,
- zmniejszenie rozpowszechniania zachowań ryzykownych dla zdrowia, takich jak palenie tytoniu, picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych,
- zmniejszenie co najmniej o 1/3 ciąż u nieletnich<sup>11</sup>.

Natomiast w 1999 r. Biuro Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia ogłosiło nową uniwersalną strategię zatytułowaną *Zdrowie 21. Zdrowie w XXI wieku*, w której przedstawiono 21 celów zdrowotnych dla Europy opartych na filozofii solidaryzmu społecznego i określających kierunki polityki zdrowotnej. W strategii założono także poszukiwanie różnorodnych partnerów do działań prozdrowotnych. W związku z tym także nauczycielom stawia się wysokie wymagania w zakresie realizacji celów strategii zdrowotnej. Nauczyciele w przedszkolach i szkołach powinni:

- posiadać wiedzę i umiejętności potrzebne do kształcenia i inspirowania swoich uczniów w przyjmowaniu takich podstawowych wartości, jak sprawiedliwość, równość i współczucie; mają oni także zachęcać do przyjmowania zdrowego stylu życia i uczyć umiejętności życiowych;
- uznać i przyjąć odpowiedzialność za fakt, że stanowią autorytet dla swoich uczniów oraz sami przyjąć zdrowy styl życia;
- wykazywać zrozumienie sytuacji rodzinnej swoich uczniów oraz współpracować z ich rodzicami na zasadzie partnerstwa<sup>12</sup>.

Tak więc i w zakresie działań prozdrowotnych na nauczycieli nałożono wiele obowiązków i to niezależnie od przedmiotu, którego uczą i typu placówki oświatowej, w której pracują.

---

<sup>11</sup> *Zdrowie i szkoła*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2000, s. 5.

<sup>12</sup> W. Sidorowicz, J. Maroszek, D. Kiedlik, *Analiza społeczna w polityce zdrowotnej*, Kraków 2002, s. 31–33.

Polską odpowiedzią na podjęte międzynarodowe działania prozdrowotne było opracowanie Narodowego Programu Zdrowia<sup>13</sup> na podstawie strategii Światowej Organizacji Zdrowia, (wersja aktualna opracowana została na lata 2007–2015), zgodnego z merytorycznymi założeniami programu Unii Europejskiej, dotyczącego monitorowania stanu zdrowia oraz nowej strategii zdrowia publicznego zaproponowanej przez Komisję Europejską. Podstawowym warunkiem osiągnięcia celu strategicznego i celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) jest aktywne włączenie do jego realizacji administracji rządowej i funkcjonujących w jej ramach instytucji, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów i społeczności lokalnych. W obecnej wersji NPZ utrzymano wcześniejsze ustalone w 1996 r. ogólne założenia koncepcji i cele. Dokonano niezbędnych modyfikacji, dostosowując cele i zadania do aktualnych potrzeb. Uwzględniono także tendencje, które uwidoczniły się w ostatnich latach w programach innych krajów, wyrażające się formułowaniem zróżnicowanych celów, adekwatnych dla potrzeb danej grupy wiekowej. Wyróżnione grupy to: kobiety w wieku rozrodczym, noworodki, dzieci i młodzież, populacja w wieku produkcyjnym i osoby starsze. Zmiany demograficzne skłoniły także do zwrócenia większej niż dotychczas uwagi na populację w wieku produkcyjnym, która powinna być w jak najlepszej kondycji zdrowotnej, by zapewnić byt pozostałym grupom populacyjnym.

W programie przyjęto jeden nadrzędny i długofalowy cel strategiczny, który zakłada poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności. Dla osiągnięcia tego celu wytyczono trzy główne kierunki:

- zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu<sup>14</sup>.

W NPZ wyznaczone zostały trzy grupy celów operacyjnych, ale do potrzeb tego artykułu przedstawiono tylko cele dotyczące czynników ryzyka zdrowotnego w kontekście działań w zakresie promocji zdrowia, które zakładają:

- zwiększenie aktywności fizycznej ludności,
- poprawę sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości,
- zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu,
- zmniejszenie i zmianę struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych jego spożywaniem,
- ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.

Edukacja zdrowotna musi pełnić szczególną rolę w kształtowaniu prozdrowotnego stylu życia, ujętego jako jeden z trzech głównych obszarów działań w realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Głównym celem edukacji prozdrowotnej jest

---

<sup>13</sup> Narodowy Program Zdrowia 2007–2015, s. 4–7, <http://www.mz.gov.pl> [21.10. 2012].

<sup>14</sup> Tamże, s. 11.

kształtowanie zdrowego stylu życia oraz umiejętności pomnażania i wykorzystywania zasobów osobistych i środowiskowych sprzyjających zdrowiu.

Jak już zostało wspomniane, duży wpływ na kształtowanie wiedzy i zachowań zdrowotnych ma środowisko lokalne – przede wszystkim rodzina, szkoła i otoczenie zawodowo-towarzystkie. Istotną rolę odgrywają również środki masowego przekazu i reklamy. Jednak media w Polsce kształtują negatywną wizję zdrowia, często w formie sensacji, opartą na nieaktualnej już biomedycznej koncepcji zdrowia. Dalej preferuje się dominujący wpływ opieki medycznej na zdrowie człowieka, pomimo że wiele badań w świecie potwierdziło, że nakłady finansowe ponoszone przez państwo na służbę zdrowia nie są adekwatne do ich potencjalnego wpływu na rzeczywisty stan zdrowia populacji. G. E. A. Dever stwierdził, że system opieki zdrowotnej pochłania 90% nakładów na ochronę zdrowia, a ma tylko 10% wpływu na redukcję umieralności. Natomiast nakłady na kształtowanie stylów życia, edukację zdrowotną pochłaniają tylko 1,5%, a mają 40% wpływu na obniżenie umieralności<sup>15</sup>.

Odwołanie się, m.in. do czynników pozamedycznych przyczyniło się do interdyscyplinarnych działań na rzecz zdrowia oraz rozwoju edukacji zdrowotnej. Jej celem jest przekazanie wiedzy o zdrowiu oraz możliwościach kształtowania i wspierania w tym zakresie zachowań ludzi. Działania prozdrowotne powinny wpływać na wzmocnienie osobistego zdrowia, ale także kształtować umiejętności radzenia sobie w sytuacji jego zagrożenia. Różnorodne podmioty oddziałujące na człowieka od najmłodszych lat kształtują jego styl życia, który jest efektem przetworzenia wzorców zarejestrowanych w dzieciństwie i w wieku nastoletnim. Szkoła jest bardzo ważnym partnerem do działań prozdrowotnych. Oczywiście tworzone na podstawie wytycznych Ministerstwa Edukacji Narodowej programy edukacyjne zawierają treści prozdrowotne, które z większym lub mniejszym powodzeniem uczą zachowań sprzyjających zdrowiu. Jednak przeprowadzane badania diagnozujące wzrost zachowań antyzdrowotnych wśród młodzieży wskazują raczej na ich niską skuteczność. Wykazują one wzrost oraz obniżenie wieku inicjacji takich zachowań zagrażających zdrowiu, jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i środków uzależniających oraz wczesne rozpoczynanie życia seksualnego.

Mając na uwadze fakt, że styl życia jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na stan zdrowia i jakość życia człowieka, a kształtowanie kompetencji w tym zakresie jest priorytetowym zadaniem edukacji zdrowotnej, postanowiono zdiagnozować kompetencje prozdrowotne młodzieży szkół ponadgimnazjalnych.

### **Kompetencje prozdrowotne młodzieży – komunikat z badań**

Do istotnych czynników mających wpływ na kształtowanie kompetencji zdrowotnych należą: wzorce (głównie rodzinne i szkolne), wiadomości o zdrowiu, zachowania i postawy zdrowotne. W związku z tym celem przeprowadzonych badań diagnostycznych, których wyniki zinterpretowano w niniejszym artykule, było

---

<sup>15</sup> A. Gniazdowski, dz. cyt., s. 92-93.

poznanie opinii, wiadomości oraz zachowań sprzyjających i ryzykownych dla zdrowia młodzieży.

Sformułowane 3 problemy badawcze, które przedstawiają się następująco:

- Jaką aktywność fizyczną wykazuje młodzież szkół ponadgimnazjalnych?
- W jaki sposób uczniowie realizują zasady żywienia?
- Jakie zachowania niebezpieczne dla zdrowia wykazuje młodzież szkół ponadgimnazjalnych?

Badaniami objęto młodzież w przedziale wiekowym między 17 a 18 rokiem życia, uczniów szkół ponadgimnazjalnych z województw: małopolskiego, łódzkiego i podkarpackiego. Łączna grupa respondentów biorąca udział w badaniu liczyła 454 osoby, w tym dziewczęta stanowiły 52%, a chłopcy 48%. Osoby badane to młodzież mieszkająca i uczęszczająca do szkół w miastach (59%) oraz uczęszczająca do szkół w miastach, ale mieszkająca w obszarach wiejskich (41%).

Badając opinie i zachowania młodzieży w zakresie aktywności fizycznej poddano analizie odpowiedzi na 8 pytań, które miały na celu określenie czy, jak często i jakie rodzaje aktywności fizycznej podejmują uczniowie. Pytano także uczniów o motywacyjny wpływ rodziców na ich aktywność ruchową. Analizując otrzymane wyniki stwierdzono, iż prawie wszyscy badani (96,7%) uznali aktywność ruchową za niezbędną dla zdrowia człowieka, zaś z tą oceną nie zgadzał się tylko nieznacznym odsetek respondentów (3,3%). W lekcjach wychowania fizycznego chętnie uczestniczyła zdecydowana większość badanych osób (70,1%). Prawie 25% uczniów uznała zajęcia za mało atrakcyjne, nudne, trudne (problemy z osiąganiem wyników) lub nie lubiła nauczyciela. Niepokojący jest fakt, iż ponad 6% badanej młodzieży miała stałe zwolnienia z wychowania fizycznego.

Czynnie i częściej czynnie czas wolny spędzała połowa badanych (55,6%), natomiast biernie co dziesiąty uczeń, a częściej biernie niż czynnie ponad 30% respondentów. Z podanych do wyboru form spędzania czasu wolnego aktywność ruchową na świeżym powietrzu jako najbardziej atrakcyjną wybrało 40,6% badanych, oglądanie programów telewizyjnych wybrał prawie co trzeci uczeń, a co piąty spędzanie czasu przy komputerze. Nieznacznie mniej niż 10% respondentów dokonała wyboru innego rodzaju działań, m.in. czytanie, kino, gra na instrumencie, łowienie ryb.

Na dodatkowe zorganizowane zajęcia fizyczne uczęszcza nieco mniej niż 20% badanych i są to najczęściej treningi w szkolnych kołach sportowych, siłowniach, klubach fitness i szkołach tańca.

Badani mieli także określić częstotliwość swojej aktywności fizycznej poza zajęciami w szkole w okresie ostatniego miesiąca. Najczęściej wybierano odpowiedź: kilka razy w miesiącu (55,6% badanych). Codzienną aktywność deklarował co dziesiąty badany, co drugi dzień prawie 30% uczniów, a nieznacznym odsetek (4,2%) badanej młodzieży nie wykazał żadnej aktywności fizycznej.

Diagnoza dotyczyła nie tylko częstotliwości, ale także rodzaju aktywności ruchowej w tygodniu poprzedzającym badania. Prawie 25% respondentów stwierdziła, iż nie podjęła takich działań, a pozostała młodzież wymieniała najczęściej:

ćwiczenia w domu i na siłowni, bieganie, jazdę na rowerze, spacer, grę w piłkę nożną na „Orliku” i w hali oraz aerobik.

Większość badanych uczniów (62,5%) stwierdziła, że jest zachęcana przez rodziców do aktywności ruchowej, a ponad 30% nie zauważyło tego typu działań ze strony rodziców i opiekunów. Liczba uczniów zachęcanych przez rodziców do aktywności fizycznej (62,5%) jest zbliżona do liczby badanych spędzających czas wolny w sposób czynny lub przeważnie czynny (55,6%).

Analiza zebranych danych z kolejnych 17 pytań miała na celu określenie źródeł wiedzy o prawidłowym żywieniu oraz sprawdzenie zachowań żywieniowych w codziennym życiu. Dodatkowo w tej części omówiono wyniki dotyczące znajomości podstawowych zasad zdrowego żywienia.

Z badań wynika, że nadal najważniejszym źródłem wiedzy żywieniowej jest rodzina (76,6%). Nieznacznie mniej niż połowa badanej młodzieży wskazała jako źródło zdobywania informacji żywieniowych także szkołę (48,9%) i Internet (47,6%). Wpływ programów telewizyjnych na wiedzę żywieniową wskazała prawie 30% badanych, prasy 25%, a lekarzy co piąty uczeń. Natomiast wskazania na inne źródła, takie jak: inni niż lekarze pracownicy służby zdrowia, literatura przedmiotu, kole-dzy i koleżanki, wystąpiły w granicach kilku procent.

Poniżej w tabeli przedstawiono wyniki posiadanych wiadomości z zakresu zdrowego żywienia. Określono także wskaźnik wiedzy (w.w.) do każdego pytania. Uzyskano go, dzieląc liczbę osób, które wybrały prawidłową odpowiedź lub wykonały poprawnie zadanie, przez pełną liczbę przebadanych. Wartość 1 oznacza, że wszyscy badani wybrali poprawną odpowiedź lub poprawnie wykonali zadanie.

**Tab. 2.** Wiadomości z zakresu zdrowego żywienia (N=454)

Wiedza	Odpowiedzi poprawne		Odpowiedzi błędne		Razem %	Wskaźnik wiedzy
	L	%	L	%		
Znajomość piramidy zdrowego żywienia	372	81,9	82	18,1	100	0,82
Wskazana ilość porcji warzyw i owoców w ciągu dnia	296	65,2	158	34,8	100	0,65
Wskazana ilość posiłków w ciągu dnia	454	100	0	0	100	1,0
Skutki zdrowotne złego odżywiania	309	68,1	145	31,9	100	0,68
Czas spożywania ostatniego posiłku dnia	439	96,7	15	3,3	100	0,97
Produkty zawarte w podstawie piramidy zdrowego żywienia	237	52,2	217	47,8	100	0,52
Obliczanie indywidualnego BMI	170	37,4	284	62,6	100	0,37



Analizując otrzymane wyniki, zdecydowana większość badanych (81,9%) wiedziała o istnieniu piramidy zdrowego żywienia przedstawiającej podział żywności według zalecanej częstotliwości ich spożywania. Wskaźnik wiedzy w tym pytaniu kształtował się na poziomie 0,82. Ilość zalecanych posiłków w ciągu dnia poprawnie określili wszyscy uczniowie, natomiast wskazań, co do ilości porcji warzyw i owoców nie znało ponad 30% badanej młodzieży (w.w.-0,65). Aby poprawnie odpowiedzieć na pytanie dotyczące możliwych skutków zdrowotnych złego odżywiania, należało wybrać z podanej listy 3 choroby (otyłość, cukrzyca, miażdżyca). Poprawnego wyboru dokonała większość badanych (68,1%). Wskaźnik wiedzy, wynoszący 0,68, został obniżony z powodu nieprawidłowych odpowiedzi dokonanych przez ponad 30% ankietowanych osób. Prawie wszyscy badani (96,7%) poprawnie określili zalecany czas spożywania 1 ostatniego posiłku. Pomimo że zdecydowana większość młodzieży wiedziała, czym jest piramida zdrowego żywienia, to jednak prawie połowa z nich (47,8%) nie potrafiła określić rodzaju produktów zawartych w podstawie graficznej interpretacji podziału żywności co do zalecanej częstotliwości jej spożywania. Wskaźnik wiedzy w tym przypadku był niski i kształtował się na poziomie – 0,52. Uczniowie mieli także wykonać zadanie praktyczne, polegające na obliczeniu własnego wskaźnika masy ciała. Poprawny wzór i obliczenia zastosowało tylko 37,4% badanych, a wskaźnik wiedzy wyniósł 0,37. Średni wskaźnik wiedzy dla 7 pytań, omawianych powyżej wynosił 0,72.

Badając zachowania żywieniowe młodzieży dokonano analizy kolejnych 9 pytań. Większość uczniów (66,7%) spożywa śniadanie codziennie przed wyjściem do szkoły, 10% je śniadania tylko w soboty i niedziele, natomiast pozostali (23,2%) nie jedzą rano posiłku. Co dziesiąty badany uczeń je dwa posiłki dziennie, ponad połowa (52,8%) je trzy razy w ciągu dnia, a 37,4% badanych stwierdziło, że spożywa pokarm 4 do 5 razy w ciągu dnia. Posiłek w szkole zjada wysoki odsetek badanej młodzieży (78,6%), ale niestety bardzo często są to produkty kupowane w sklepiku szkolnym lub automatach z napojami i słodyczami. Uczniowie kupują najczęściej: słodkie napoje gazowane, wodę mineralną gazowaną, drożdżówki, zapiekanki, batony, chipsy i ciastka. Ostatni posiłek do 30 minut przed snem spożywa 18,8 % badanych, godzinę przed snem – 18,2%, 3 godziny przed zaśnięciem je kolację prawie połowa (48,9%) uczniów, a pozostali (14,1%) stwierdzili, że nie jedzą kolacji.

Badania pokazały, że jedzenie typu fast food cieszy się popularnością wśród młodzieży. Poza 25% badanych, którzy w ogóle nie spożywają tego typu posiłków, pozostali uczniowie wskazywali na mniejszą bądź większą częstotliwość sięgania po takie jedzenie. Prawie połowa (49,7%) spożywa je jeden do dwóch razy w tygodniu, co piąty uczeń trzy do czterech razy w tygodniu, częściej niż cztery razy w tygodniu niewielki odsetek badanej młodzieży (5,7%).

W kolejnym pytaniu uczniowie mieli wybrać z przedstawionej listy produktów pokarmowych te, które spożywają każdego dnia, kilka razy w tygodniu lub raz na tydzień. Prawie wszyscy badani (96,2%) uwzględniają codziennie w swojej diecie produkty zbożowe, ponad 80% produkty mięsne, a ponad połowa (56,8%) pije

wodę mineralizowaną, spożywa mleko i jego przetwory. Warzywa i owoce je codziennie ponad 30% badanych, ponad połowa (58,2%) potwierdziła spożycie ich kilka razy w tygodniu, a jeden raz lub w ogóle nie jada warzyw i owoców w sumie 8,6% uczniów. Ryby, jeżeli w ogóle są jedzone, to tylko raz w tygodniu przez 21,9% badanej młodzieży.

W badaniach uwzględniono także wyniki otrzymane z analizy pytań dotyczących zachowań sprzyjających i ryzykownych dla zdrowia młodzieży szkół ponadgimnazjalnych.

Młodzież w wieku licealnym powinna przeznaczać na sen od 7 do 8 godzin. W tym przedziale czasowym mieści się zdecydowana większość badanych (67,3%). Krótszy czas snu (do 6 godzin na dobę) potwierdziło w badaniach 15,8% ankietowanych i niemal tyle samo (16,2%) udzieliło odpowiedzi potwierdzających 9–10 godzinny sen. Nieznaczny odsetek (0,7%) zadeklarował, że śpi powyżej 10 godzin na dobę.

Pasy bezpieczeństwa w czasie jazdy samochodem zapina zdecydowana większość badanych (76,4%). Niewielki procent (19,4%) zadeklarował, że robi to czasami, natomiast uczniowie jeżdżący bez zapiętych pasów stanowili tylko 4,2% ankietowanych. Można zatem stwierdzić, że kampanie promujące bezpieczną jazdę spełniają swoją rolę. O ile zapinania pasów bezpieczeństwa jest w większości przypadków akceptowany i realizowany, to młodzież wciąż wykazuje opór przeciwko zakładaniu kasku do jazdy na rowerze, rolkach, snowboardzie i uprawianiu innych sportów urazowych. Systematyczne zakładanie kasku zadeklarował bardzo niski procent badanych (7,9%), a używanie go sporadycznie co dziesiąty uczeń. Niepokojący jest fakt, że zdecydowana większość respondentów (83,3%) nie używa kasku w czasie jazdy. Respondenci wskazywali także, jaką uprawiają ryzykowną aktywność fizyczną. Wymienione zostały następujące niebezpieczne zachowania: skok do wody na tzw. główkę wskazało 13,9% badanych, górskie zjazdy rowerem 14,1%, skoki rowerem 1,4%, jazdę na rolkach lub deskorolce po schodach i poręczach 2,8% i tyleż samo jazdę na łyżwach po zamrożonej rzece czy jeziorze. Cieszy fakt, że zdecydowana większość badanych (65%) nie przepada za zbędnym ryzykiem, wynikającym z uprawiania niebezpiecznych sportów.

Analiza wyników badań dotyczących stosowania używek i substancji psychoaktywnych wykazała, że 68,1% badanych nie stosuje żadnych używek, 31,9% wskazała, że najpopularniejszą używką wśród młodzieży jest alkohol, który piją prawie wszyscy (93,9%). Napoje energetyczne spożywa ponad 30% badanych i taka sama liczba pali papierosy. Najmniejszą popularnością cieszy się marihuana, której używanie potwierdziło niewielki odsetek ankietowanych (1,4%).

Z przeprowadzonych badań ankietowych na grupie młodzieży uczęszczającej do liceów i szkół zawodowych wynika, że docenia ona znaczenie aktywności ruchowej dla zdrowia człowieka. Potwierdziło to ponad 96% badanych. Także rodzice coraz częściej zwracają uwagę na walory zdrowotne czynnego spędzania wolnego czasu i mobilizują dzieci do działań w tym kierunku. Niepokoi jednak fakt, że aktywnie

ruchowo poza lekcjami wychowania fizycznego spędza czas wolny co czwarty badany. Ponad połowa uczniów tylko kilka razy w miesiącu mobilizuje się do aktywności fizycznej, a 4% nie wykazuje żadnej aktywności. Niepokojący jest fakt, iż ponad 6% badanej młodzieży miała stałe zwolnienia z wychowania fizycznego, mogące świadczyć o problemach zdrowotnych sporej grupy uczniów.

Analiza otrzymanych wyników na temat wiadomości i zachowań żywieniowych badanej młodzieży pozwala wnioskować, że najważniejszym źródłem kompetencji żywieniowych jest rodzina (76,6% wskazań), potem szkoła i Internet. Wiadomości uczniów dotyczące prawidłowego żywienia są obszerne, średni wskaźnik wiedzy kształtował się na poziomie 0,82. Niestety odpowiedzi na pytania wskazujące na zachowania żywieniowe nie są już tak optymistyczne.

Wciąż wielu młodych ludzi (ponad 30% badanych) nie jada lub je sporadycznie śniadania, pomimo że większość zgodnie uznaje je za najważniejszy posiłek dnia. Dużą popularnością cieszą się dania typu fast food, zgodnie uznawane przez dietetyków za szkodliwe, z różną częstotliwością spożywa je znacząca większość badanych. Warzywa i owoce je codziennie tylko co trzeci badany, kilka razy w tygodniu już znacznie więcej, bo ponad połowa uczniów, ale niestety 8,6 % nie ma w jadłospisie tych produktów. W szkole młodzież kupuje słodczyce, chipsy i słodkie napoje gazowane.

Zachowania niebezpieczne dla zdrowia są przez młodzież pojmowane na różny sposób. Zapinanie pasów bezpieczeństwa jest już powszechnie akceptowane i uznawane za działanie zwiększające bezpieczeństwo jazdy (robi to 76,4% badanych), ale nadal ponad 4% uczniów nie wykonuje tej czynności podczas jazdy. Zakładanie kasku rowerowego nie należy do spotykanych często zachowań. Robi to regularnie zaledwie 7,9% ankietowanych.

Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono, że 68,1% badanych wykazała, że nie stosuje żadnych używek. Ponieważ badania były wykonane w szkole w czasie lekcji, gdzie obserwatorem był nauczyciel, który wprawdzie nie miał wglądu w ankiety, to jednak mogło to mieć wpływ na szczerść odpowiedzi uczniów.

Pomimo licznych kampanii antynikotynowych skutecznie usuwających papierosy ze sfery publicznej, nadal z grupy uczniów, która stwierdziła, że stosuje używki, do palenia papierosów przyznało się ponad 30%, marihuany 1,4%, spożywania alkoholu ponad 30% badanych.

Wyniki badań wskazują, że idea zdrowego stylu życia jest zrozumiała i akceptowana, ale nadal wiele do zrobienia w zakresie jej praktycznego stosowania w życiu codziennym. Pomimo sukcesów w dziedzinie promocji zdrowia, dynamiczny rozwój współczesnego świata przynosi nowe zagrożenia zdrowotne, które wymagają nowej wiedzy i umiejętności zwiększających komfort życia i poczucie bezpieczeństwa.

## Bibliografia

- Binkowska-Bury M., *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*, Rzeszów 2009
- Gniazdowski A., *Zachowania zdrowotne a zdrowie. Badanie związków*, [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Łódź 1990
- Kasperek E., *Promocja zdrowia i człowiek współczesny: nadzieje, problemy, kontrowersje*, [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, red. M.D. Głowacka, Poznań 2000
- Sidorowicz W., Maroszek J., Kiedlik D., *Analiza społeczna w polityce zdrowotnej*, Kraków 2002
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009
- Wrona-Polańska H., *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*, Kraków 2003
- Zdrowie i szkoła*, red. Woynarowska B., Warszawa 2000

## Pro-health competences of adolescents as a challenge of the contemporary education

### Abstract

The theoretical part of the article describes the common meaning of health, health determinants and disease risk factors. Taking into account that one of the health determinants is our lifestyle, formation of competences is the primary challenge of education on every level of human development. The second part of article interprets diagnostic studies aimed at understanding opinions, knowledge and behaviour of young people concerning a healthy lifestyle.

### Pelagia Szybka

dr pedagogiki, kierownik Katedry Edukacji dla Bezpieczeństwa, adiunkt w Instytucie Bezpieczeństwa i Edukacji Obywatelskiej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie