

WYŻSZA SZKOŁA GOSPODARKI KRAJOWEJ  
W KUTNIE

# **ZACHOWANIA PROZDROWOTNE DZIECI W ŚRODOWISKU LOKALNYM**

**Hanna Ukleja  
Renata Kwasek  
Krzysztof Ignasiak**

KUTNO 2016

**Praca zbiorowa:** dr Hanna Ukleja, Renata Kwasek, dr Krzysztof Ignasiak

ZACHOWANIA PROZDROWOTNE DZIECI W ŚRODOWISKU LOKALNYM

**Recenzja wydawnicza:** dr Teresa Branica-Bielecka, Szpital Uniwersytecki nr 1 dr A. Jurasza w Bydgoszczy

**Korekta:** Aneta Moszczyńska

**Redaktor:** Zbigniew Białobłocki

Kutno 2016 Wydanie I

**ISBN 978-83-63484-23-1**

**Skład i projekt okładki:** Łukasz Różyński

**Druk i oprawa:**

**M C P** Mazowieckie Centrum Poligrafii

ul. Słoneczna 3C, 05-270 Marki

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów publikacji bez zgody wydawcy zabronione. © 2016 Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

---

## Spis treści

<b>WSTĘP</b> .....	5
<b>ROZDZIAŁ I</b>	
<b>ZACHOWANIA PROZDROWOTNE DZIECI</b> .....	7
1. Czynniki wpływające na zdrowie .....	9
1.2. Charakterystyka zachowań prozdrowotnych dzieci .....	11
1.1.1. Odżywianie .....	14
1.1.2. Higiena ciała i otoczenia .....	19
1.1.3. Aktywność fizyczna .....	21
1.1.4. Sen .....	24
<b>ROZDZIAŁ II</b>	
<b>ŚRODOWISKO LOKALNE – WPŁYW NA KSZTAŁTOWANIE ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH</b> .....	27
2.1. Szkoła, jako miejsce kształtowania zachowań prozdrowotnych .....	28
2.2. Rola rodziny w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych .....	32
<b>ROZDZIAŁ III</b>	
<b>METODOLOGIA BADAŃ</b> .....	35
3.1. Cel i przedmiot badań .....	35
3.2. Problemy i hipotezy badawcze .....	36
3.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze .....	37
3.4. Organizacja i przebieg badań .....	39
3.5. Charakterystyka badanej populacji .....	40
<b>ROZDZIAŁ IV</b>	
<b>ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ</b> .....	41
<b>ROZDZIAŁ V</b>	
<b>PODSUMOWANIE I WNIOSKI</b> .....	60
<b>DYSKUSJA</b> .....	62
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	64

<b>STRESZCZENIE</b> .....	67
<b>SUMMARY</b> .....	67
<b>SPIS TABEL</b> .....	68
<b>ZAŁĄCZNIK</b> .....	70
Kwestionariusz ankiety .....	70

---

## WSTĘP

Zdrowie, jako wartość społeczna i osobista od wieków była ceniona i użytkowana na jednej z ważniejszych pozycji. Badania prowadzone wśród ludzi dorosłych i młodzieży wskazują, że zdrowie obok wartości z obszaru życia osobistego i rodzinnego jest uznawane za najważniejsze<sup>1</sup>.

Oddziaływanie szkoły, rodziców i całego środowiska lokalnego na świadomość młodego pokolenia wpływa na wyrobienie nawyków zdrowego stylu życia, a w konsekwencji na zdrowie całego społeczeństwa.

Prozdrowotny styl życia oznacza, zatem że ludzie podejmują świadome działania ukierunkowane na zwiększenie potencjału swego zdrowia oraz eliminują zachowania zagrażające mu<sup>2</sup>.

Styl życia człowieka, na który składa się m.in. zespół zachowań wyznaczających jego sposób życia, w znacznym stopniu determinuje jego zdrowie. Wiele zaburzeń występujących u dzieci (np. urazy, otyłość, próchnica zębów, zaburzenia układu ruchu, infekcje układu oddechowego) mają podłoże behawioralne (związane z zachowaniami). Zachowania zdrowotne kształtują się od wczesnego dzieciństwa w procesie socjalizacji, pod wpływem różnych czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu, szkole, społeczności lokalnej, „mass mediach”, reklamach, itd. Dzieciństwo i młodość decydują w istotnym stopniu o zachowaniach zdrowotnych i stylu życia u ludzi dorosłych<sup>3</sup>. Praca ta ma na celu zbadanie czy dzieci w wieku 12-13 lat podejmują działania prozdrowotne w środowisku szkolnym i rodzinnym. Dla potrzeb badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako technikę zbierania materiału wykorzystano ankietę własnego autorstwa skierowaną do uczniów klas V-VI szkoły podstawowej.

W pierwszym rozdziale przedstawiono czynniki wpływające na zachowanie zdrowia oraz zachowania prozdrowotne dzieci w wieku 11-12 lat, takie jak: odżywianie, higiena ciała i otoczenia, aktywność fizyczna, sen.

Drugi rozdział przedstawia, jak szkoła oraz rodzina kształtują zachowania prozdrowotne dzieci.

W rozdziale trzecim zamieszczono metodologię badań własnych. Zaprezentowano tu wykorzystane metody i techniki badawcze, miejsce badań oraz charakterystykę badanej populacji, określono cel badań, postawiono problemy badawcze i założone hipotezy.

---

<sup>1</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, Promocja zdrowia, Tom I, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, s. 11.

<sup>2</sup> B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 52.

<sup>3</sup> B. Woynarowska, J. Mazur, Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1999, s. 15.

---

Rozdział czwarty to analiza wyników badań własnych, które posłużyły do potwierdzenia lub odrzucenia postawionych w rozdziale trzecim hipotez.

Treść rozdziału piątego to podsumowanie wyników przeprowadzonych badań, zweryfikowano założone wcześniej hipotezy i przedstawiono wynikające z analizy ankiet wnioski.

W pracy zawarto dyskusję, bibliografię, spis tabel oraz aneksy.

---

## ROZDZIAŁ I

# ZACHOWANIA PROZDROWOTNE DZIECI

Wielu badaczy uważa, że dzieci postrzegają zdrowie i chorobę odmiennie niż ludzie dorośli. U nastolatków w opiece zdrowia pojawia się dobre samopoczucie, różne stany emocjonalne, zdolność do wykonywania różnych czynności. Tworząc własne koncepcje zdrowia i choroby wymieniają, komponenty fizyczne (ciało, organizm), psychiczne (uczucia i emocje), energetyczne (dynamika działań) i społeczne (interpersonalne i zadaniowe). Zmiany koncepcji zdrowia w dzieciństwie polegają na przejściu od konkretnych przykładów z własnych doświadczeń do stopniowo wzrastającej zdolności do rozumienia zdrowia, jako pojęcia abstrakcyjnego, uwzględniania jego fizycznego i psychicznego wymiaru oraz zrozumienia specyficznych pojęć, takich jak np. przyczyny chorób, sposoby utrzymania zdrowia.

Przygotowanie dzieci i młodzieży do życia zgodnie z wartością zdrowia wymaga dziś nie tylko promowania zdrowia, lecz także zgłębiania zjawisk kultury masowej związanej ze zdrowiem, kształtowania wiedzy o kulturze zdrowej i niezdrowej. Granice między podejmowaniem tego, co zdrowe i niezdrowe, ulegają, bowiem zatarciu<sup>4</sup>.

Pojęcie zdrowia zmieniło się na przestrzeni lat. Początkowo było traktowane, jako brak choroby lub kalectwa, a także, jako rodzaj zasobu, który umożliwił osiągnięcie celów życiowych m.in. wykształcenia, dobrej pracy czy wysokiego standardu życia.

Według WHO, zdrowie to stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy kalectwa. Zdrowie oznacza, więc integrację całego organizmu, brak bólu i pełną sprawność. Dobrostan fizyczny rozumiany, jako prawidłowe funkcjonowanie wszystkich narządów i układów organizmu. Dobrostan psychiczny, jako zdolność do abstrakcyjnego i logicznego myślenia, a także rozpoznawania i wyrażania uczuć oraz emocji, jak również radzenia sobie ze stresem i depresją. Dobrostan społeczny, jako zdolność do utrzymania prawidłowych kontaktów interpersonalnych oraz dobrostan duchowy obejmujący zasady moralne, hierarchię wartości i przekonanie religijne. Obecnie zdrowie pojmowane jest holistycznie, jako połączone oddziaływanie ciała, umysłu i ducha<sup>5</sup>.

Istnieje nierozzerwalny związek między stylem życia a zdrowiem. Styl życia bezpośrednio determinuje zdrowie jednostki.

---

<sup>4</sup> M. Kowalski, A. Gawęł, *Zdrowie, wartość, edukacja*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006, s. 85.

<sup>5</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia. Tom I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, s. 313.

Rozpatrując związki między stylem życia a zdrowiem, używa się terminów: „zdrowy styl życia”, „styl życia sprzyjający zdrowiu”, „prozdrowotny styl życia”.

Prozdrowotny styl życia to wzory świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, de-terminowanych ich sytuację życiową alternatyw<sup>6</sup>.

Zdrowie można kształtować, tzn. rozwijać lub ograniczać jego potencjał, poprzez zachowania zdrowotne. Są one podstawami wobec własnego zdrowia, kształtowanymi od wczesnego dzieciństwa m.in. w procesie edukacji zdrowotnej. Postawy te kształtowane są w domu, w szkole, w grupie rówieśników<sup>7</sup>.

Celem nadzoru nad zdrowiem dziecka jest ocena jego stanu ogólnego, potwierdzenie prawidłowej czynności badanych narządów i układów, a także promocja optymalnego wzrastania i rozwoju. Niedostatni w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu mogą stać się bezpośrednią przyczyną wielu chorób, niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci. Reakcje i wzory zachowań, które decydują o stylu życia przekazywane są dziecku w procesie socjalizacji,

związanym z instytucjonalizowanym systemem edukacji, a także z nieformalnymi czynnikami edukacyjnymi, których dostarcza rodzina<sup>8</sup>.

Zachowania zdrowotne można podzielić na sprzyjające zdrowiu – prozdrowotne, pozytywne, np. odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymanie higieny osobistej itp. oraz ryzykowne dla zdrowia – antyzdrowotne, niepozytywne, zwane także autodestrukcyjnymi np. palenie tytoniu, używanie alkoholu itp.

Powszechnie wiadomo, że w największym stopniu na zdrowie ma wpływ styl życia. Po pierwsze, dlatego że według wielu warunków nasze zdrowie niemal w połowie zależy od stylu życia i po drugie, że nasz wpływ na styl życia aczkolwiek trudny, jest możliwy<sup>9</sup>.

Problem stylu życia w ujęciu społecznym wskazuje na zespół zachowań będących częścią zachowań zbiorowości. Są to codzienne zachowania specyficzne dla danej jednostki lub zbiorowości ukształtowane w toku interakcji z rodzicami, rodzeństwem, grupami rówieśniczymi, przyjaciółmi, a także pod wpływem szkoły, środków masowego przekazu itp., podlegające w toku życia modyfikacjom<sup>10</sup>.

Warto poddać dokładniejszej analizie zachowania różnicowane ze względu na kryterium, jakim jest stopień uświadomienia sobie znaczenia różnych zachowań dla zdrowia.

<sup>6</sup> B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 51.

<sup>7</sup> V. Korporowicz, Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2008, s. 84.

<sup>8</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszek, Promocja zdrowia. T. II. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 339.

<sup>9</sup> B. Woynarowska, M. Kapica (red.), Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2001, s. 177.

<sup>10</sup> Z. Słońska, Kształtowanie zdrowia w społeczności lokalnej, (w:) Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej, pod red. Z. Słońskiej, B. Woynarowskiej, Instytut Kardiologii, Warszawa 2002, s.16.



W grupie tej znajdują się zachowania o charakterze nawykowym oraz podejmowane świadomie – intencjonalnie.

Zachowania nawykowe – związane ze sferą zdrowia dotyczą różnych aspektów codziennego życia człowieka. Można do nich zaliczyć m.in.:

- czynności higieniczne (sposób, częstotliwość i okoliczność ich wykonywania),
- zachowania żywieniowe (regularność spożywania posiłków i specyfika diety),
- czynności wykonywane w sytuacjach wymagających przestrzegania zasad bezpieczeństwa (np. zapinanie pasów bezpieczeństwa podczas jazdy samochodem),
- nawyki w zakresie pory snu oraz rytmu pracy (nauki) i wypoczynku.
- nawyki w zakresie sposobów spędzania wolnego czasu i aktywności ruchowej.

Wymienione nawyki zdrowotne są kształtowane od najmłodszych lat życia w procesie socjalizacji pierwotnej oraz w ramach wychowania zinstytucjonalizowanego<sup>11</sup>.

### 1.1. Czynniki wpływające na zdrowie

Zdrowie jednostki i zbiorowości, a głównie najmłodszego pokolenia – dzieci zależy od wielu różnorodnych czynników. Rola i znaczenie ważności poszczególnych czynników jest różna i zmieniała się wraz ze zmianą modelu zdrowia. W modelu biomedycznym zdrowia szczególną rolę przypisywano opiece medycznej.

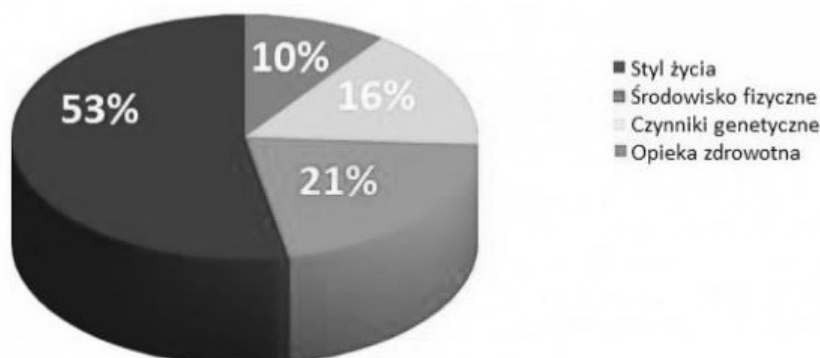
Momentem przełomowym dla zmiany postrzegania czynników warunkujących zdrowie ludzi z przeniesieniem akcentów z działań medycznych na szerszy kontekst społecznym, był raport Ministra Zdrowia Kanady

Lalonda, który stanowił podstawę polityki zdrowotnej państwa. Lalonda zaproponował w nim koncepcję „pól zdrowia”, w której wyróżnił cztery grupy czynników warunkujących zdrowie:

1. Styl życia – zbiór decyzji (działań) jednostki, które wpływają na jego zdrowie i które jednostka może w mniejszym lub większym stopniu kontrolować (ok. 50-52% ogółu wpływów),
2. Środowisko – wszystkie jego elementy zewnętrzne w stosunku do ciała ludzkiego, na które jednostka nie ma wpływu lub jest on bardzo ograniczony (ok. 20%),
3. Biologia człowieka – wszystkie cechy związane z biologią organizmu ludzkiego, w tym czynniki genetyczne, wiek, płeć (ok. 20%),
4. Organizacja opieki medycznej – dostępność, jakość, organizacja, rodzaj, zasoby opieki medycznej (ok. 10-15%)<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> M. Kowalski, A. Gawel, Zdrowie, wartość, edukacja. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006, s. 123.

<sup>12</sup> B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 44-45.



Światowa Organizacja Zdrowia wymienia następujące uwarunkowania zdrowia: korzystanie z praw i swobód obywatelskich, zatrudnienie, warunki pracy, warunki mieszkaniowe, kondycja psychofizyczna stosowna do płci i wieku, wykształcenie, zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywiania, poczucie bezpieczeństwa, możliwość oszczędzania, komunikacja i łączność z innymi ludźmi, możliwość wypoczynku, regeneracja sił i rozrywki, dostęp do odpowiedniej odzieży<sup>13</sup>.

Biorąc pod uwagę wskazany w Mandeli Zdrowia zestaw uwarunkowań ludzkiego zdrowia, to bezpośredni wpływ na nie wywierają trzy zasadnicze grupy czynników:

- dyspozycja biologiczna,
- elementy środowiska oddziałujące na poziomie mikrosystemu (poziom ten obejmuje szereg podsystemów, wśród których można wyróżnić m.in. składową biogeograficzną, materialne warunki życia i pracy oraz stosunki społeczne) panujące w rodzinie, jak również w instytucjach i nieformalnych grupach społecznych wpływających na jednostkę),
- styl życia wyrażający się specyfiką podejmowanych zachowań zdrowotnych<sup>14</sup>.

Do klasycznych uwarunkowań zdrowia zalicza się cztery czynniki: styl życia, warunki środowiskowe, warunki genetyczne i korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej, obecnie uwzględnia się w coraz szerszym zakresie, znacznie wiele innych uwarunkowań zdrowia z podkreśleniem roli czynników zewnętrznych, do których zalicza się przede wszystkim decyzje polityczne, stan środowiska przyrodniczego, rozwój społeczny oraz rozwój nauki i kultury<sup>15</sup>.

Według informacji zamieszczonych w Raporcie Komisji Ludnościowej oraz do czynników mających wpływ na zdrowie wymienia się czynniki biologiczne, demograficzne (płeć, wiek, stan cywilny), żywność i sposób odżywiania usługi medyczne, warunki

<sup>13</sup> V. Korporowicz, Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2008, s. 46.

<sup>14</sup> M. Kowalski, A. Gawel, Zdrowie wartość, edukacja, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006, s. 113.

<sup>15</sup> J. B. Karski, Praktyka i teoria promocji zdrowia, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009, s. 38.

mieszkańciew, stosowanie wysokospecjalizowanej aparatury medycznej, poziom wykształcenia, czynniki socjalne, ekonomiczne i polityczne.

Wśród czynników wpływających na rozwój dziecka wyróżnia się czynniki wewnętrzne (eudogenne) i zewnętrzne (endogenne). Do czynników wewnętrznych zalicza się czynniki genetyczne i paragenetyczne. Czynniki genetyczne nazywane determinantami rozwoju, decydują w sposób nieodwracalny, o wielu właściwościach człowieka, także o typie reakcji na bodźce środowiska zewnętrznego i wewnętrznego. Wśród czynników paragenetycznych, określanых terminem matki związane z właściwościami środowiska wewnętrznego matki oraz czynniki hormonalne. Do czynników zewnętrznych określanых, jako modyfikatory, zalicza się czynniki środowiskowe oraz styl życia i zachowania zdrowotne. Czynniki środowiskowe obejmują czynniki biogeograficzne, w tym klimat, stan powietrza, wody i gleby oraz czynniki społeczno-ekonomiczne – status społeczny i ekonomiczny, a także środowisko rodzinne<sup>16</sup>.

Obecnie uważa się, że głównymi determinantami zdrowia są czynniki społeczno-ekonomiczne (dochody, status społeczny, poziom wykształcenia). Największym zagrożeniem dla zdrowia jest ubóstwo, niski poziom wykształcenia oraz brak wsparcia społecznego (w rodzinie, miejscu pracy, społeczności).

Czynniki te znacznie zmniejszają możliwość prozdrowotnego stylu życia, ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia<sup>17</sup>.

Ubóstwo i nierówność społeczna uważa się za jedne z głównych zagrożeń dla zdrowia. Wpływają one także na zachowania zdrowotne i możliwości zdrowego stylu życia. Trudności materialne rodzin wpływają niekorzystnie na zaspokajanie potrzeb dzieci.

## 1.2. Charakterystyka zachowań prozdrowotnych dzieci

Zachowania zdrowotne dotyczą wyborów (prozdrowotnych lub antyzdrowotnych) w zakresie: wypoczynku, życia seksualnego, stresu i umiejętności radzenia sobie z nimi, stosowania używek (papierosy, alkohol), narkotyków i środków psychotropowych, stosowania się do przepisów bezpieczeństwa drogowego (zapinanie pasów bezpieczeństwa), agresji i przemocy, pozyskiwania wsparcia społecznego, badań kontrolnych<sup>18</sup>.

Unikanie chorób czy też zabezpieczanie się przed nimi skłania ludzi do pewnych zachowań zdrowotnych. Dotyczą one różnych czynników, do których można zaliczyć np. nawyki, zwyczaje, przyzwyczajenia czy postawy wobec zdrowia, wierzenia<sup>19</sup>.

<sup>16</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, Promocja zdrowia. Tom II. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 339.

<sup>17</sup> B. Woynarowska, B. Sokołowska, Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2006, s. 11.

<sup>18</sup> E. Syrek, K. Barucka-Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 53.

<sup>19</sup> V. Korporowicz, Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2008, s. 85.

Powszechnie wiadomo, że w największym stopniu na zdrowie ma wpływ styl życia człowieka. Nasze zdrowie niemal w połowie zależy od stylu życia, a nasz wpływ na styl życia, choć trudny, jest możliwy.

Poddamy więc analizie współczesny styl życia dzieci. Styl, który w życiu dorosłym jest „wypadkową możliwości i wyborów”, to w okresie szkolnym narzucony jest dzieciom przez dorosłych i instytucje przygotowujące do życia dorosłego (przedszkola, szkoły).

Według W. Pańczyka, styl życia dzieci w szkole charakteryzuje się wieloma cechami, które są w wyraźnej sprzeczności z promocją zdrowia. Oto elementy tego stylu życia:

- powszechna hipokinezja, a często brak ruchu;
- brak okazji do pracy fizycznej i wysiłku fizycznego;
- ciągłe życie w pomieszczeniach zamkniętych – nauka. Zabawa, czas wolny, odpoczynek, sen odbywają się głównie pod dachem. Rozwijający się organizm niemal całą dobę funkcjonuje w pomieszczeniach zamkniętych o stałej, zazwyczaj wysokiej temperaturze, niskiej wilgotności powietrza, sztucznym oświetleniu, nadmiernym zapyleniu, podwyższonym hałasie i wobec zazwyczaj niekorzystnie na organizm oddziałujących elementów budowy i wyposażenia pomieszczenia;
- wyraźne ograniczenia w hartowaniu i to nie tylko na przykre bodźce dotyczące temperatury i warunków życia, ale także w hartowaniu na przykre bodźce psychiczne;
- wymuszona, siedząca pozycja ciała ograniczająca rozwój i dobre funkcjonowanie narządów wewnętrznych;
- konformizujące, stresujące obowiązki, przeplatające się nakazy i rozkazy, od długotrwałego utrzymywania ciszy i bezruchu do napiętej uwagi, śledzenie ciągle nowych poleceń i opanowanie obszernej wiedzy;
- „niewola monitorowa” – modny nakaz czasów, ale i konieczność korzystania z komputera, czy telewizora. Zjawisko to, aczkolwiek nie do ominięcia, niekorzystnie wpływa na wzrok, wymusza siedzącą pozycję ciała, zabiera czas wolny i odwraca od spontanicznej aktywności fizycznej;
- ograniczenie snu, przesuwanie do na późne godziny nocne z racji pomnażających się obowiązków dzieci;
- brak organizacji czynnego (zdrowego) wypoczynku w rodzinie i w szkołach;
- obniżanie się wieku inicjacji nikotynowej i alkoholowej;
- rozszerzające się zjawisko uzależnień od innych substancji psychoaktywnych;
- stres społeczny wynikający z bezrobocia i biedy, powodujący zazwyczaj dysfunkcyjność rodziny, która nie jest w stanie realizować podstawowych potrzeb dziecka, chociażby w zakresie prawidłowego żywienia i opieki emocjonalnej;

- brak poczucia pewności wynikający z ograniczonego bezpieczeństwa na ulicy i w środowisku zamieszkania<sup>20</sup>.

W okresie dojrzewania, rozpoczynającym się około 11-13 roku życia bardzo ważne jest nabywanie umiejętności dbania o własne zdrowie poprzez stwarzanie warunków do kształtowania zachowań temu sprzyjających oraz rozbudzanie zainteresowań dziecka własnym zdrowiem i rozwojem, ułatwianie zdobywania podstawowych umiejętności w tym zakresie. Ważne jest, aby w tym czasie młody człowiek mógł poznać problematykę zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego oraz duchowego<sup>21</sup>.

Najważniejszym okresem dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest dzieciństwo i młodość. Kształtują się one w procesie socjalizacji, pod wpływem różnorodnych czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu, szkole, grupie rówieśniczej, społeczności lokalnej, mediach, reklamach itd. Szczególne znaczenie ma tu modelowanie zachowań przez osoby znaczące dla dziecka i młodego człowieka<sup>22</sup>.

Działania wychowawcze mające na celu wzmacnianie potencjału zdrowotnego młodych ludzi, powinny być ukierunkowane na kształtowanie w nich stylu życia, który sprzyja harmonijnemu rozwojowi fizycznemu i psychospołecznemu oraz dobremu samopoczuciu we wszystkich sferach wielowymiarowo rozumianego zdrowia<sup>23</sup>.

Obecny styl życia generuje specjalne potrzeby rozwojowo-zdrowotne współczesnych dzieci i młodzieży. Wśród nich powinna się znaleźć potrzeba:

- regularnej i w miarę intensywnej aktywności fizycznej;
- hartowanie i adaptacja do coraz poważniejszych napięć psychicznych;
- częstego kontaktu z naturą we wszystkich porach roku;
- korzystanie ze słońca i otwartej przestrzeni chociażby do przetworzenia witamin z prowitaminami;
- regulacji apetytu, zachowania proporcji energii spożytej w pokarmach do energii wydatkowanej w czasie aktywności umysłowej i fizycznej;
- „rozładowania” problemów emocjonalnych i psychicznych przez przyjemne formy aktywności;
- odnowy biologicznej organizmów rozwijających się w pomieszczeniach zamkniętych, w czasie aktywności fizycznej, w naturalnych warunkach otwartej przestrzeni;
- wspomagania mechanizmów obronnych organizmu w okresach osłabienia dziecka z okresie rekonwalescencji;

<sup>20</sup> B. Woynarowska, M. Kapica (red.), Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2001, s. 177-178.

<sup>21</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz: Promocja zdrowia. Tom I. Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 74.

<sup>22</sup> B. Woynarowska: Edukacja zdrowotna. Wyd. PWN, Warszawa 2007, s. 54.

<sup>23</sup> M. Kowalski, A. Gawel: Zdrowie, wartość, edukacja. Wyd. IMPULS, Kraków 2006, s. 113.

- kształtowania pozytywnej postawy wobec aktywności fizycznej, afirmatywnego nastawienia do wysiłku fizycznego i umysłowego podczas pokonywania trudności życiowych;
- praktycznego kształtowania umiejętności życiowych w okresie życia szkolnego i rodzinnego<sup>24</sup>.

Sposób traktowania zdrowia jest odmienny w różnych kulturach, grupach i środowiskach, jest także związany z przynależnością do określonej klasy (grupy) społecznej. Wzory zachowań zdrowotnych przekazywane dzieciom w młodzieży w procesie socjalizacji nie są jednolite. W wielu środowiskach najczęściej patologicznych, nie są przekazywane dzieciom elementarne zasady zachowań prozdrowotnych<sup>25</sup>.

### 1.1.1. Odżywianie

Wszelkie procesy życiowe człowieka zależne są od energii, która powstaje w wyniku zachodzących w tkankach procesów przemiany materii.

Czynnikiem umożliwiającym przebieg tych procesów jest dostarczenie do organizmu pożywienia, które jest w nim trawione i przyswajane. Powstające związki są zużywane przez organizm, jako materiał budowlany lub ulegają spalaniu, dając określoną ilość energii<sup>26</sup>.

Sprzyjające zdrowiu pożywienie musi być tak przygotowane, aby zapewniało odtworzenie zdrowych tkanek oraz prawidłowy przebieg wszystkich życiowych procesów i funkcji. Codziennie powinno dostarczać ustrojowi produktów spożywczych, z których budowane są tkanki oraz substancji pokrywających zapotrzebowanie organizmu na energię<sup>27</sup>.

Do najważniejszych składników żywności z punktu widzenia jej przetwarzania należą: węglowodany, tłuszcze, białka, kwasy organiczne i woda<sup>28</sup>.

Pokrywają one ogół potrzeb energetycznych, a białko dodatkowo stanowi element budulcowy niezbędny do wzrostu i odbudowy tkanek. Prawidłowe funkcjonowanie ustroju wymaga także, choć w znacznie mniejszych ilościach, innych substancji, jak witaminy, składniki mineralne oraz wiele różnych związków zwiększających odporność organizmu na zagrożenie dla zdrowia i życia<sup>29</sup>.

<sup>24</sup> B. Woynarowska, M. Kapica (red.): Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej, stan i oczekiwania. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2001, s.178.

<sup>25</sup> E. Syrek, K. Borucka-Sitkiewicz: Edukacja zdrowotna. Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 47-48.

<sup>26</sup> S. Wołynka, Pielęgniarstwo ogólne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993, s. 24-25.

<sup>27</sup> S. Ziemiański, J. Budzyńska-Topolowska, Wegetarianizm w świetle nauki o żywności i żywieniu. Instytut DANONE, Fundacja Promocji Zdrowego Żywienia, Warszawa 1997, s. 16.

<sup>28</sup> J. Gawęcki, T. Mossor-Pietraszewska, Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu. PWN, Warszawa 2007, s. 23.

<sup>29</sup> A. Weil, Mądrze i smacznie, o istocie żywienia i bezpiecznych dietach. Wyd. MUZA S.A., Warszawa 2001, s. 53-54.

Białko jest najważniejszym składnikiem pokarmowym, ponieważ stanowi budulec tkanek ciała i wchodzi w skład ważnych związków – enzymów, hormonów, ciał odpornościowych. Jest też podstawowym składnikiem płynów ustrojowych (osocze krwi, płyn mózgowo-rdzeniowy, hemoglobiny, płynów śródtkankowych i innych) oraz głównym komponentem mięśni szkieletowych i mózgu. Odliczając wodę, która jest bardziej występującym składnikiem organizmu, białko stanowi 20% całkowitej masy ciała człowieka. Zapotrzebowanie na białko jest szczególnie duże, w okresie rozwoju, a jego niedobór powoduje wolniejsze tempo wzrastania, wpływa też na obniżenie odporności. Białko znajduje się w produktach pochodzenia zwierzęcego – mięsie, rybach, jajkach, mleku i jego przetworach. Występuje też w roślinach strączkowych i soi. Dobowe zapotrzebowanie na białko wynosi 1g/1kg masy ciała<sup>30</sup>.

Tłuszcze są doskonałym źródłem energii. Jako lipidy strukturalne stanowią ważny składnik błon komórkowych i innych części komórek. Wchodzą w skład osłon mielinowych, neuronów, umożliwiają transport witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K), odgrywają istotną rolę w syntezie cholesterolu i niektórych hormonów oraz stanowią warstwę termoizolacyjną, chronią organizm przez tkankę ciepła. Pewna ilość tłuszczu jest niezbędna do wyścielenia organów wewnętrznych – wątroba, nerki, serce. Dobowe zapotrzebowanie na tłuszcz wynosi ok. 60-70 g. Nadmierna ilość tłuszczów w diecie – zwłaszcza tłuszczów zwierzęcych, prowadzić może do chorób rozwijających się na podłożu otyłości<sup>31</sup>.

Węglowodany stanowią główny materiał, którego utlenianie dostarcza żywym organizmom niezbędnej energii, wchodzą także w skład tkanek, jako budulec. Znajdują się one we wszystkich owocach i warzywach, są obecne również w produktach zbożowych, ryżu, kaszy, mleku i serach. Zawierają je ponadto orzechy, miód i wszelkiego rodzaju słodycze. Większość napojów orzeźwiających jest bogata w węglowodany, zawierają je też soki owocowe i warzywne oraz herbata i kawa. Węglowodany, oprócz dostarczania energii, spełniają ważną funkcję w procesie usuwania z organizmu toksyn pochodzących z zewnątrz oraz wytworzonych wewnątrz ustroju (są też niezbędne w metabolizmie tłuszczów). Niedobór węglowodanów powoduje powstawanie ciał ketonowych i kwasicy. Dobowe zapotrzebowanie na węglowodany zależy od wieku, płci, stanu fizjologicznego oraz od rodzaju wykonywanej pracy. Średnia wynosi 500-600g<sup>32</sup>.

Kwasy organiczne – to grupa związków występujących w poszczególnych surowcach w różnych ilościach. Dużo zawierają owoce. Mogą gromadzić się w produkcie w skutek fermentacji mlekowej i octowej. Zawartość kwasów oraz zdolność buforująca

<sup>30</sup> E. Syrek, K. Borucka-Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna. Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 136.

<sup>31</sup> H. Ciborowska, A. Rudnicka, Dietetyka, żywienie zdrowego i chorego człowieka. PZWL, Warszawa 2000, s. 89.

<sup>32</sup> E. Syrek, K. Borucka-Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna. Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 138-139.

środowiska decydują o stężeniu jonów wodorowych wyrażanych w wartościach pH. Od stężenia jonów wodorowych zależy w bardzo dużym stopniu większość procesów biologicznych, enzymatycznych i chemicznych. Najniższe pH mają owoce, natomiast surowce pochodzenia zwierzęcego oraz większość warzyw mają pH na poziomie 5-6, a więc zbliżone do obojętnego<sup>33</sup>.

Woda jest niezbędnym składnikiem pożywienia. Reguluje temperaturę ciała, a także bierze udział w transporcie składników odżywczych oraz reakcjach biochemicznych organizmu. Wodę przyjmuje się w postaci różnych płynów (zalecana ilość to ok. 1,5l na dobę) oraz razem z żywnością (średnio do 0,7l na dobę), zawierają je głównie owoce i warzywa. Zwiększona ilość płynów jest konieczna w czasie upałów oraz podczas chorób przebiegających z gorączką, wymiotami, biegunką. Przy dużej aktywności fizycznej i intensywnym poceniu się należy również uzupełniać wodę w większych niż zwykle ilościach<sup>34</sup>.

Wody w sposobie żywienia mogą wystąpić, jako:

- niedobory lub nadmiary ilościowe w wyniku, których zakłócony jest bilans energetyczny ustroju. Ich skutkiem w skrajnych przypadkach jest wyniszczenie (niedożywienie) lub przekarmienie (nadwaga, otyłość);
- niedobory jakościowe wynikające z niedostatecznej podaży pewnych istotnych składników odżywczych, takich jak białko, witaminy, żelazo, wapń i inne;
- niewłaściwy wzajemny stosunek składników odżywczych; np. nadmiar tłuszczów pochodzenia zwierzęcego czy przetworzonych produktów węglowodanowych, co stanowi o niskiej wartości odżywczej diety bądź niewłaściwy stosunek wapnia i fosforu, gdzie nadmiar w diecie utrudnia przyswajanie wapnia;
- nieprawidłowy tryb żywienia (nawyki żywieniowe), np. zbyt długie przerwy pomiędzy posiłkami (rozłożenie) lub niewłaściwe zestawienie poszczególnych posiłków podczas dnia, np. nieprawidłowe rozłożenie większości dziennego zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze na ostatni posiłek, czyli „oszczędzanie na jedzeniu podczas dnia, a objadanie się na noc”<sup>35</sup>.

Problemy zdrowotne są często konsekwencją złego bilansowania w diecie poszczególnych składników pokarmowych i zbyt dużego ich spożycia. Do nieprawidłowości żywieniowych można zaliczyć nadmierne spożycie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, soli kuchennej oraz niedoborów mleka i produktów mlecznych, warzyw i owoców,

<sup>33</sup> J. Gawęcki, T. Mossor-Pietraszewska, Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu. PWN, Warszawa 2007, s. 26.

<sup>34</sup> Tamże, s. 201.

<sup>35</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszek, Promocja zdrowia. Tom II. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 287.



ciemnego pieczywa. Powszechnym błędem są nieregularne posiłki i ich mała liczba (zazwyczaj przy dużej objętości)<sup>36</sup>.

Dynamiczny wpływ wychowawczy na zwyczaje żywieniowe ma rodzina: dzieci jedzą zbyt dużo, za tłusto, potrawy zbyt słone lub za słodkie<sup>37</sup>.

W dzisiejszych czasach dzieci odżywiają się mnóstwem tzw. „bomb kalorycznych”, które nie posiadają żadnych wartościowych składników. Często zamiast śniadania czy kolacji zjadają batoniki; chipsy i mnóstwo innych

„śmieciovych” przekąsek. Dzieci dużo czasu spędzają w szkole i na zajęciach dodatkowych, co sprzyja opychaniu się fast-foodami.

Kolejną nieprawidłowością w odżywianiu się dzieci jest nadmierne spożycie mięsa, tłuszczu, cukru. Dodatkowo duża liczba dzieci konsumuje między posiłkami frytki, słodczyce itp. Należy unikać jedzenia posiłków w barach szybkiej obsługi oraz ograniczyć spożycie napojów gazowanych, zawierających znaczne ilości sorbitolu (Pepsi, Coca-Cola, Fanta)<sup>38</sup>.

Nadwaga i niedobór ruchu są istotnymi czynnikami ryzyka zachorowania na cukrzycę. Wysoka zawartość białka w pożywieniu bogato mięsnym obciąża nerki i sprzyja dmie moczanowej. Duże spożycie cukru nasila próchnicę zębów. Kto nie spożywa ryb morskich, ryzykuje niedobór jodu, a tym samym powstanie wola. Kto rezygnuje z mleka i produktów mlecznych, dostarcza organizmowi zbyt mało wapnia, przez co może być narażonym na łamliwość kości. Kto odżywia się jednostronnie, musi zważać na niedobór witamin<sup>39</sup>.

Nawyki żywieniowe z dzieciństwa mogą zadecydować o upodobaniach żywieniowych oraz podstawowej przemianie materii w dorosłym życiu; dlatego też otyłe dzieci mają większe predyspozycje, aby być otyłe w wieku dojrzałym. U otyłych dzieci problemy zdrowotne nawarstwiają się w późniejszym okresie życia<sup>40</sup>.

W wieku szkolnym występuje zwiększone zapotrzebowanie na energię. Oprócz spożywania urozmaiconego pożywienia w odpowiednich do potrzeb ilościach, ważne jest też regularne spożywanie pokarmów. Urozmaicone żywienie oznacza, że posiłki powinny być przyjmowane:

- w odpowiednich odstępach czasu, co 3-4 godziny, co oznacza zjedanie 4-5 posiłków dziennie;
- w stałych porach dnia, w tym pierwsze śniadanie przed wyjściem do szkoły, a kolacja około trzech godzin przed położeniem się spać;

<sup>36</sup> E. Syrek, K. Borucka-Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna. Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 147.

<sup>37</sup> G. Jonderko (red.), Podręczna Encyklopedia Zdrowia. Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań 2002, s. 705.

<sup>38</sup> B. Pawlaczek, Pielęgniarstwo pediatryczne. Wyd. PZWL, Warszawa 2007, s. 63.

<sup>39</sup> G. Jonderko (red.), Podręczna Encyklopedia Zdrowia. Zysk spółka, Poznań 2002, s. 704.

<sup>40</sup> G. Płachcińska (red.), Porozmawiajmy o... odżywianie. Wyd. IBIS, Poznań 2009, s. 24.

- z uwzględnieniem właściwego procentowego podziału energii na poszczególne posiłki, przy 4 posiłkach dziennie: I śniadanie 25-30%, II śniadanie 5-10%, obiad 35-40%, a kolacja 25-30%<sup>41</sup>.

Podstawowym źródłem energii są węglowodany złożone (pieczywo, makarony, kasze). Zapotrzebowanie na składniki tłuszczowe powinno być pokrywane z tłuszczów roślinnych z jednoczesnym ograniczeniem utwardzanych margaryn. Istotne jest uwzględnianie w diecie warzyw i owoców oraz mleka i jego przetworów, jako źródła łatwo przyswajalnego wapnia<sup>42</sup>.

Nie ma ustalonych reguł odnośnie do zapotrzebowania kalorycznego u dzieci. Ich zapotrzebowanie energetyczne jest jednak wyższe niż u osób dorosłych. Powyżej 10 roku życia, aż do osiągnięcia dojrzałości płciowej zapotrzebowanie energetyczne może być przejściowo równe zapotrzebowaniu osoby dorosłej ciężko pracującej fizycznie<sup>43</sup>.

W wieku 10-15 lat następuje przyspieszenie rozwoju fizycznego i umysłowego, któremu towarzyszy wzrost aktywności ruchowej. Dzieci w tym wieku zaczynają interesować się sportem, więcej bawią się na świeżym powietrzu, pomagają też w pracach domowych. Obok dostarczania w posiłkach większej ilości serów, mięsa, warzyw i owoców, wymagają one także więcej produktów obfitujących w energię, takich jak tłuszcze roślinne, pieczywo, kasze, makarony itp. Stopniowo zaczynają zaznaczać się różnice w rozwoju chłopców i dziewcząt, co odbija się na ich potrzebach żywieniowych. Dla dziewcząt jest to okres o zasadniczym znaczeniu – wcześniej dojrzewają płciowo, wskutek czego zmienia się ich sylwetka i psychika, a przyrost masy i wysokość ciała jest w tym czasie szczególnie intensywny. Powinny wtedy spożywać bardziej obfite i urozmaicone posiłki. Zwiększone jest, bowiem zapotrzebowanie niemal na wszystkie składniki odżywcze, a przede wszystkim na białko, wapń i żelazo. To ostatnie wiąże się z rozpoczęciem miesiączkowania. W jadłospisie powinny dominować chude gatunki mięsa, serów i ryb, produkty zbożowe z pełnego ziarna oraz owoce i warzywa, zwłaszcza zielone warzywa liściaste. U chłopców proces dojrzewania zaczyna się nieco później i przebiega łagodniej, stąd chociaż ich potrzeby żywieniowe w tym okresie są równie duże, wynikają one głównie z przyrostów tkanki mięśniowej i kostnej oraz trybu życia charakteryzującego się udziałem ruchu i wysiłku fizycznego<sup>44</sup>.

<sup>41</sup> E. Syrek, K. Borucka-Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna. Wyd. Akademickie i Profesjonalne. Warszawa 2009, s. 147.

<sup>42</sup> B. Pawlaczyk, Pielęgniarstwo pediatryczne. Wyd. PZWL, Warszawa 2007, s. 63.

<sup>43</sup> G. Jonderko (red.), Podręczna Encyklopedia Zdrowia. Zysk spółka, Poznań 2002, s. 725.

<sup>44</sup> J. Gawęcki, T. Mossor-Pietraszewska, Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu. PWN, Warszawa 2007, s. 305.

Zbilansowana dieta chroni dzieci i młodzież przed wstąpieniem takich zaburzeń, jak opóźnienie wzrastania i dojrzewania, niedokrwistość, otyłość i próchnica zębów. Prawidłowe odżywianie poprawia aktywność ruchową i zwiększa chęć do nauki<sup>45</sup>.

### 1.1.2. Higiena ciała i otoczenia

Dbałość o ciało jest jednym z warunków utrzymania i doskonalenia zdrowia. Czynność i pielęgnacja skóry, włosów, paznokci, zębów, dobór ubioru i obuwia, dbałość o czystość, porządek i estetykę najbliższego otoczenia to tylko niektóre czynności niezbędne do potęgowania zdrowia dzieci i młodzieży<sup>46</sup>.

Skóra pełni w organizmie wiele funkcji, stąd też utrzymanie jej w czystości jest warunkiem prawidłowego przebiegu wielu procesów. Zaspokajanie potrzeby czystości ma aspekt biologiczny i psychiczny. Czynniki mającymi wpływ na jej ukształtowanie są: środowisko społeczne, wychowanie, krąg kulturowy, tradycja itp. Zanieczyszczenia skóry mogą być pochodzenia zewnętrznego – pył, kurz, brud, drobnoustroje, a nawet insekty oraz pochodzenia wewnętrznego są to przede wszystkim wydzieliny gruczołów (pot, łój), a także zropowaciałe komórki naskórka. Zanieczyszczenia te nieusuwane systematycznie ulegają rozkładowi, wytwarzając nieprzyjemny zapach, zalepiają pory skóry, ograniczając jej funkcje wydalnicze, zmniejszając przewodzenie czucia, utrudniając termoregulację, zmniejszając elastyczność i odporność<sup>47</sup>.

Regularna pielęgnacja skóry jest ważna nie tylko ze względów higienicznych, lecz wpływa też na dobre samopoczucie i może zapobiegać występowaniu chorób. Przy każdym umyciu woda, a jeszcze bardziej mydło usuwają ze skóry brud, tłuszcz, złuszczone naskórek i wiążące wilgoć substancje<sup>48</sup>.

Do optymalnych form zaspokajania potrzeby czystości skóry należy codzienne mycie całego ciała oraz jego części w miarę potrzeby (stopień zabrudzenia np. rąk lub wzmożone pocenie się np. nóg czy okolic intymnych). Mycie całego ciała powinno się odbywać codziennie wieczorem w ciepłej wodzie, która ma działanie uspokajające i nasenne. Ciepła kąpiel ma korzystny wpływ nie tylko na skórę, ale na prawie wszystkie układy i narządy, szczególnie mięśnie, układ krążenia i oddechowy. Skórę nadmiernie suchą należy po kąpeli natłuszczać. Celem kąpieli wieczornej jest usunięcie zanieczyszczeń skóry, natomiast toaleta poranna ma hartować ciało oraz pobudzić układ nerwowy i krążenia. W związku z tym rano należy myć się w chłodnej wodzie<sup>49</sup>.

<sup>45</sup> R. Rokicka-Milewska (red.), ABC chorób wieku dziecięcego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 126-128.

<sup>46</sup> B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna. Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 277.

<sup>47</sup> S. Wołynka, Pielęgniarstwo ogólne, Wyd. PZWL, Warszawa 1993, s. 29.

<sup>48</sup> G. Jonderko (red.), Podręczna Encyklopedia Zdrowia. Zysk spółka, Poznań 2002, s. 253.

<sup>49</sup> S. Wołynka, Pielęgniarstwo ogólne. Wyd. PZWL, Warszawa 1993, s. 29.

Higiena jamy ustnej jest konieczna, by zapobiegać uszkodzeniu zębów i aparatu utrzymującego żąb w żębodole. Najczęstszą chorobą zębów jest próchnica. Powoduje ona bóle, może pogarszać samopoczucie i stać się zagrożeniem dla całego organizmu. Rozwija się w wyniku odkładania się na zębach osadu z resztek pokarmowych, składników śliny i bakterii<sup>50</sup>.

Aby zapobiegać próchnicy należy stosować następujące metody:

- utrzymanie higieny jamy ustnej w celu niedopuszczenia do tworzenia płytki nazębnej oraz szybkie i dokładne jej usuwanie:
  - szczotkowanie zębów pastą z fluorem – optymalnie po każdym posiłku (a co najmniej 2 razy dziennie);
  - szczoteczkę wymieniać co ok. 3 miesiące;
  - zęby szczotkować przez 2-3 minuty;
- racjonalne żywienie:
  - zmniejszenie częstotliwości próchnicowego działania pokarmów, przez: ograniczenie podjadania między posiłkami, zmniejszenie częstości spożywania słodczy, soków owocowych i owoców oraz słodkich napojów;
  - dostarczanie składników niezbędnych do budowy i rozwoju tkanek zębów i soli mineralnych – fluoru, wapnia, fosforu, magnezu i witamin (A, D, C);
- uzupełnianie związków fluoru, który zwiększa odporność szkliwa na działanie kwasów. Stosowanie fluoru powierzchniowo w postaci past do zębów;
- okresowe badania profilaktyczne u lekarza dentystry, co 6 miesięcy<sup>51</sup>. Zdaniem Józefa Tischnera, człowiek ma obowiązek troszczyć się o ciało.

„Jest ono dla niego wielką wartością, ponieważ jest narzędziem myślenia, kochania i modlitwy. Człowiek (...) nie może zapominać o elementarnych potrzebach własnego ciała. Oddajcie ciału to, co mu się należy. Nie mniej, nie więcej.”<sup>52</sup> Podejście do dbałości o ciało jest uwarunkowane czynnikami kulturowymi i społecznymi, i ulegało zmianom w różnych okresach historii. Obecnie dbałości o ciało nadano nowy wymiar. M. Demel pisze o procesie „uczłowieczania ciała”, czyli „dostosowania jego funkcji i kształtu do norm społeczno-kulturowych, m.in. do aktualnych kanonów estetycznych”<sup>53</sup>. Zmianom w postrzeganiu ciała towarzyszy wiele zjawisk i zachowań ludzi. Dotyczy to m.in. ubioru, zmiany ideału piękna ciała, któremu towarzyszy upiększanie (np. poddawanie się operacjom plastycznym), estetyzowanie ciała, kosmetyzowanie (używanie coraz to nowszych kosmetyków na różne części ciała), kontrolowanie masy ciała (u kobiet stosowanie

<sup>50</sup> B. Brand-Hörsting, Leksykon chorób wieku dziecięcego. Wyd. KDC, Warszawa 2005, s. 147.

<sup>51</sup> B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna. Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 281-282.

<sup>52</sup> J. Tischner, Jak żyć? Wyd. Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław 1995, s. 76.

<sup>53</sup> B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna. Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 278.

diet odchudzających, wspomagane ćwiczeniami fizycznymi w celu uzyskania szczupłej sylwetki, u mężczyzn – budowanie masy mięśniowej przez uprawianie kulturystyki)<sup>54</sup>.

Dbanie o ciało, moda oraz zachowania ludzi dorosłych wpływają na stosunek dzieci i młodzieży do własnego ciała i podejmowanie różnych praktyk z nim związanych. Na przykład: nieuzasadnione odchudzanie się młodych dziewcząt bez nadwagi, przyjmowanie odżywek, steroidów anabolicznych i uprawianie kulturystyki przez nastoletnich chłopców, „kuse”, odsłaniające brzuch i okolice lędźwiową bluzki dziewcząt, nienoszenie przez nie ciepłej bielizny (narażenie na oziębienie okolic nerek i narządów miednicy małej), przekłuwanie i tatuaże. Wzrost zainteresowania dzieci i młodzieży własnym ciałem może ułatwić edukację zdrowotną, w której należy uwzględnić utrzymanie w czystości i pielęgnację skóry, włosów, paznokci, zębów, dobór ubioru i obuwia, ważna jest kwestia używania bezpiecznych kosmetyków, zwrócić uwagę na samokontrolę masy ciała, odpowiedni czas trwania i warunki snu, ochronę przed niekorzystnymi czynnikami środowiska w tym głównie przed nadmiernym nasłonecznieniem i hałasem.

Poza potrzebą czystości i higieny ciała, człowiek odczuwa również potrzebę czystości otoczenia, w którym przebywa, przedmiotów użytkowych: odzieży, naczyń<sup>55</sup>.

To, czy bałagan wywołuje w rodzinie konflikty i trudne do rozładowania napięcia, zależy od tego, na ile rodzice dbają o porządek. Dzieci obserwują dorosłych domowników i widzą, jak oni radzą sobie z bałaganem. To przede wszystkim postawa rodziców decyduje o tym, czy dzieci nauczą się porządku<sup>56</sup>.

Potrzeby estetyczne mają związek z potrzebami kulturalnymi. Dbanie o estetykę własną, domu, środowiska pracy czy osiedla mieszkaniowego jest przejawem powszechnym. Większość ludzi dokłada starań w kierunku gustownego urządzenia mieszkania, pracuje chętniej, gdy w otoczeniu jest ład i porządek, a wystrój wnętrza dostarcza dodatnich wrażeń i przeżyć estetycznych. Człowiek zaspokaja potrzeby estetyczne, przeznaczając na to przede wszystkim swój wolny czas<sup>57</sup>.

### 1.1.3. Aktywność fizyczna

Jednym z elementów zdrowego stylu życia jest odpowiednia aktywność fizyczna w postaci porannej gimnastyki: ćwiczeń, zabaw i gier ruchowych uprawianych na lekcjach i poza lekcjami, sportu turystyki, spacerów itp. Bez aktywności fizycznej niemożliwa jest jakakolwiek strategia zdrowia jego zachowane i pomnażanie<sup>58</sup>.

<sup>54</sup> Tamże, s. 278-279.

<sup>55</sup> S. Wołynka, *Pielęgniarstwo ogólne*, Wyd. PZWL, Warszawa 1993, s. 30.

<sup>56</sup> M. Pawlus (red.), *Encyklopedia rodzice i dzieci*. Wyd. PARK, Bielsko-Biała 2002, s. 586-587.

<sup>57</sup> S. Wołynka, *Pielęgniarstwo ogólne*. Wyd. PZWL, Warszawa 1993, s. 35.

<sup>58</sup> J. Bielski, *Metodyka wychowania fizycznego i zdrowotnego*, Wyd. Impuls, Kraków 2005, s. 54

Aktywność fizyczna to sposób na rozładowanie nadmiaru energii dziecka, sposób na budowanie jego wiary w siebie i, co równie istotne, najlepszy środek profilaktyczny oraz znakomite antidotum na wiele dolegliwości – wady postawy, skrzywienia kręgosłupa i płaskostopie<sup>59</sup>.

Rozwój statystyki narządu ruchu i aparatu ruchowego u dzieci najlepiej wspomaga swoboda ruchu. Każde dziecko – niezależnie od wieku ma naturalną potrzebę ruchu i zabawy. Ruch i sport ćwiczą mięśnie i przywracają prawidłową postawę. Cały układ ruchu, kości, chrząstki, torebki, tkanki więzadeł i ścięgien reagują wzrostem wytrzymałości<sup>60</sup>.

„Systematyczna aktywność ruchowa jest obowiązkiem człowieka w stosunku do własnego zdrowia”. Wysiłki fizyczne o odpowiednim czasie trwania, częstotliwości i intensywności umacniających we wszystkich układów organizmu, wpływają korzystnie na metabolizm. Oddziałują pozytywnie na zdrowie psychiczne – sprzyjają rozładowaniu napięć związanych ze stresem, zmniejszają poziom lęku i stanów depresyjnych. Opóźniają procesy starzenia oraz dzięki utrzymaniu odpowiedniej sprawności i wydolności fizycznej sprzyjają dobrej jakości życia. Zapobiegają również rozwojowi chorób przewlekłych, w tym głównie chorób sercowo-naczyniowych, otyłości, cukrzycy<sup>61</sup>.

Optymalny poziom aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży to taki, który zapewnia potrzeby ruchowe i stymuluje rozwój ich organizmu. Potrzeby te są jednak zindywidualizowane i zależą m.in. od wieku, poziomu rozwoju, płci, warunków życia, stanu zdrowia, poziomu sprawności fizycznej oraz czynników genetycznych<sup>62</sup>.

Istnieje wiele powodów, dla których warto, aby dzieci uprawiały sport:

- ruch poprawia nastrój i przepędza ponure myśli, pomaga uspokoić emocje i rozładować stres, ponieważ podczas wysiłku w mózgu powstają endorfiny (hormony szczęścia), które uśmierzają ból i poprawiają nastrój;
- umiarkowane ćwiczenia mogą zlikwidować problemy z zaśnięciem. Poprawa snu to efekt psychicznego i fizycznego odprężenia po wysiłku. Spada wtedy napięcie w układzie nerwowym. Dzieci nerwowe i nadpobudliwe będą lepiej spały, gdy w ciągu dnia dostarczymy im okazji i intensywnego ruchu;
- ruch na świeżym powietrzu usprawnia pracę płuc. Dzięki niemu krew krąży szybciej, każda komórka jest wówczas lepiej zaopatrzona w tlen i substancje odżywcze. Intensywniej zachodzą wszelkie procesy życiowe;
- uprawianie sportu to inwestycja w przyszłość – serce i układ krążenia będą w dobrej formie przez długie lata;

<sup>59</sup> M. Pawlus (red.), Encyklopedia rodzice i dzieci. Wyd. PARK, Bielsko-Biała 2002, s. 440.

<sup>60</sup> G. Jonderko (red.), Podręczna Encyklopedia Zdrowia, Wyd. Zysk i Spółka, Poznań 2002, s. 253.

<sup>61</sup> B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, Wyd. OWN, Warszawa 2012, s. 55.

<sup>62</sup> J. Bielski, Metodyka wychowania fizycznego i zdrowotnego, Wyd. Impuls, Kraków 2005, s. 55.

- różne rodzaje aktywności fizycznej pomagają w harmonijnym rozwoju zmysłów i zdolności umysłowych;
- sport nie tylko poprawia koordynację ruchową. Dzięki niemu sprawniejszy staje się także umysł, dlatego ruch jest lekarstwem dla dzieci, które mają problemy z koncentracją, skupieniem uwagi, nauką, nie potrafią ładnie pisać, zapamiętać polecenia czy usiedzieć w miejscu;
- dzieci nieśmiało zabierają pewności siebie w miarę osiągania lepszej sprawności ruchowej<sup>63</sup>.

Arystoteles, jeden z najśłynniejszych obok Sokratesa i Platona filozofów, głosił: „Nic tak nie rujnuje ludzkiego organizmu, jak ciągły bezruch”. Ruch działa na organizm człowieka bardziej efektywnie, im człowiek jest młodszy. Przesadna ochrona dzieci przed działaniem czynników środowiskowych oraz niedobór ruchu mogą doprowadzić do obniżenia poziomu rozwoju fizycznego i upośledzenia odporności biologicznej. Dla zachowania pełnego zdrowia fizycznego i psychicznego należy uwzględnić:

- odpowiednio intensywne zajęcia wychowania fizycznego;
- sport szkolny i pozaszkolny;
- biegi, intensywne marsze, narciarstwo, pływanie, gry, atletyka terenowa;
- turystyka;
- intensywne ćwiczenia przy muzyce, np. aerobik<sup>64</sup>.

Sprawność ruchowa dziecka w wieku 11-13 lat udoskonala się, ruchy są harmonijne i płynne. Do prawidłowego rozwoju układu mięśniowego konieczne jest systematyczne trenowanie mięśni i stawów, trzeba pamiętać, aby praca mięśni była rozłożona równomiernie na poszczególne grupy mięśniowe. Należy także pamiętać o indywidualnych różnicach w grupie rówieśniczej. To, co dla jednego dziecka jest łatwe do wykonania dla innego jest trudne, wymaga wielkiego wysiłku, a czasami staje się nieosiągalne. Konieczna jest, zatem indywidualizacja w zajęciach fizycznych, ćwiczeniach, a nawet w zabawie<sup>65</sup>. Aby dziecko rosło zdrowo, warto zadbać o jego prawidłowy rozwój intelektualny, emocjonalny i w takim samym stopniu fizyczny. Dzieci spędzają wiele czasu przed telewizorem i komputerem, co należy racjonalnie ograniczyć<sup>66</sup>. W czasie 15 godzinnego dnia uczeń poświęca ok. 4 do 7 godzin na pracę w szkole. Resztę wykorzystuje na odpoczynek, odrabianie zadanych lekcji, czytanie, oglądanie telewizji, prace domowe i spożywanie posiłków. Łącznie zajmuje mu to 8 godzin. Niewiele czasu pozostaje uczniowi na zabawę, sport i inne formy aktywności ruchowej. W okresie zimowym lub w czasie niepogody

<sup>63</sup> M. Pawlus (red.), Encyklopedia rodzice i dzieci, Wyd. PPU PARK, Bielsko-Biała 2002, s. 440-441.

<sup>64</sup> J. Bielski, Metodyka wychowania fizycznego i zdrowotnego, Wyd. Impuls, Kraków 2005, s. 48.

<sup>65</sup> A. Jacewski (red.), Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania, Wyd. ŻAK, Warszawa 2003, s. 97.

<sup>66</sup> M. Pawlus (red.), Encyklopedia rodzice i dzieci, Wyd. PARK, Bielsko-Biała 2002, s. 445.

tą niewielką ilość wolnego czasu (ok. 1 godziny) uczeń spędza najczęściej w domu, zwłaszcza w pozycji siedzącej<sup>67</sup>.

Czas przeznaczony na oglądanie telewizji to przeciętnie 4 godziny dziennie. Wiąże się to z długotrwałym umiejscowieniem, pobytem w zamkniętych pomieszczeniach i innymi negatywnymi skutkami związanymi m.in. z nasyceniem programów TV brutalnością, agresją, przemocą. Gry komputerowe zajmują dzieciom równie dużo czasu – 2-3 godziny dziennie, co może mieć również negatywny wpływ na rozwój i zdrowie dziecka<sup>68</sup>.

Dzieci, które większość wolnego czasu spędzają przed ekranem telewizora lub komputera mają zwykle słabą kondycję fizyczną. Emitowane promieniowanie ma również niekorzystny wpływ na wzrok. Uważa się, że do 12. roku życia dziecko nie może być więcej przed komputerem niż 1 godzinę dziennie. Im dziecko starsze, tym więcej czasu może spędzać przed komputerem, ale nie dłużej niż 2 godziny<sup>69</sup>.

#### 1.1.4. Sen

Zachowania związane ze snem, takie jak: odpowiednia liczba godzin, odpowiednie przygotowanie do snu (rytuał – ułatwiający szybkie zasypianie i dobrą jego jakość), układanie się do snu o tej samej porze należy uznać za zachowania prozdrowotne<sup>70</sup>.

Każdy człowiek w regularnych odstępach czasu odczuwa zmęczenie. Wiąże się to z naszym wewnętrznym zegarem biologicznym, który regeneruje rytm snu i czuwania. Człowiek musi spać, aby móc zachować prawidłowe funkcje życiowe. Jeśli ciągle spędzamy zbyt mało lub zbyt dużo czasu w pościeli, dochodzi do przyspieszania procesów starzenia, co odbija się niekorzystnie na naszym zdrowiu. Bo spanie to nie leniuchowanie, lecz niezbędna do życia witalna potrzeba organizmu – tak samo jak oddychanie, jedzenie i picie<sup>71</sup>.

Sen jest formą wypoczynku biernego, który stwarza najkorzystniejsze warunki do regeneracji całego organizmu. Zapotrzebowanie na sen jest cechą indywidualną każdego organizmu. Normą zdrowotną jest 7-8 godzin na dobę. Z punktu widzenia higieny, ważna jest nie tylko ilość czasu przeznaczona na sen, ale również jego regularność i warunki, w jakich się odbywa<sup>72</sup>.

Musi być zachowana tzw. „higiena snu” – jest to zespół warunków, czynności i zachowań, które ułatwiają zaśnięcie i poprawiają jakość snu:

<sup>67</sup> J. Bielski, *Metodyka wychowania fizycznego i zdrowotnego*, Wyd. Impuls, Kraków 2005, s. 59.

<sup>68</sup> B. Woynarowska, J. Mazur, *Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia*, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 1999, s. 16-17.

<sup>69</sup> M. Pawlus (red.), *Encyklopedia rodzice i dzieci*, Wyd. PARK, Bielsko-Biała 2002, s. 435.

<sup>70</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2001, s. 57.

<sup>71</sup> W. Li, *Nie chrap – skuteczne sposoby na zdrowy sen*, Wyd. Świat Książki, Warszawa 2012, s. 13.

<sup>72</sup> S. Wołynka, *Pielęgniarstwo ogólne*, Wyd. PZWL, Warszawa 1993, s. 27.



- sypialnia powinna być zaciemniona i wyciszona;
- w sypialni należy unikać oglądania telewizji lub wykonywania pracy, powinna ona być miejscem, w którym się śpi i relaksuje;
- kofeinę zawartą w takich produktach jak herbata, czekolada, niektóre napoje np. Coca-Cola, można przyjmować nie później niż 8 godzin przed położeniem się spać;
- należy starać się utrzymać regularny rytm snu i czuwania, ze stałymi godzinami udawania się na spoczynek nocny i wstawania, należy unikać drzemek w ciągu dnia;
- regularne ćwiczenia fizyczne, kończone 3-4 godziny przed udaniem się na spoczynek, ułatwiają zaśnięcie;
- należy unikać ciężkostrawnych posiłków wieczorem;
- dobrze jest sen nocny poprzedzić krótkim spacerem, bądź innym zajęciem o charakterze odprężającym;
- aby sen dawał pełny wypoczynek, człowiek musi być czysty, posiadać świeżą bieliznę osobistą i pościelową oraz oddzielne poślanie;
- temperatura pomieszczenia w czasie snu nie powinna przekraczać  $+16^{\circ}\text{C}$ <sup>73,74</sup>.

Dlaczego człowiek musi spać? Sen jest bardzo złożonym procesem, gdy śpimy niektóre funkcje organizmu przechodzą w stan czuwania, inne natomiast się uaktywniają. Ciśnienie krwi się obniża, tętno zwalnia, podobnie jak trawienia, temperatura ciała spada. Z drugiej strony podczas snu organizm produkuje wiele różnych hormonów, które biorą udział w przemianie materii, inicjuje procesy naprawcze lub dbają o prawidłowe funkcjonowanie mózgu. O tym, jak ważna jest jakość nocnego odpoczynku, przekonujemy się zwykle dopiero za dnia, już w stanie czuwania. Następstwa zbyt krótkiego lub zaburzonego snu dają o sobie znać najpóźniej w świetle w postaci zmęczenia, osłabienia, problemów z koncentracją. Człowiek wygląda gorzej, ma bladą cerę, pomarszczoną i zwiotczałą skórę, zmniejszone i zaczerwienione oczy, ma gorszą niż zwykle percepcję. Potrzebuje więcej czasu, by zareagować na sygnały, lub w ogóle ich nie zauważa<sup>75</sup>.

Dobrze spać i zasypiać należy uczyć się od dziecka. Wiele trudności z zasypianiem u ludzi dorosłych ma swoje źródło w błędach wychowawczych popełnianych przez rodziców, a także w utrwalonych, szkodliwych dla snu nawykach<sup>76</sup>.

Potrzeba snu należy do podstawowych stanów fizjologicznych. Powszechne występowanie naprzemiennych okresów aktywności i spoczynku świadczy o tym, że sen ma istotne znaczenie dla przeżycia. Zadania snu są mnogie. Zapewnia odnowę, przetrwanie

<sup>73</sup> J. Mladenovic (red.), Tajniki medycyny pierwszego kontaktu. Wyd. Springer PWN, Warszawa 1997, s. 51.

<sup>74</sup> S. Wołynka, Pielęgniarstwo ogólne, Wyd. PZWL, Warszawa 1993, s. 27.

<sup>75</sup> W. Li, Nie chrap – skuteczne sposoby na zdrowy sen, Wyd. Świat Książki, Warszawa 2012, s. 15.

<sup>76</sup> J. Santorski, Recepta na dobry sen, Agencja Wydawnicza, Warszawa 1993, s. 24.

synaps niedostatecznie stymulowanych podczas czuwania, podtrzymanie plastyczności i złożoności połączeń między neuronami, redukuje temperaturę i zaoszczędzenie energii, optymalne funkcjonowanie układu odpornościowego, wzrost, prawidłowe dojrzewanie komórek nerwowych i inne. Prawdopodobnie najważniejszym zadaniem snu jest zapewnienie sprawności podczas czuwania<sup>77</sup>.

---

<sup>77</sup> J. Niżminiewicz, *Sen i bezsenność*, Wyd. Literatura.net.pl, s. 29.

---

## ROZDZIAŁ II

# ŚRODOWISKO LOKALNE – WPŁYW NA KSZTAŁTOWANIE ZACHWAŃ PROZDROWOTNYCH

Według T. Pilcha, środowisko lokalne to gromada ludzi zamieszkujących ograniczone i względnie izolowane terytorium posiadających i ceniących wspólną tradycję, wartości i symbole, instytucje usługowe i kulturowe świadomych jedności, odrębności i gotowości do wspólnego działania żyjących w poczuciu przynależności i wewnętrznego bezpieczeństwa<sup>78</sup>.

Z kolei R. Wroczyński definiuje środowisko lokalne, jako zespół obiektywnych współwyznaczników rozwojowych i wychowawczych, w szczególności obiektywnie istniejące i względnie stałe elementy struktury tego środowiska, które są źródłem określonych bodźców rozwojowych<sup>79</sup>.

Środowiskiem lokalnym najbliższym dziecku jest rodzina i szkoła.

Społeczność lokalna odgrywa w procesie socjalizacji szczególną rolę, jest ogniwem łączącym jednostkę ze środowiskiem globalnym. W środowisku lokalnym skupiają się instytucje mające znaczenie dla organizacji społeczności lokalnej i będące zaraz elementami realizacji polityki społecznej<sup>80</sup>.

Rodzinę można traktować, jako siedlisko. Członkowie rodziny żyją w określonych warunkach fizycznych (materialnych), kulturowych i społecznych (w tym relacje z innymi siedliskami i instytucjami). Wszystko to decyduje o stylu życia rodziny i poszczególnych jej członków, postawach wobec zdrowia, a także problemach zdrowotnych i sposobach radzenia sobie z nimi<sup>81</sup>.

Szkoła obok rodziny stanowi podstawową grupę społeczną mającą za zadanie przygotować dzieci o młodzież do podjęcia ról i zadań czekających na nią w życiu dorosłym. Podręcznym celem działalności edukacyjnej szkoły jest dążenie do wielostronnego rozwoju uczucia, obejmującego intelektualny, psychiczny, społeczny, zdrowotny, estetyczny, moralny i duchowy wymiar jego osobowości. Aby ten cel mógł być osiągnięty, niezbędne jest tworzenie sprzyjających tej działalności materialnych i psychospołecznych warunków. Ponieważ edukacja człowieka w zakresie zdrowia sprzyja budowaniu jego

---

<sup>78</sup> T. Pilch, Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany, (w:) Pedagogika społeczna pod red. Pilcha, I. Lepalczyk, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003, s. 155.

<sup>79</sup> R. Wroczyński, Wprowadzenie do pedagogiki społecznej, PWN, Warszawa 1966, s. 51.

<sup>80</sup> E. Syrek, K. Borucka-Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 80.

<sup>81</sup> B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, Wyd. PWN, Warszawa 2007, s. 2015.

potencjału zdrowotnego oraz jest inwestycją w zdrowie społeczeństwa, udział szkoły w edukacji zdrowotnej uczniów jest jej priorytetową powinnością<sup>82</sup>.

Spółecznościom lokalnym przypisywana jest ogromna rola w działaniach na rzecz zdrowia ze względu na to, że znaczna część uwarunkowań zdrowia (głównie środowiskowych) mieści się w obszarze ich oddziaływań często pozostając poza wpływami profesjonalnego systemu ochrony zdrowia<sup>83</sup>.

Potrzebę oraz umiejętność dbania o zdrowia zyskuje się w dzieciństwie, ale rozwija przez całe życie. Dlatego zadaniem m.in. rodziny i szkoły jest nauka pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz modelowanie istniejących zachowań w kierunku poprawy stanu zdrowia. Od posiadanej wiedzy zależy umiejscowienie zdrowia w hierarchii uznawanych wartości, które są jednocześnie ważnymi regulatorami ludzkich dążeń i zachowań, poprzez wyznaczony obszar pożądanego stanu rzeczy ważnych i akceptowanych celów oraz wzorów życiowych<sup>84</sup>.

## **2.1. Szkoła, jako miejsce kształtowania zachowań prozdrowotnych**

Nauka dziecka w szkole trwa wiele lat. Jest to okres przygotowania się młodego człowieka do odpowiedzialnego i twórczego życia, a także kształtowania umiejętności, postaw i zachowań związanych ze zdrowiem. Ułatwiają one, obok zdobytej wiedzy, dokonywanie świadomego wyboru stylu życia. Ważne jest, aby wybory te i styl życia sprzyjały zdrowiu w dzieciństwie, młodości i dalszych latach<sup>85</sup>.

Szkoła stanowi obok rodziny podstawową grupę społeczną mającą za zadanie przygotować dzieci i młodzież do podjęcia ról i zadań czekających na nich w życiu dorosłym. Najważniejszym celem działalności edukacyjnej szkoły jest dążenie do wielostronnego rozwoju ucznia, obejmującego intelektualny, psychiczny, społeczny, zdrowotny, estetyczny, moralny i duchowy wymiar jego osobowości<sup>86</sup>.

W działaniach dla poprawy zdrowia w społeczeństwie niezbędny jest udział szkoły i nauczycieli. Zadaniem ich jest:

- stwarzanie w szkole warunków do kształtowania w szkole zdrowego stylu życia oraz harmonijnego rozwoju uczniów;
- uświadamianie własnej odpowiedzialności za zdrowie i ułatwianie nabywania podstawowych umiejętności dbania o swoje zdrowie;

<sup>82</sup> M. Kowalski, A. Gawel, *Zdrowie, wartość, edukacja*, Wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 183.

<sup>83</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia*, Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 187.

<sup>84</sup> V. Korporowicz, *Promocja zdrowia – kształtowanie przyszłości*, Wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2008, s. 88.

<sup>85</sup> B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Szkoła promująca zdrowie*, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2000, s. 33.

<sup>86</sup> M. Kowalski, A. Gawel, *Zdrowie, wartość, edukacja*, Wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 183.

- uświadamianie współzależności między czterema wymiarami zdrowia<sup>87</sup>.

Od nauczyciela oczekuje się, aby był przewodnikiem dziecka na drodze poznawania świata, by pomagał uczyć się, by umiał stworzyć warunki i atmosferę do samodzielnej pracy ucznia – poznawania i w efekcie podejmowania przez niego umotywowanych decyzji<sup>88</sup>.

Biorąc pod uwagę, że dzieci i młodzież znaczną część swojego życia przebywają w szkole, należy je uznać za zasadniczy punkt odniesienia przy analizowaniu determinant ich rozwoju i zdrowia. Trzeba przy tym podkreślić, że szkoła może, a właściwie powinna stanowić ważne źródło środowiskowych zasobów dla zdrowia uczniów, a tym samym uczestniczyć w pomnażaniu ich potencjału zdrowotnego<sup>89</sup>.

Aby uczeń umiał pomnażać zasoby zdrowotne, niezbędna jest edukacja. W szkole podstawowej jednym z obszarów kształcenia jest wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna. Dotyczy ona głównie zdrowia fizycznego, w tym:

- troski o ciało (higiena osobista, dbałość o postawę ciała);
- zachowań sprzyjających zdrowiu (właściwe żywienie, aktywność fizyczna, poddawanie się szczepieniom ochronnym);
- zachowania bezpieczeństwa (w czasie zajęć ruchowych, w kontaktach z lekami i substancjami chemicznymi) i szukania pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia;
- właściwego postępowania podczas choroby<sup>90</sup>.

Wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono także w zakresie: dbałości o zdrowie i bezpieczeństwo własne i innych, kontrolowania zdrowia, przestrzegania zaleceń lekarza i stomatologa, bezpieczeństwa w ruchu drogowym, relacji współpracy z innymi, pomagania potrzebującym, ochrony środowiska przyrodniczego<sup>91</sup>.

Edukacja zdrowotna odgrywa ważną rolę we wszechstronnym przygotowaniu młodego człowieka do dorosłości. Jej głównym zadaniem jest: proces przygotowania młodych pokoleń do wzięcia za siebie odpowiedzialności za zdrowie, sprawność, budowę i urodę własnego ciała po jej zakończeniu<sup>92</sup>.

Aktywność fizyczna ma bezpośredni związek ze zdrowiem. Rozwiązaniem ważnym ze względu na zdrowie uczniów jest wprowadzenie w wychowaniu fizycznym, zajęć do wyboru, w tym „rekreacyjno-zdrowotnych”, które powinny umożliwić aktywność fizyczną służącą zdrowiu. Stwarza to szansę na zwiększenie zainteresowania uczniów

<sup>87</sup> B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej, stan i oczekiwania*. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2001, s. 181.

<sup>88</sup> Tamże, s. 182.

<sup>89</sup> M. Kowalski, A. Gawel, *Zdrowie, wartość, edukacja*, Wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 194-195.

<sup>90</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 235-236.

<sup>91</sup> Tamże, s. 236.

<sup>92</sup> E. Madejski, J. Węglarz, *Wybrane zagadnienia współczesnej metodyki wychowania fizycznego*, Wyd. IMPULS, Kraków 2008, s. 101-102.

formami aktywności fizycznej uwzględniającymi m.in. ich potrzeby zdrowotne. Może to przyczynić się do ograniczenia nadmiernej obecnie liczby zwolnień lekarskich z tych zajęć<sup>93</sup>.

Aktywność fizyczna uczniów jest najczęściej niewielka. Okazję do wyrównania niedoboru ruchu są najczęściej szkolne zajęcia wychowania fizycznego. Szczególnie lekcje powinny mieć decydujące znaczenie w zapewnieniu uczniom odpowiedniej dawki ruchu i ukierunkowaniu ich na samodzielną aktywność ruchową. Obecnie na wychowanie fizyczne dzieci i młodzieży przeznaczają się trzy godziny w tygodniu. Należy pamiętać, że nie zaspokoi to potrzeby ruchu dziecka. Dlatego zajęcia te powinny wpływać na motywowanie ucznia do ćwiczeń, rozbudzać potrzebę stałej aktywności fizycznej oraz wyposażać w niezbędną wiedzę i umiejętności, jak się usprawniać i żyć zdrowo, jak uczestniczyć w kulturze fizycznej przez całe dorosłe życie<sup>94</sup>.

Ludzie młodzi, głównie dzieci łatwo przyswajają szczególne treści. Jednocześnie stanowią grupę bardzo wymagających odbiorców, stąd programy muszą być atrakcyjne i dokładnie dopasowane do wieku odbiorcy<sup>95</sup>.

Szkolna działalność na rzecz zdrowia to również działalność Szkolnego Związku Sportowego, wprowadzenie zajęć rekreacyjnych do działalności szkolnej, organizowanie zajęć gimnastyki rekreacyjno-kompensacyjnej dla uczniów z odchyleniami od normy, turystykę szkolną, funkcjonowanie szkół z rozszerzonym programem wychowania fizycznego<sup>96</sup>.

Stawia to nowe zadania i wyzwania dla nauczycieli wychowania fizycznego. Wymaga to ich współpracy z innymi nauczycielami i pełnienia w szkole roli koordynatora edukacji zdrowotnej<sup>97</sup>.

Szkoła jest instytucją społeczną, a zarazem środowiskiem duchowym, nadaje ona kulturowy wymiar procesom socjalizacji. Idea szkoły promującej zdrowie wyrosła z ogólnej koncepcji promocji zdrowia<sup>98</sup>. Koncepcja szkoły promującej zdrowie (SPZ) narodziła się w Europie w latach 80., jako ruch promocji zdrowia<sup>99</sup>. Ruch szkół promujących zdrowie rozwija się obecnie na całym świecie. W Polsce działania dla tworzenia SPZ rozpoczęto w 1991 roku. W latach 1992-1995 projekt był realizowany w 14 szkołach

<sup>93</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2007, s. 235.

<sup>94</sup> J. Bielski, *Metodyka wychowania fizycznego i zdrowotnego*, Wyd. IMPULS, Kraków 2005, s. 59.

<sup>95</sup> V. Korporowicz, *Promocja zdrowia – kształtowanie przyszłości*, Wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2008, s. 109.

<sup>96</sup> J. Bielski, *Metodyka wychowania fizycznego i zdrowotnego*, Wyd. IMPULS, Kraków 2005, s. 59-60.

<sup>97</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 235.

<sup>98</sup> E. Syrek, *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997, s. 115.

<sup>99</sup> E. Syrek, K. Borucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 91.

podstawowych. W 2009 r. należało do nich już 2000 szkół<sup>100</sup>. Projekt „Szkoła Promująca Zdrowie” charakteryzuje się trzema głównymi cechami:

1. Edukacją zdrowotną realizowaną w ramach programu nauczania;
2. Uwzględnianiem problematyki zdrowotnej w życiu szkoły, tzn. etosu zdrowia w szkole – troskę o dobre samopoczucie uczniów i pracowników;
3. Współdziałaniem szkoły z rodziną i społecznością lokalną<sup>101</sup>.

Nadrzędnym celem SPZ jest zdrowy styl życia całej społeczności szkolnej (uczniów i pracowników). Dla osiągnięcia tego celu, społeczność szkolna powinna zawrzeć kontakt na wspólne tworzenie zdrowia i bezpiecznego środowiska fizycznego i społecznego, ułatwiającego wszystkim jej członkom promowanie zdrowia<sup>102</sup>.

Podstawowe założenia i znaczenie poszczególnych członów nazwy SPZ: SZKOŁA:

- jest miejscem, w którym członkowie społeczności szkolnej powinni nie tylko odpowiednio wywiązywać się z obowiązków, ale także dobrze się czuć, ponieważ w szkole nie tylko uczą się i pracują, ale żyją i nawiązują kontakty, przeżywają porażki i sukcesy, odpoczywają, bawią się, jedzą itd.;
- powinna przygotować młodych ludzi do następnego etapu edukacji, ale również do życia – w tym dokonywania zdrowych wyborów i podejmowania działań na rzecz zdrowia;
- jest elementem środowiska lokalnego: oba te środowiska wzajemnie na siebie oddziałują, więc powinny ze sobą współpracować<sup>103</sup>;

PROMUJĄCA:

- tworząca warunki (fizyczne i społeczne) sprzyjające ochronie i pomnażaniu zdrowia;
- umożliwiająca aktywne uczestnictwo społeczności szkolnej, w tym przede wszystkim uczniów, w działaniach na rzecz zdrowia<sup>104</sup>;

ZDROWIE:

- ma nie tylko wymiar fizyczny, ale również psychiczny, społeczny i duchowy, wszystkie są równie ważne i powinny pozostawać w harmonii, nie można zajmować się jednym aspektem zdrowia kosztem innych;
- decyduje o jakości życia ludzi obok wykształcenia i warunków ekonomicznych<sup>105</sup>.

<sup>100</sup> B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 251.

<sup>101</sup> J. B. Karski, Praktyka i teoria promocji zdrowia, Wyd. CEDEWU.PL, Warszawa 2009, s. 221.

<sup>102</sup> Tamże, s. 221.

<sup>103</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, Promocja zdrowia, Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 206.

<sup>104</sup> Tamże, s. 206.

<sup>105</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, Promocja zdrowia, Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 206.

## 2.2. Rola rodziny w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych

Wpływ rodziny na zdrowie człowieka jest oczywistą konsekwencją faktu, że rodzina stanowi podstawową grupę społeczną, w której przebiega egzystencja człowieka. Dom rodzinny jest jednocześnie pierwszym i najważniejszym środowiskiem socjalizacji i wychowania dzieci i młodzieży, toteż niekwestionowane jest jego uczestnictwo w formowaniu ich potencjału zdrowotnego<sup>106</sup>.

Siedlisko domowe jest najistotniejszym miejscem kształtowania postaw nie tylko wobec zdrowia, ale także miejscem jego promowania. Przyjmując, że dom to miejsce chroniące ludzi przed niekorzystnymi warunkami środowiska zewnętrznego, miejsce realizacji potrzeb życia rodzinnego, miejsce wyodrębniania się ze społeczeństwa z chęci uchronienia się przed jego niekorzystnymi wpływami, niekiedy miejsce pracy zawodowej lub związanej z prowadzeniem gospodarstwa domowego, miejsce wypoczynku i regeneracji sił itp. – to optymalne spełnienie wymienionych warunków, stanowić może definicję zdrowego domu<sup>107</sup>.

Rodzina może być rozpatrywana, jako grupa społeczna oraz jako instytucja społeczna. W pewnym ujęciu przyjmuje się, że osoby tworzące są powiązane systemem instytucjonalnie uregulowanych stosunków oraz, że łączy je wspólnota zadań i wartości, a także nakaz podporządkowania się wymogom grupy. Rodzina, jako grupa społeczna posiada określoną strukturę (układ pozycji, ról, władzy), cechuje je poczucie tożsamości i odrębności w stosunku do innych grup<sup>108</sup>.

Ujmowanie rodziny w kategoriach instytucji społecznej oznacza, że pełniono określone funkcje, umożliwiające zaspokajanie istotnych potrzeb jej członków oraz dostosowanie się do społecznych oczekiwań. Zasadnicze mechanizmy wpływu rodziny na zdrowie jej członków jest związane z zaspokajaniem ich potrzeb, zaczynając od najbardziej podstawowych – fizjologicznych i bezpieczeństwa<sup>109</sup>.

Rola rodziny w podnoszeniu poziomu zdrowia zależy od czynników wewnętrznych i zewnętrznych rodziny. Czynniki wewnątrzrodzinne to odpowiednie uwarunkowanie osobowościowe (również genetyczne) i wykształcenie, wspólny system wartości, pozytywny stosunek do problemów opieki zdrowotnej i czynny udział w wykonywaniu zaleceń służby zdrowia. Do czynników zewnętrznych należy zaliczyć te, które umożliwiają aktywne działania rodziny na rzecz zdrowia. Najistotniejsze to zaspokajanie podstawowych potrzeb socjoekonomicznych, odpowiednie warunki mieszkaniowe, ustawodawstwo

<sup>106</sup> H. Sęk, Wprowadzenie do psychologii klinicznej, Wyd. Scholar, Warszawa 2003, s. 48.

<sup>107</sup> J. B. Karski, Praktyka i teoria promocji zdrowia, Wyd. CEDEWU.PL, Warszawa 2009, s. 226.

<sup>108</sup> B. Tobiarz-Adamczyk, Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009, s. 161.

<sup>109</sup> M. Kowalski, A. Gawel, Zdrowie, wartość, edukacja, Wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 201-202.



na rzecz rodziny, dostępna opieka zdrowotna zaspokajająca potrzeby rodziny, łącznie z planowaniem rodziny i innych aspektów kultury zdrowotnej<sup>110</sup>.

Rodzice są pierwszymi i najważniejszymi „nauczycielami zdrowia” dzieci i młodzieży. W domu rodzinnym dokonuje się główna część procesu socjalizacji zdrowotnej, polegającego na kształtowaniu w interakcji z rodzicami i innymi członkami rodziny, umiejętności i zachowań sprzyjających dobremu samopoczuciu oraz ochronie przed zagrożeniami dla zdrowia w dzieciństwie i dalszym życiu<sup>111</sup>.

Dzieciństwo i wiek dojrzewania to te fazy rozwoju człowieka, kiedy formuje się u niego wiele trwałych wzorców zachowań związanych ze zdrowiem. Udział rodziny w ich kształtowaniu odbywa się na dwa sposoby. Pierwszy polega na formowaniu podmiotowych determinant aktywności zdrowotnej, drugi – na uczeniu się zachowań przez naśladownictwo zachowań osób dla dziecka znaczących<sup>112</sup>.

Dzieci uczą się i praktykują różne zachowania związane ze zdrowiem w kontekście codziennego życia, w czasie: posiłków, codziennych zabiegów higienicznych, zabawy, snu, w czasie wolnym, pomocy w gospodarstwie domowym itp. Dzieci są aktywnymi uczestnikami własnej socjalizacji zdrowotnej, tzn. nie tylko naśladują i odtwarzają zachowania dorosłych, lecz zgodnie ze swymi możliwościami poznawczymi adaptują i rekonstruują znaczenie różnych zdarzeń i zachowań w codziennym życiu. Istnieją dwustronne interakcje między dziećmi a pozostałymi członkami rodziny. Dzieci nie tylko otrzymują informacje, wskazówki, różne formy opieki (np. w chorobie), ale także podejmują różne działania na rzecz innych – są, więc nie tylko odbiorcami, ale także inicjatorami działań na rzecz zdrowia w rodzinie<sup>113</sup>.

Mechanizm procesu socjalizacji w rodzinie sprowadza się w dużej mierze do naśladowania zachowań najbliższego otoczenia oraz wiąże się ze stosowaniem elementów kontroli społecznej, polegającej na nagradzaniu dziecka za zachowania pożądane w i stosowaniu sankcji w przypadku niepożądanych zachowań. W ten sposób dzieci uczą się podstawowych nawyków zdrowotnych związanych z utrzymaniem higieny osobistej i pielęgnacją ciała, odżywianiem czy też rytmem pracy i odpoczynku. Obserwowanie przez dziecko zachowań członków najbliższej rodziny skutkuje przejmowaniem przez nie, preferowanych w domu rodzinnym form organizacji czasu wolnego oraz przyzwyczajień w zakresie aktywności ruchowej. Większość rodzin nie wywiązuje się prawidłowo z obowiązku wdrażania swoich dzieci do aktywności fizycznej, tak istotnej w tym wieku<sup>114</sup>.

<sup>110</sup> E. Syrek, *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnśląskim*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997, s. 140-141.

<sup>111</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 216.

<sup>112</sup> M. Kowalski, A. Gawel, *Zdrowie, wartość, edukacja*, Wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 209.

<sup>113</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 217.

<sup>114</sup> M. Kowalski, A. Gawel, *Zdrowie, wartość, edukacja*, Wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 209.

Przeciętna rodzina nie kształtuje u swoich dzieci pozytywnej postawy wobec aktywności fizycznej, ponieważ sami rodzice nie odczuwają potrzeby takiej aktywności. Istnieje silny związek między aktywnością fizyczną rodziców i ich dzieci, co wskazuje na doniosły udział rodziny w kształtowaniu wzorów aktywności w zakresie kultury fizycznej<sup>115</sup>.

W domu rodzinnym młody człowiek powinien uzyskać podstawowe umiejętności dotyczące troski i ciała (związane z higieną i pielęgnacją ciała, żywieniem, bezpieczeństwem, rekreacją, opieką nad członkami rodziny w chorobie itd.) i wiele umiejętności psychospołecznych (życiowych) oraz mieć możliwość ich wykorzystywania w codziennym życiu. Powinien mieć możliwość kształtowania i praktykowania zachowań prozdrowotnych, uczestniczyć i zdobywać doświadczenia w podejmowaniu decyzji, dokonywanych wyborów dotyczących spraw związanych ze zdrowiem oraz dokonywaniu zmian w organizacji i warunkach życia rodziny. Powinien uzyskiwać podstawową wiedzę dotyczącą spraw związanych ze zdrowiem, w tym także seksualnością, mieć możliwość wyrażania swojej opinii i rozmawiania o sprawach, które są dla niego ważne, uzyskiwać wsparcie w swoich działaniach bezpośrednio lub pośrednio związanych ze zdrowiem<sup>116</sup>.

Dom, a z nim rodzina zaliczane są do najważniejszych obszarów i najsilniej wpływających na różne postawy wobec własnego zdrowia. Dom zaspokaja liczne potrzeby materialne i niematerialne. Z jednej strony to mieszkanie czy przestrzeń mieszkalna, a z drugiej – określona grupa ludzi, rodzina. To przede wszystkim w rodzinie człowiek uczy się stosunku do samego siebie i otaczającego świata i buduje wzorce zachowań. Są one bardzo silnie ukształtowane i bezpośrednio wpływają na zachowania i potrzeby zdrowotne. Rodzina jest taką grupą, w której zaspokajana jest większość potrzeb jednostki, stosunki mają charakter bezpośredni i osobisty. Rodzina ma szansę być dla człowieka podstawowym źródłem wsparcia. Dzięki niej to, co zostanie utrwalone w dzieciństwie i młodości, ma znaczenie w życiu dorosłym. Z tego względu rodzina uznawana jest za optymalny obszar dla przedsięwzięć prozdrowotnych, ze względu na jej dużą siłę oddziaływania<sup>117</sup>.

Rodzice muszą być świadomi, że ich własny styl życia jest dla dziecka wzorem, który odcisnie znaczące piętno na jego stosunku do życia, zdrowia i otaczającej go rzeczywistości<sup>118</sup>.

---

<sup>115</sup> J. Rodziewicz-Gruhm, *Biokulturowe uwarunkowania rozwoju, sprawności i zdrowia*, Wyd. WSP, Częstochowa 2003, s. 378.

<sup>116</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 217.

<sup>117</sup> V. Korporowicz, *Promocja zdrowia – kształtowanie przyszłości*, Wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2008, s. 109.

<sup>118</sup> M. Kowalki, A. Gawel, *Zdrowie, wartość, edukacja*, Wyd. IMPULS, Kraków 2006, s. 213.

---

## ROZDZIAŁ III

# METODOLOGIA BADAŃ

### 3.1. Cel i przedmiot badań

#### Cel badań

Wzbogacenie teorii, jak również doskonalenie praktyki determinuje potrzebę prowadzenia badań, w których najistotniejszym elementem jest określenie ich celu, a następnie problemu badawczego. „Cel, podobnie jak wiele innych pojęć jest różnie definiowany, na ogół jednak przyjmuje się, że cel jest to przyszły pożądany stan rzeczy, procesu człowieka, dla którego osiągnięcia natomiast jest gotów podjąć działania”<sup>119</sup>.

Badania naukowe podejmuje się po to, by znaleźć wyjaśnienie zdarzeń zachodzących w rzeczywistym świecie. Wyniki badań naukowych są podstawą do tworzenia zasad, norm, wytycznych i zaleceń służących rozwiązywaniu problemów<sup>120</sup>.

Według T. Pilcha, „cel badań jest zasadniczym celem poznania naukowego, to zdobycie wiedzy maksymalnie ścisłej, maksymalnie pewnej i maksymalnie ogólnej, maksymalnie prostej, o maksymalnej zawartości informacji, także dopiero poznanie prowadzi do wyższego funkcjonowania wiedzy, a są nimi prawa nauki i prawidłowości”<sup>121</sup>. Zdaniem W. Dutkiewicza, „celem badań pedagogicznych jest poznanie naukowe istniejącej realnie, doświadczalnie rzeczywistości społecznej, opis jakiegoś zjawiska, instytucji lub jednostki. Oprócz funkcji poznawczej badania pedagogiczne spełniają także funkcje praktyczno-użyteczne”<sup>122</sup>.

Celem badań było uzyskanie informacji na temat, jakie zachowania prozdrowotne podejmują dzieci w wieku 12-13 lat, aby potęgować swoje zdrowie oraz jaki wpływ na wytworzenie nawyków zdrowego stylu życia u dzieci ma środowisko szkolne i domowe.

#### Przedmiot badań

„Przedmiot badań to obiekty czy zjawiska, w których odpowiedzi na postawione pytania chcemy formułować jako twierdzenia. Przedmiot badań spełnia właściwie funkcję poznawczą. Rozpatrując działalność dydaktyczną z różnych stron odkrywa, bądź tylko

---

<sup>119</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 86.

<sup>120</sup> Tamże, s. 74.

<sup>121</sup> T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Wyd. Żak, Warszawa 1995, s. 8.

<sup>122</sup> W. Dutkiewicz, *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*. Wyd. Stachurski, Kielce 2001, s. 50.

ustala fakty bezpośrednio lub pośrednio z nią związane, systematyzuje i uogólnia fakty, ustala jakościowe i ilościowe zależności między nimi”<sup>123</sup>.

Z. Skorny uważa, że „przedmiotem badań naukowych jest określony zbiór zjawisk, przedmiotów lub osób. Badania psychologiczne i pedagogiczne dotyczące wybranej kategorii osób, określonej mianem populacji”<sup>124</sup>.

Przedmiotem badań uczyniono grupę 110 uczniów klas V i VI szkół podstawowych ze środowiska miejskiego i wiejskiego oraz podejmowane przez nich zachowania prozdrowotne.

### 3.2. Problemy i hipotezy badawcze

Problemy badawcze

Problemy badawcze to zagadnienia wymagające rozwiązania. Problem badawczy to pytanie o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zjawiskami lub istotami i cechami zjawiska, to mówiąc inaczej uświadomienie sobie trudności z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu, to mówiąc jeszcze inaczej deklaracja o naszej niewiedzy, zawarta w gramatycznej formie pytań<sup>125</sup>.

Problem badawczy jest zwykle uszczegółowieniem celu badań, umożliwia bowiem dokładniejsze poznanie tego, co rzeczywiście zamierzamy zbadać<sup>126</sup>. Problemem badawczym jest trudność, sprawa, która może być rozpatrywana w procesie rozpoznawczym. Formuła problemu zwykle ma postać zdania pytającego, które odzwierciedla naszą niewiedzę, a tym samym precyzuje zakres poszukiwań badawczych<sup>127</sup>.

Główny problem badawczy został określony następująco: Czy dzieci znają i preferują zachowania prozdrowotne w środowisku lokalnym?

Szczegółowe problemy badawcze:

1. Czy dzieci zdrowo i regularnie się odżywiają?
2. Czy dzieci znają i stosują podstawowe zasady zachowania higieny ciała i otoczenia?
3. Jaką aktywność fizyczną podejmują dzieci poza lekcjami w-f?
4. Czy dzieci znają zasady zdrowego snu?
5. Jaki wpływ na zachowania prozdrowotne dzieci ma szkoła i rodzice? Hipotezy badawcze

Hipotezą jest stwierdzenie przewidywanych zależności między dwiema albo więcej zmiennymi objętymi badaniem, w hipotezie badacz sugeruje, że zachodzi związek<sup>128</sup>.

<sup>123</sup> S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*. PWN, Warszawa 1985, s. 67.

<sup>124</sup> Z. Skorny, *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki*. WSiP, Warszawa 1984, s. 107.

<sup>125</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych*. Wyd. Żak, Warszawa 2001, s. 43. 126 M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Wyd. Impuls, Kraków 2007, s. 21.

<sup>126</sup>

<sup>127</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 89.

<sup>128</sup> Tamże, s. 95.

Cytując definicję Kotarbińskiego: „hipotezą nazywa się wszelkie twierdzenie częściowo tylko uzasadnione, przeto także wszelki domysł, za pomocą którego tłumaczymy dane faktyczne, a więc także domysł w postaci uogólnienia osiągniętego (...) na podstawie danych wyjściowych”<sup>129</sup>.

W pracy sformułowano następującą hipotezę główną: Dzieci znają i preferują zachowania prozdrowotne w środowisku lokalnym.

W związku z postawionymi pytaniami badawczymi, sformułowano hipotezy robocze:

1. Zakładam, że dzieci zdrowo i regularnie się odżywiają.
2. Zakładam, że dzieci znają podstawowe zasady zachowania higieny ciała i otoczenia.
3. Zakładam, że uczniowie klas V i VI szkół podstawowych podejmują różne formy aktywności fizycznej poza lekcjami w-f.
4. Zakładam, że dzieci znają zasady zdrowego snu.
5. Zakładam, że szkoła i rodzice włączają się w promowanie zdrowego stylu życia dzieci.

### 3.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze

#### Metody badań

W opracowaniach metodologicznych można spotkać się z bardzo różnymi klasyfikacjami metod i technik badawczych. Najczęściej definiuje się metodę jako „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych, obejmujących całość postępowania badacza, zmierzających do rozważnie określonego problemu naukowego. Określony, powtarzalny sposób rozwiązania problemu”<sup>130</sup>.

Według S. Nowaka „metody badawcze to przede wszystkim typowe i powtarzalne sposoby zbierania, opracowywania, analizy i interpretacji danych empirycznych, służących do uzyskania maksymalnie (lub optymalnie) uzasadnionych odpowiedzi na stawiane w nich pytania”<sup>131</sup>.

Do metod badawczych należą: metoda indywidualnych przypadków, monografia pedagogiczna, eksperyment pedagogiczny, metoda sondażu diagnostycznego. Ta ostatnia należy do najbardziej popularnych metod badań społecznych, w tym także pedagogicznych i pielęgniarskich. Umożliwia ona poznanie opinii licznej populacji dobranej na podstawie grupy reprezentatywnej, tzw. próbki populacji. Metoda sondażu diagnostycznego jest zalecana w badaniach opinii respondentów na dany temat, ich motywów, zainteresowań, satysfakcji z opieki zdrowotnej, zasobu wiedzy np. na temat zdrowia, badań profilaktycznych, stylu życia itp.<sup>132</sup>.

<sup>129</sup> T. Pilch, T. Bauman, Zasady badań pedagogicznych. Wyd. Żak, Warszawa 2001, s. 127.

<sup>130</sup> W. Dutkiewicz, Podstawy metodologii badań. Wyd. Stachurski, Warszawa 2000, s. 69.

<sup>131</sup> S. Nowak, Metodologia badań społecznych. PWN, Warszawa 2007, s. 22.

<sup>132</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 105.

Cechą konstruktywną metody sondażu diagnostycznego jest „wypytywanie” czy sondażowanie opinii. Tak więc częścią składową metody tej są zadawane respondentom pytania. odpowiedzi na nie mogą być pisemne lub

ustne. W przypadku odpowiedzi pisemnych przybiera ona postać ankiety, czy – inaczej mówiąc – badań ankietowych, a w przypadku odpowiedzi ustnych, formę wywiadu. Mówimy wtedy o różnych technikach metody sondażu, tj. ankiecie lub wywiadzie. Metodę sondażu zaleca się stosować szczególnie wtedy, gdy pragniemy dowiedzieć się o opiniach respondentów na temat interesujących nas spraw oraz o tym, jak je oni oceniają i co o nich wiedzą lub chcieliby wiedzieć na ich temat. Przydatne może okazać się również badanie postaw, motywów i zainteresowań respondentów, czy zasobu posiadanych przez nich wiadomości o badanym zjawisku, procesie, zdarzeniu<sup>133</sup>.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

#### Techniki badawcze

Technika badawcza jest czynnością, np. obserwowaniem, prowadzeniem wywiadu, ankietowaniem, wykonywaniem pomiarów. Technika jest pojęciem podrzędnym wobec metody i nadrzędnym w stosunku do narzędzia badawczego<sup>134</sup>. W celu uzyskania informacji czy uczniowie klas V i VI szkół podstawowych znają podstawowe zasady zdrowego stylu życia i czy stosują je zarówno w środowisku szkolnym jak i domowym, zastosowano technikę ankiety. Ankieta jest „techniką gromadzenia informacji, polegającą na wypełnieniu, najczęściej samodzielnie przez badanego, specjalnych kwestionariuszy, na ogół o wysokiej standaryzacji, w obecności lub częściej bez obecności ankietera”<sup>135</sup>. Ankieta jest metodą pośredniego zdobywania informacji przez pytania stawiane wybranym osobom za pośrednictwem drukowanej listy pytań, zwanej kwestionariuszem<sup>136</sup>.

Badania ankietowe są sposobem zbierania informacji za pomocą zestawu pytań dotyczących bezpośrednio ściśle określonych problemów badawczych. Pytania ankiety są zawsze konkretne, ścisłe i jednopropozycyjne. Najczęściej pytania są zamknięte i zapatrzone w tzw. kafeterię, czyli zestaw wszystkich możliwych odpowiedzi<sup>137</sup>.

#### Narzędzia badawcze

Narzędzie badawcze służy technicznemu gromadzeniu danych. Narzędziem badawczym określa się przedmiot niezbędnym do realizacji wybranej techniki czy rzecz, za pomocą której realizujemy wybraną technikę<sup>138</sup>. Do najczęściej stosowanych narzędzi badawczych, służących do przeprowadzenia badań i opracowania ich wyników należą: kwestionariusz

<sup>133</sup> M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Wyd. Impuls, Kraków 2007, s. 243-244.

<sup>134</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 97.

<sup>135</sup> T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*. Wyd. Żak, Warszawa 1995, s. 86-87.

<sup>136</sup> W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*. WSiP, Warszawa 1995, s. 146.

<sup>137</sup> W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*. WSiP, Warszawa 1995, s. 150.

<sup>138</sup> J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1995, s. 38.

ankiety, kwestionariusz wywiadu oraz inne narzędzia obserwacji, np. arkusz obserwacyjny<sup>139</sup>. Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniu był kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz ankiety stanowi zbiór pytań służących do zbierania informacji na interesujący badacza temat. W badaniach ankietowych materiał stanowią odpowiedzi badanych osób. W ankiecie większość pytań jest zamknięta, opatrzona kafeterią zamkniętą lub półzamkniętą. Dzięki takiej konstrukcji ankieta nie wymaga obecności ankietera, może być wysłana pocztą, wypełnia się ją szybko i łatwo<sup>140</sup>.

Kwestionariusz ankiety został samodzielnie przez autorkę, składał się z 39 pytań. Wśród nich, poza dwoma pytaniami metryczkowymi, znalazły się pytania dotyczące oceny stanu własnego zdrowia, stylu i trybu życia i żywienia, aktywności fizycznej badanych uczniów, jak również udziału rodziny w zachowaniach prozdrowotnych dzieci.

### **3.4. Organizacja i przebieg badań**

Nie bez znaczenia dla wyników badań jest wybór miejsca, terenu lub instytucji, gdzie będą one prowadzone. „Wybór terenu badań to nie tylko problem polegający na wyborze odpowiedniego terytorium. Równie dobrze dotyczyć przecież może określonej placówki lub instytucji, na terenie której pragniemy przeprowadzić badania. Wybór terenu badań to przede wszystkim typologia wszystkich zagadnień i układów społecznych, cech i wskaźników, jakie muszą być zbadane, odnalezienie ich na odpowiednim terenie u odpowiednich grup społecznych lub układach i zjawiskach społecznych, a następnie wytypowanie rejonu grup zjawiska i instytucji jako obiektów naszego zainteresowania”<sup>141</sup>.

„W procesie badawczym możemy zastosować dwie metody doboru próby: celowy i losowy. Dobór celowy polega na tym, iż badacz dysponujący odpowiednimi informacjami, o zbiorowości generalnej; o jej strukturze, wartościach zmiennych, układzie zmiennych, a nawet o związkach między nimi włącza poszczególne elementy do próby. W ten sposób utworzona próba może dokładnie odzwierciedlać zbiorowość generalną i być jej precyzyjnym modelem”<sup>142</sup>.

Próbkę badawczą wybrano w sposób celowy. Badania przeprowadzono łącznie wśród 110 uczniów klas V i VI trzech szkół podstawowych, w tym jednej ze szkół w mieście Łowicz oraz dwóch szkół wiejskich z okolic Łowicza.

Po uprzednim pisemnym uzyskaniu zgody od dyrektorów szkół, dostarczono do placówek kwestionariusze ankiety. Wychowawcy klas rozdali je uczniom, a po ich wypełnieniu nauczyciele zostawili kwestionariusze ankiet w sekretariacie szkoły, skąd je odebrano i przeprowadzono analizę uzyskanych wyników.

<sup>139</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 97.

<sup>140</sup> T. Pilch, Zasady badań pedagogicznych. Wyd. Żak, Warszawa 1995, s. 147.

<sup>141</sup> T. Pilch, Zasady badań pedagogicznych. Wyd. Żak, Warszawa 1995, s. 178.

<sup>142</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 111.

### 3.5. Charakterystyka badanej populacji

Następnym etapem przygotowania badania jest określenie zbiorowości, która będzie przedmiotem zainteresowania badacza. „W zbiorowości statystycznej wyróżniamy zbiorowość pełną – populację generalną i zbiorowość częściową – próbę. Przez populację generalną należy rozumieć zbiór wszystkich jednostek, co do których będziemy wnioskować o ich właściwościach. Populacja generalna może być skończona (np. populacja niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej) lub nieskończona (np. populacja bakterii wywołujących typ zakażenia). Ze względów organizacyjnych, czasowych i finansowych badacz ma ograniczone możliwości prowadzenia badań z włączeniem do nich populacji generalnej, stąd do badań wybiera grupę stanowiącą wycinek zbiorowości pełnej, określaną mianem próby. Próba lub populacja próbna stanowi pewien podzbiór populacji generalnej, którego elementy zostały dobrane w określony sposób”<sup>143</sup>.

Tabela 1. Płeć badanych

N=110

pleć	n	%
żeńską	59	54%
męską	51	46%
łącznie	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

Łącznie przebadano 110 osób. W badanej populacji przeważały dziewczęta, których było 59 (54%). Pozostałą część respondentów stanowili chłopcy, tj. 51 (46%) uczniów.

Tabela 2. Miejsce zamieszkania badanych

N=110

miejsce zamieszkania	dziewczęta	chłopcy	razem	%
miasto	18	22	40	36%
wieś	41	29	70	64%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

Ponad połowa badanych respondentów – 70 (64%) uczniów, w tym 40 dziewcząt i 30 chłopców – zamieszkiwała tereny wiejskie. Mieszkanie w mieście deklarowało 40 (36%) osób, w tym 20 dziewcząt i 20 chłopców.

<sup>143</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 110.



## ROZDZIAŁ IV

# ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Uzyskane wyniki badania ankietowego przedstawiono w tabelach i poddano analizie, do której wykorzystano statystykę chi-kwadrat ( $\chi^2$ ). Sprawdzono też, czy dana wartość była istotna statystycznie. Z tablic rozkładu chi-kwadrat przyjęto poziom istotności równy 0,50.

**Tabela 3.** Subiektywna ocena stanu zdrowia badanych

N=110

stan zdrowia	dziewczęta	chłopcy	łącznie	%
bardzo dobry	43	44	87	79%
dobry	16	7	23	21%
zły	0	0	0	0%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,0647438; p = 0,799$$

Badani uczniowie byli pytani o stan swojego zdrowia. Zdecydowana większość – 87 (79%) osób stan zdrowia oceniło jako bardzo dobry. Istotnie częściej ( $p < 0,001$ ) w grupie tej były dziewczęta. Pozostali uczniowie – 23 (21%) osoby uważały, że stan ich zdrowia jest dobry. Nikt z badanych nie deklarował, że posiada zły stan zdrowia.

**Tabela 4.** Ilość zjadanych dziennie posiłków przez badanych

N=110

ilość posiłków dziennie	dziewczęta	chłopcy	n	%
6	0	2	2	2%
5	27	11	38	35%
4	22	21	43	39%
3	10	17	27	25%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,01426124; p = 0,905$$

Najczęściej uczniowie zjadali 4 lub 5 posiłków w ciągu dnia. Odpowiedzi rozkładały się odpowiednio – 43 (39%) uczniów oraz 38 (35%) badanych. Część respondentów

deklarowała, iż dziennie zjada 3 posiłki, było to 27 (25%) uczniów. Tylko 2 (2%) badanych podała, że zjada aż 6 posiłków dziennie. Wyniki świadczą o tym, iż większość badanych nastolatków regularnie się odżywia.

**Tabela 5.** Jedzenie przez badanych śniadania rano przed wyjściem z domu

N=110

jedzenie śniadania rano przed wyjściem z domu	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	40	40	80	73%
nie	7	2	9	8%
nie zawsze	12	9	21	19%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,20125659; p = 0,654$$

Zdecydowana większość badanych nastolatków – 80 (73%) osób, przed wyjściem do szkoły zjadała pierwsze śniadanie. Nie zawsze robiło to 21 (19%) uczniów. Wśród badanych byli też uczniowie, którzy nie jedzą śniadania przed wyjściem z domu – było ich 9 (8%). Przedstawione wyniki potwierdzają, iż uczniowie mają świadomość, że dla prawidłowego rozwoju młodego organizmu i dobrego samopoczucia w ciągu dnia ważne jest zjedzenie pierwszego śniadania.

**Tabela 6.** Jedzenie w szkole drugiego śniadania przez badanych

N=110

jedzenie drugiego śniadania w szkole	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	45	45	90	82%
nie	2	0	2	2%
nie zawsze	12	6	18	16%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,13533528; p = 0,713$$

Potwierdzeniem dużej wiedzy uczniów na temat regularnego odżywiania są wyniki uzyskane w odpowiedzi na pytanie o kolejny posiłek. Aż 90 (82%) respondentów odpowiedziało, że zjadała drugie śniadanie w szkole. Nie zawsze robiło to 18 (16%) uczniów. Tylko 2 (2%) osoby nie jadły w szkole drugiego śniadania.

Kolejne pytania zadane uczniom w kwestionariuszu ankiety dotyczyły zdrowego odżywiania.

**Tabela 7.** Jedzenie ciemnego pieczywa przynajmniej raz dziennie

N=110

jedzenie ciemnego pieczywa przynajmniej raz dziennie	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	19	15	34	31%
nie	11	5	16	15%
nie zawsze	24	17	41	37%
w ogóle	5	14	19	17%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,0424561; p = 0,837$$

Ciemne pieczywo wymieniane jest w podstawie piramidy żywienia. Na pytanie „Czy przynajmniej raz dziennie jadasz ciemne pieczywo?” badani uczniowie odpowiadali najczęściej – nie zawsze. Takiej odpowiedzi udzieliło 41 (37%) osób. Codziennie, przynajmniej raz w ciągu dnia, zjadało je 34 (31%) respondentów, co może świadczyć o tym, iż uczniowie ci posiadali wiedzę na temat wartości odżywczych ciemnego pieczywa. Kolejnych 16 (15%) osób udzieliło odpowiedzi „nie”, co z kolei może świadczyć o tym, iż zjadało ciemne pieczywo ale nie każdego dnia. Wśród badanych uczniów aż 19 (17%) w ogóle nie jadło ciemnego pieczywa.

**Tabela 8.** Częstotliwość jedzenia owoców przez badanych

N=110

częstotliwość jedzenia owoców	dziewczęta	chłopcy	n	%
codziennie	35	19	54	49%
2 razy w tygodniu	5	7	12	11%
częściej niż 2 razy w tygodniu	18	17	35	32%
rzadziej niż 2 razy w tygodniu	1	8	9	8%
wcale	0	0	0	0%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,01444484; p = 0,904$$

Wśród zasad zdrowego żywienia wymienia się zjedanie owoców i warzyw. Wyniki badań przedstawione w tabeli nr 8, wskazują, że jeśli chodzi o pierwszą grupę produktów, to prawie połowa ankietowanych – 54 (49%) uczniów – zjadała owoce codziennie. 35 (32%) osób odpowiedziało, iż jadło owoce częściej niż 2 razy w tygodniu, a kolejnych 12 (11%) uczniów – dwa razy w tygodniu. Tylko 9 (8%) z badanych deklarowało, iż owoce zjadało rzadziej niż 2 razy w tygodniu. Wśród respondentów nie było osób, które w ogóle nie jadły owoców.

**Tabela 9.** Częstotliwość jedzenia warzyw przez badanych

N=110

częstotliwość jedzenia warzyw	dziewczęta	chłopcy	n	%
codziennie	30	10	40	36%
2 razy w tygodniu	10	15	25	23%
częściej niż 2 razy w tygodniu	17	26	43	39%
rzadziej niż 2 razy w tygodniu	0	0	0	0%
sporadycznie	2	0	2	2%
wcale	0	0	0	0%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,00159344; p = 0,968$$

Podobnie, jak jedzenie owoców, do zdrowego odżywiania potrzebne są warzywa. Wśród badanej populacji najczęściej było uczniów, którzy spożywali warzywa częściej niż 2 razy w tygodniu – było to 43 (39%) uczniów. Kolejna grupa – 40 (36%) osób – deklarowała, iż jadła warzywa codziennie, a 25 (23%) osób – dwa razy w tygodniu. Tylko dwóch uczniów (2%) jadło warzywa sporadycznie. W badanej grupie nie było osób, które deklarowałyby, iż jadło warzywa rzadziej niż 2 razy w tygodniu albo wcale.

Uzyskane wyniki świadczą o tym, iż większość uczniów posiada wiedzę na temat wartości odżywczych owoców i warzyw i dlatego stosuje te produkty w swoim odżywianiu.

**Tabela 10.** Częstotliwość picia mleka lub napojów mlecznych przez badanych

N=110

częstotliwość picia mleka (napojów mlecznych)	dziewczęta	chłopcy	n	%
codziennie	27	19	46	42%
2 razy w tygodniu	8	9	17	15%
3 razy tygodniu	7	10	17	15%
sporadycznie	15	12	27	25%
wcale	2	1	3	3%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,61866008; p = 0,432$$

Kolejnym niezbędnym składnikiem pożywienia w diecie nastolatka jest nabiał, w tym mleko i napoje mleczne, które dostarczają do organizmu przede wszystkim wapń niezbędny do rozwoju układu kostnego. Wyniki badań wskazują, iż większość ankietowanych uczniów posiadała wiedzę w tym zakresie i stosowała się do zasad zdrowego odżywiania. Aż 42 (46%) badanych deklarowało, iż mleko i napoje mleczne piło codziennie. Łącznie

34 (30%) osoby piły mleko lub napoje mleczne 2-3 razy w tygodniu. Niestety, wśród badanych są też uczniowie, którzy albo pili mleko sporadycznie – aż 27 (25%) osób, albo wcale – 3 (3%) osoby. Badanie poziomu istotności wykazało, iż istnieje zależność picia mleka od płci – dziewczęta częściej codziennie spożywają mleko niż chłopcy.

**Tabela 11.** Częstotliwość jedzenia słodyczy przez badanych

N=110

częstotliwość jedzenia słodyczy	dziewczęta	chłopcy	n	%
codziennie	10	10	20	18%
2 razy w tygodniu	20	18	38	35%
3 razy w tygodniu	11	12	23	21%
sporadycznie	16	7	23	21%
wcale	2	4	6	5%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,36229659; p = 0,547$$

Na wierzchołku piramidy zdrowego żywienia znajdują się słodycze – oznacza to, że powinno się jeść ich jak najmniej. Zasadę tę w swoim codziennym odżywianiu stosują w większości badani uczniowie. Najwięcej respondentów – 38 (35%) osób zjadało słodycze 2 razy w tygodniu. Kolejna grupa uczniów deklarowała, iż słodycze jadła 3 razy w tygodniu – 23 (21%) osoby i sporadycznie – także 23 (21%) osoby. Wśród ankietowanych byli też tacy uczniowie, którzy odpowiedzieli, że wcale nie jadło słodyczy – 6 (5%) osób. Prawie jedna piąta badanej populacji nie stosowała się do zasad zdrowego odżywiania i zjadała słodycze codziennie – było to 20 (19%) uczniów.

**Tabela 12.** Urozmaicenie posiłków badanych

N=110

urozmaicenie posiłków	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	40	32	72	65%
nie	0	7	7	6%
nie zawsze	19	12	31	28%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,0087845; p = 0,925$$

Jeśli chodzi o urozmaicenie posiłków, to zdecydowana większość uczniów deklarowała, iż ich posiłki zawierają warzywa, owoce, produkty mleczne, wędliny itp. 72 (65%)

osób odpowiedziało „tak”, a 31 (28%) uczniów – „nie zawsze”. Wśród badanych byli też uczniowie – 7 (6%) osób, których posiłki nie były urozmaicone.

**Tabela 13.** Przestrzeganie diety przez badanych

N=110

przestrzeganie diety	dziewczęta	chłopcy	n	%
wegetariańska	2	3	5	5%
jarska	0	0	0	0%
wegańska	0	5	5	5%
inna	3	1	4	4%
żadna	54	42	96	87%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,10320672; p = 0,748$$

Uczniów zapytano także o stosowanie diety. Zdecydowana większość respondentów nie stosuje żadnej diety – 96 (87%) osób, nie znaczy to jednak, że nieprawidłowo się odżywiało. 5 (5%) uczniów stosowało dietę wegetariańską.

Taki sam odsetek uczniów stosował dietę wegańską, a 4 (4%) osoby stosowało inną dietę, tj. przepisaną przez dietetyka.

**Tabela 14.** Napoje najczęściej spożywane przez badanych

N=152

napoje	dziewczęta	chłopcy	n	%
herbata	15	20	35	32%
kawa	0	0	0	0%
napoje gazowane słodkie	8	8	16	15%
napoje niegazowane słodkie	5	3	8	7%
woda	31	19	50	45%
napoje energetyczne	0	1	1	1%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,40448223; p = 0,525$$

Aby organizm prawidłowo funkcjonował niezbędne jest jego nawadnianie. Ankietowanych zapytano więc o to, jakie napoje najczęściej spożywali. Otrzymane wyniki przedstawiały się następująco: najczęściej do picia uczniowie wybierali wodę – 50 (45%) osób. Herbatę uczniowie wybrali 35 (32%) razy, nie było oznaczone czy słodzoną czy nie.

Na słodkie napoje gazowane było 16 (15%) wskazań, a na słodkie napoje niegazowane – 8 (7%). Dodatkowo 1 (1%) osoba deklarowała, iż pije napoje energetyczne.

Poziom istotności badania wykazał, iż istnieją niewielkie różnice między preferencjami dziewcząt a chłopców co do wybieranych napojów. Prawie dwa razy więcej dziewcząt wybierało do picia wodę.

**Tabela 15.** Częstotliwość spożywania fast foodów przez badanych

N=110

jedzenie fast foodów	dziewczeta	chłopcy	n	%
codziennie	0	0	0	0%
kilka razy w tygodniu	6	15	21	19%
kilka razy w miesiącu	15	6	21	19%
rzadziej	37	29	66	60%
wcale	1	1	2	2%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,0338014; p = 0,854$$

Wyniki badań wskazują, iż uczniowie czasami także niezdrowo się odżywiają. Tylko 2 (2%) uczniów w ogóle nie je posiłków typu fast food. Pozostali ankietowani zjadają fast foody rzadziej niż raz w miesiącu, tj. 66 (60%) uczniów. Kilka razy w miesiącu zjada żywność typu fast food 21 (19%) uczniów. Taka sama część badanej populacji zjada fast foody kilka razy w tygodniu.

Wyniki te świadczą o tym, że uczniowie posiadają wiedzę, iż tego typu żywność jest niezdrowa. Żadna bowiem z badanych osób nie odpowiedziała, iż zjada fast foody codziennie.

Dla zachowania zdrowia oprócz racjonalnego odżywiania, ważna jest higiena. Dlatego w dalszej kolejności zadano uczniom pytania na temat higieny osobistej i otoczenia, w którym przebywają. Były więc pytania o mycie rąk po wyjściu z toalety oraz przed posiłkami, mycie zębów, mycie całego ciała, zmianie bielizny osobistej, a także o utrzymywanie porządku we własnym pokoju.

**Tabela 16.** Częstotliwość mycia rąk przez badanych po wyjściu z toalety

N=110

mycie rąk po wyjściu z toalety	dziewczęta	chłopcy	n	%
zawsze	52	39	91	83%
często	5	9	14	13%
rzadko	2	3	5	5%
nigdy	0	0	0	0%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,20189652; p = 0,653$$

Zdecydowana większość badanych uczniów – 91 (83%) zachowuje zasady higieny, zawsze po wyjściu z toalety myjąc ręce. W grupie tej było więcej dziewcząt niż chłopców. Często wykonuje tę czynność 14 (13%) ankietowanych. Niestety znaleźli się też uczniowie, którzy rzadko myją ręce po wyjściu z toalety

– w badanej grupie było ich 5 (5%).

**Tabela 17.** Częstotliwość szczotkowania zębów przez badanych

N=110

ile razy szczotkujesz zęby	dziewczęta	chłopcy	n	%
1 raz dziennie	10	24	34	31%
2 razy dziennie	43	27	70	64%
po każdym posiłku	6	0	6	5%
wcale	0	0	0	0%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,00044791; p = 0,983$$

Higiena jamy ustnej i zębów jest bardzo ważnym aspektem z punktu widzenia zdrowia. Zaleca się aby myć zęby przynajmniej dwa razy dziennie, a najlepiej po każdym posiłku. Jak wykazały wyniki przeprowadzonych badań, wszyscy uczniowie, którzy wypełnili kwestionariusz ankiety, posiadała tę wiedzę i stosowała ją w praktyce. Po każdym posiłku zęby myło 6 (5%) ankietowanych, a 2 razy dziennie – 70 (64%) uczniów. Tylko raz dziennie zęby szczotkowało 34 (31%) respondentów.



**Tabela 18.** Częstotliwość brania kąpiei / prysznicy dziennie przez badanych

N=110

ilość kąpiei/prysznic dziennie	dziewczęta	chłopcy	n	%
1 raz dziennie	34	33	67	61%
2 razy dziennie	25	16	41	37%
częściej niż 2 razy dziennie	0	1	1	1%
rzadziej	0	1	1	1%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,15828494; p = 0,691$$

Do podstawowych elementów utrzymania higieny osobistej, oprócz mycia rąk i zębów, zalicza się codzienną kąpiel lub branie prysznicy. Jak wynika z przeprowadzonych badań, uczniowie klas V i VI stosują się do tej zasady. Ponad połowa badanych – 67 (61%) osób bierze prysznic lub kąpie się raz dziennie. 41 (37%) pytanym uczniom o higienę całego ciała dba 2 razy dziennie, a 1 (1%) ankietowanych nawet częściej niż dwa razy dziennie. W grupie tej znaleźli się uczniowie, którzy regularnie uprawiają sport. Wśród ankietowanych był też jeden uczeń (1%), który nie dbał tak jak jego rówieśnicy o higienę osobistą, tzn. kąpał się lub brał prysznic rzadziej niż 1 raz na dzień.

**Tabela 19.** Częstotliwość mycia rąk przed posiłkiem przez badanych

N=110

mycie rąk przed każdym posiłkiem	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	43	31	74	67%
czasami	15	18	33	30%
nie	1	2	3	3%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,27915076; p = 0,697$$

Jeśli chodzi o higienę rąk przed posiłkiem, to 74 (67%) uczniów na co dzień myje ręce przed każdym posiłkiem. Z kolei 33 (30%) myje ręce czasami, a 3 (3%) osoby nie dbają o zdrowie, siadając do jedzenia z brudnymi rękoma.

**Tabela 20.** Posiadanie przez badanych własnego pokoju

N=110

posiadanie własnego pokoju	dziewczeta	chłopcy	n	%
tak	44	28	72	65%
nie	15	23	38	35%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,02207624; p = 0,882$$

Do prawidłowego rozwoju organizmu młodego człowieka, ważne jest też posiadanie własnego kąta do nauki i odpoczynku, a także zachowanie higieny i porządku we własnym otoczeniu. Dlatego uczniów zapytano najpierw o to, czy posiadają własny pokój, a następnie czy samodzielnie dbają o utrzymanie pokoju w porządku.

Ponad połowa badanych zadeklarowała, iż posiadała własny pokój – 72 (65%) osoby. Odrębnego pokoju nie posiadało 38 (35%) uczniów.

**Tabela 21.** Osoba dbająca o porządek w pokoju badanych

N=110

osoba dbająca o porządek w pokoju	dziewczeta	chłopcy	n	%
sam/sama	50	38	88	80%
mama	9	12	21	19%
rodzeństwo	0	1	1	1%
ktoś inny	0	0	0	0%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,21600202; p = 0,642$$

Wyniki badań wskazują, że zdecydowana większość uczniów sama dba o porządek w swoim pokoju lub innym miejscu w domu, jeśli własnego pokoju nie posiada – odpowiedziało tak 88 (80%) osób. 21 (19%) uczniów sama nie utrzymywało porządku, sprzątanie wykonywała za nich mama. 1 (1%) uczeń odpowiedział, że porządek utrzymuje rodzeństwo, a nie on sam.

**Tabela 22.** Zmienianie bielizny osobistej przez badanych

N=110

zmiana bielizny osobistej	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	59	49	108	98%
nie	0	2	2	2%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,08716721; p = 0,768$$

Higiena ciała to także codzienna zmiana bielizny osobistej. Wiedzę tę stosowali w praktyce prawie wszyscy przebadani uczniowie, tj. 108 (98%) ankietowanych. Tylko 2 (2%) uczniów nie zmieniali codziennie bielizny osobistej – byli to ci uczniowie, którzy nie zachowywali innych zasad higieny, a także zdrowego żywienia.

Dla zachowania zdrowia fizycznego, psychicznego oraz właściwego rozwoju młodego organizmu, zasady zdrowego odżywiania należy połączyć z codzienną aktywnością fizyczną. Kolejne pytania zadane uczniom ostatnich dwóch klas szkół podstawowych, dotyczyły właśnie rodzaju aktywności przez nich preferowanej, jak często uprawiają sport, czy tylko na lekcjach wychowania fizycznego, czy także poza obowiązkowymi lekcjami, a także czy w ich aktywność fizyczną włączają się rodzice lub inni koledzy, znajomi. Uczniowie mieli też ocenić własną kondycję fizyczną.

**Tabela 23.** Rodzaj aktywności uczniów w wolnym czasie

N=140

aktywność w wolnym czasie	dziewczęta	chłopcy	n	%
uprawiam sport	25	35	60	43%
czytam książki	10	9	19	14%
gry komputerowe	9	15	24	17%
oglądam telewizję	15	6	21	15%
śpię	0	7	7	5%
inne	0	9	9	6%
łącznie	59	81	140	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,00029345; p = 0,986$$

Wśród rodzajów aktywności, którą uczniowie preferowali w czasie wolnym od obowiązkowych zajęć, można było wybrać kilka. Uczniowie w kolejności od najpopularniejszych wybierali następujące aktywności: uprawianie sportu – 60 (43%) zaznaczeń, gry

komputerowe – 24 (17%) odpowiedzi, oglądanie telewizji – 21 (15%), czytanie książek – 19 (14%), a także spanie – 7 (9%) zaznaczonych odpowiedzi. Pojawiły się też inne formy aktywności, jednak uczniowie nie zapisali jakie to były formy – 9 (6%). Wyniki wskazują jednoznacznie, że nie wszyscy uczniowie aktywnie spędzają wolny czas.

**Tabela 24.** Uczęszczanie na lekcje wychowania fizycznego przez badanych  
N=110

uczęszczanie na wf	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	58	50	108	98%
nie	1	1	2	2%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,44141833; p = 0,906$$

Prawie wszyscy uczniowie z kolei uczęszczają na lekcje wychowania fizycznego w szkole – 108 (98%) osób. W lekcjach w-f nie bierze udziału tylko 2 (2%) uczniów. Biorąc pod uwagę to, iż nie wszyscy uczniowie aktywnie odpoczywają po szkole, obowiązkowe zajęcia fizyczne prowadzone kilka godzin w tygodniu pozytywnie wpłyną na ich rozwój fizyczny.

**Tabela 25.** Wybieranie innych poza w-f form aktywności

N=214

inne aktywność fizyczna poza wf	dziewczęta	chłopcy	n	%
pływanie	15	23	38	18%
rower	30	44	74	35%
bieganie	15	21	36	17%
gimnastyka indywidualna	6	5	11	5%
gry zespołowe	25	30	55	26%
łącznie	91	123	214	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,06949993; p = 0,792$$

Uczniowie, którzy aktywnie odpoczywają poza szkołą, wśród form tych aktywności wybrali kilka, które preferują. Najczęściej wybierano jazdę na rowerze – 74 (35%), następnie gry zespołowe (np. koszykówka, piłka nożna, siatkówka) – 55 (26%) oraz pływanie – 38 (18%) i bieganie – 36 (17%). 11 (5%) razy wskazano także gimnastykę indywidualną.

**Tabela 26.** Włączanie się rodziców w aktywność fizyczną badanych uczniów

N=110

Włączanie się rodziców w aktywność uczniów	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	17	10	27	25%
nie	13	19	32	29%
czasami	29	22	51	46%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,14223146; p = 0,703$$

Rodzice powinni zachęcać dzieci do aktywności fizycznej, ale także – a może i przede wszystkim – dawać przykład swoim postępowaniem i włączać się do różnych form aktywności dzieci. Czy tak się działo, pytano uczniów. Tylko 27 (25%) uczniów potwierdziło, że rodzice uczestniczą w ich aktywnym wypoczynku, a prawie połowa – 51 (46%) badanych deklaruwała, że rodzice biorą udział w ich aktywności tylko czasami. W 32 (29%) przypadkach rodzice w ogóle nie uczestniczą w aktywności swoich dzieci.

**Tabela 27.** Częstotliwość uprawiania sportu przez badanych

N=110

częstotliwość uprawiania sportu	dziewczęta	chłopcy	n	%
2-3 razy w tygodniu tylko na w-f	13	19	32	29%
2-3 razy w tygodniu na dodatkowych	11	3	14	13%
1-2 godziny dziennie	35	29	64	58%
nie uprawiam sportu	0	0	0	0%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,04374122; p = 0,834$$

O zdrowiu i kondycji fizycznej badanych uczniów świadczy między innymi to, jak często uprawiają sport. Wyniki przeprowadzonych badań ankietowych wskazują, iż 64 (58%) uczniów sport uprawia 1-2 godziny dziennie, a 14 (13%) osób 2-3 razy w tygodniu na dodatkowych zajęciach sportowych. Niestety prawie jedna trzecia ankietowanych sport uprawia tylko na lekcjach wychowania fizycznego – 32 (29%) osób.

**Tabela 28.** Powody, dla których uczniowie uprawiają sport

N=172

Powody uprawiania sportu	dziewczęta	chłopcy	n	%
żeby mieć lepszą sylwetkę	20	8	28	16%
dla zdrowia	30	24	54	31%
żeby zrzucić zbędne kilogramy	10	7	17	10%
dla rozrywki	22	31	53	31%
to lepsze niż nauka	5	11	16	9%
inne	2	2	4	2%
łącznie	89	83	172	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,07198072; p = 0,788$$

Osoby, które uprawiają sport, robią to z różnych pobudek. Na to pytanie uczniowie mogli wskazać kilka odpowiedzi. Najczęściej sport uprawiany był dla zdrowia – 54 (31%) odpowiedzi oraz dla rozrywki – 53 (31%). Uczniowie wskazywali chcieli poprawić swoją sylwetkę – 28 (16%) albo zrzucić zbędne kilogramy – 17 (10%) wskazań. Ponadto 16 (9%) osób deklarowało, iż uprawianie sportu jest lepsze niż nauka, a 4 (2%) pozostałe osoby podały powód: inne, nie konkretyzując swojej odpowiedzi.

**Tabela 29.** Osoba, z którą respondent podejmuje różne formy rekreacji

N=110

osoba, z którą uczeń podejmuje różne formy rekreacji	dziewczęta	chłopcy	n	%
z kolegami	25	21	46	42%
indywidualnie	15	12	27	25%
z rodzicami	13	8	21	19%
trenuję w grupie	6	10	16	15%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,41184277; p = 0,521$$

Uczniowie, którzy podejmują różne formy rekreacji, w tym także uprawianie sportu, najczęściej i najchętniej robią to z kolegami – 46 (42%). 27 (25%) uczniów ćwiczy indywidualnie, 21 (19%) razem z rodzicami, a pozostałe 16 (15%) osób trenuje w grupie.

**Tabela 30.** Zachęcanie uczniów przez rodziców do aktywnego odpoczynku

N=110

czy rodzice zachęcają cię do aktywnych form odpoczynku	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	54	38	92	84%
nie	5	13	18	16%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,01181671; p = 0,913$$

Nie wszyscy uczniowie twierdzili, że rodzice włączają się w działania swoich dzieci (tabela nr 26), jednak zdecydowana większość – 92 (84%) osoby odpowiedziały, że rodzice zachęcali ich do aktywnych form wypoczynku. Zauważono różnice w odpowiedziach chłopców i dziewcząt. Zdecydowanie większą grupę dziewcząt niż chłopców rodzice zachęcają do aktywnych form wypoczynku. Tylko 18 (16%) uczniów deklarowało, że rodzice nie zachęcają ich. W tej grupie byli ci uczniowie, którzy wcześniej deklarowali, że rodzice również nie uczestniczą w aktywności swoich dzieci (tabela nr 26).

**Tabela 31.** Ocena własnej kondycji fizycznej

N=110

Samoocena kondycji fizycznej	dziewczęta	chłopcy	n	%
bardzo słaba	0	0	0	0%
słaba	0	0	0	0%
średnia	20	7	27	25%
dobra	20	32	52	47%
bardzo dobra	19	12	31	28%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,00496885; p = 0,944$$

Dokonując samooceny kondycji fizycznej, prawie połowa badanych uczniów – 52 (47%) określiła ją jako dobrą. Więcej było w tej grupie dziewcząt. Bardzo dobrą kondycję w subiektywnej ocenie posiadało 31 (28%) uczniów, a średnią kondycję fizyczną posiadało 27 (25%) uczniów, w tym zdecydowanie więcej dziewcząt. Różnice w samoocenie kondycji fizycznej między dziewczętami a chłopcami potwierdził też test chi-kwadrat.

Analizując przedstawione wyniki, można stwierdzić, iż bardzo dobrą kondycją fizyczną charakteryzują się przede wszystkim ci uczniowie, którzy sport uprawiają regularnie, 1-2 godziny dziennie, nie tylko na lekcjach wychowania fizycznego (tabela

nr 27), a także ci, których rodzice do tego zachęcają i razem z dziećmi uprawiają różne formy aktywnego wypoczynku (tabela nr 26).

**Tabela 32.** Uczestniczenie uczniów w szkolnych zawodach sportowych

N=110

Uczestniczenie w szkolnych zawodach sportowych	dziewczeta	chłopcy	n	%
tak	20	20	40	36%
czasami	10	18	28	25%
rzadko	10	10	20	18%
nie	19	3	22	20%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,00301316; p = 0,956$$

Oprócz lekcji wychowania fizycznego, czy zajęć pozaszkolnych, uczniowie mają możliwość rozwijania sprawności fizycznej podczas szkolnych zawodów sportowych. Nie wszyscy jednak z tej możliwości korzystają. Jak wskazują wyniki badań tylko 40 (36%) uczniów zawsze bierze udział w zawodach, a 28 (25%) czasami. Kolejnych 20 (18%) uczniów w szkolnych zawodach sportowych uczestniczy rzadko. Prawie taka sama liczba badanej populacji – 22 (20%) uczniów – w ogóle nie bierze udziału w zawodach sportowych.

**Tabela 33.** Długość snu

N=110

Długość snu w nocy	dziewczeta	chłopcy	n	%
7-8 godzin na dobę	35	18	53	48%
mniej niż 7 godzin na dobę	14	13	27	25%
więcej niż 8 godzin na dobę	10	20	30	27%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,01213574; p = 0,912$$

Odpowiednia długość snu, od 7 do 9 godzin, ma duży wpływ na samopoczucie, rozwój i kondycję fizyczną człowieka. Wyniki uzyskane z przeprowadzonych badań wykazały, że prawie połowa uczniów – 53 (48%) śpi 7-8 godzin na dobę. Jedna czwarta grupy badanej – 27 (25%) uczniów przesypia mniej niż 7 godzin, a niewiele więcej, bo 30 (27%) osób śpi więcej niż 8 godzin na dobę.



Zdrowy sen to nie tylko długość przespanej nocy. Uczniów pytano więc także o to czy mają problemy z zasypianiem, czy śpią bez przerw, czy w ciągu dnia zażywają drzemki i inne aspekty dotyczące higieny snu.

**Tabela 34.** Występowanie problemów z zaśnięciem

N=110

problemy z zaśnięciem	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	5	7	12	11%
nie	37	20	57	52%
czasami	17	24	41	37%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,03690843; p = 0,848$$

Niepokojącym zjawiskiem zauważonym u badanych 12-, 13-latków są problemy z zasypianiem. Nieco ponad połowa badanych nie miała nigdy problemów z zaśnięciem – 57 (52%). Jednak u aż 41 (37%) uczniów problemy takie występują czasami, a 12 (11%) ma zawsze problemy z zasypianiem.

**Tabela 35.** Wybudzanie ze snu nocnego

N=110

czy często budzisz się w nocy?	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	5	5	10	9%
nie	42	22	64	58%
czasami	12	24	36	33%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,00594622; p = 0,939$$

Na jakość snu, czyli między innymi na to, czy po przebudzeniu człowiek czuje się wypoczęty ma wpływ nieprzerwany sen. Wyniki badań wskazują, iż 64 (58%) ankietowanych uczniów nie budzi się w nocy. Czasami przerywany sen posiadało 36 (33%) uczniów, w tym dwa razy więcej chłopców niż dziewcząt, a pozostała grupa 10 (9%) osób budziła się w nocy, tym samym narażając się na niewyspanie.

**Tabela 36.** Stan organizmu po pobudce w ocenie badanych

N=110

Jak wstajesz, to czujesz się wypoczęty?	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	35	26	61	55%
nie	2	10	12	11%
nie zawsze	22	15	37	34%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,01844867; p = 0,892$$

Podobnie do wyników przedstawionych w tabeli 35 przedstawiają się wyniki odpowiedzi na pytanie, czy uczniowie czuli się wypoczęci, gdy wstali rano. Ci, którzy wskazywali, iż nie budzili się w nocy spali nieprzerwanym snem, wstawali rano wypoczęci – takich osób było 51 (55%). Nie zawsze wypoczętych było 37 (34%) uczniów, a z poczuciem zmęczenia wstawało 12 (11%) respondentów. Częściej wypoczęte były dziewczęta niż chłopcy.

**Tabela 37.** Zażywanie przez uczniów drzemki w ciągu dnia

N=110

Zażywanie drzemki	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	2	4	6	5%
nie	45	26	71	65%
czasami	12	21	33	30%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,01652535; p = 0,898$$

Wyniki przeprowadzonej ankiety pokazują, iż istnieją różnice w zażywaniu drzemki w ciągu dnia między dziewczętami a chłopcami. Częściej robią to chłopcy. Ogółem można stwierdzić, iż 6 (5%) badanej grupy zawsze w ciągu dnia zażywa drzemki, a 33 (30%) drzemie czasami. W tej grupie badanych znalazły się osoby, które deklarowały wcześniej, że mają problemy z zasypianiem lub budzą się w nocy, a po przebudzeniu rano czują się niewypoczęci. Większość badanych uczniów nie śpi w ciągu dnia – 71 (65%) osób.

**Tabela 38.** Rodzaj stosowanych środków wspomagających sen

N=110

Stosowane środki na sen	dziewczęta	chłopcy	n	%
herbatki ziołowe	2	1	3	3%
relanium	0	0	0	0%
hydroxyzyna	0	1	1	1%
luminal	0	0	0	0%
inne	1	1	2	2%
nie stosuję	56	48	104	95%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,85619443; p = 0,355$$

Część badanych uczniów, która miała problemy z zasypianiem, wspomagala osiągnięcie stanu snu dostępnymi środkami ziołowymi lub innymi preparatami leczniczymi. Wśród nich 3 (3%) osoby stosowały pomagające zasnąć herbatki ziołowe, dwie osoby (2%) inne środki, jednak nie podały jakie, a 1 (1%) z badanych uczniów stosował lek uspokajający wydawany na receptę przez lekarza specjalistę – hydroksyzynę. Pozostali uczniowie – 104 (95%) osób – nie stosowało żadnych środków wspomagających zasypianie czy poprawiających sen.

**Tabela 39.** Wietrzenie pokoju przed snem przez badanych uczniów

N=110

Wietrzenie pokoju przed snem	dziewczęta	chłopcy	n	%
tak	42	38	80	73%
nie	2	3	5	5%
czasami	15	10	25	23%
łącznie	59	51	110	100%

Źródło: Opracowanie własne

$$\chi^2 = 0,4965853; p = 0,481$$

Ostatnie pytanie zadane uczniom dotyczyło tego, czy pomieszczenie w którym zasypiają jest wietrzone. Wystarczająca ilość tlenu bowiem pomaga w wypoczynku. Nie zauważono istotnych różnic między odpowiedziami chłopców a odpowiedziami dziewcząt. Większość uczniów – 80 (73%) odpowiadała twierdząco, 25 (23%) uczniów deklarowała wietrzenie czasami, a tylko 5 (5%) uczniów nie wietrzyła pokoju przed snem. W tej ostatniej grupie znalazły się osoby, które miały problemy z zasypianiem.

---

## ROZDZIAŁ V

### PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Sposób żywienia w dzieciństwie i wczesnej młodości wpływa na zdrowie człowieka dorosłego. W okresie dojrzewania dokonuje się wiele istotnych wyborów dotyczących stylu życia, tj. określonych zachowań żywieniowych, higienicznych czy aktywności fizycznej, które utrwalone mogą funkcjonować przez całe późniejsze życie. Celem badań była było uzyskanie informacji na temat, jakie zachowania prozdrowotne podejmują dzieci w wieku 12-13 lat, aby potęgować swoje zdrowie oraz jaki wpływ na wytworzenie nawyków zdrowego stylu życia u dzieci ma środowisko domowe i szkolne.

Dokonując weryfikacji postawionych hipotez stwierdzono, że:

1. Większość badanych wie, jak ważne dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania organizmu jest odżywianie. Ma to szczególne znaczenie, jeśli chodzi o młody organizm. 80 (73%) uczniów przed wyjściem do szkoły zjada pierwsze śniadanie. Prawie połowa ankietowanych – 54 (49%) uczniów je owoce codziennie, a 43 (39%) ankietowanych deklaruje, że je warzywa częściej niż 2 razy w tygodniu. Zdecydowana większość uczniów – 72 (65%) deklarowała, że ich posiłki są urozmaicone i zawierają produkty ze wszystkich grup żywieniowych.
2. Higiena ciała i otoczenia jest bardzo ważna dla zachowania zdrowia. Większość uczniów zna zasady higieny ciała i otoczenia i stosuje je w codziennym życiu. 91 (83%) osób zawsze po wyjściu z toalety myje ręce, 70 (64%) uczniów myje zęby 2 razy dziennie, ponad połowa badanych – 67 (61%) dzieci bierze prysznic lub kąpiel przynajmniej raz dziennie, a 74 (67%) uczniów myje ręce przed każdym posiłkiem. Ponad połowa badanych zadeklarowała, że posiada własny pokój – 72 (65%) uczniów i samodzielnie dba w nim o porządek. Jeśli własnego pokoju nie posiada, to dba o porządek w innym miejscu – odpowiedziało tak 88 (80%) osób.
3. Oprócz prawidłowego odżywiania się i higieny niezbędna do prawidłowego rozwoju młodego organizmu jest aktywność fizyczna. Prawie wszyscy uczniowie uczęszczają na lekcje wychowania fizycznego w szkole – 108 (98%) osób. Poza lekcjami w-f uczniowie najczęściej preferują: jazdę na rowerze 74 (35%) badanych, gry zespołowe – 55 (26%) uczniów, pływanie 38 (18%) dzieci.
4. Bardzo ważne jest, aby zachęcać dzieci do aktywności fizycznej, najlepiej własnym przykładem. Rodzice powinni więc dawać przykład swoim postępowaniem i włączać się do różnych form rekreacji swoich dzieci. Niestety tylko 27 (25%) uczniów

potwierdziło, że rodzice uczestniczą w ich aktywnym wypoczynku, a prawie połowa, bo aż 51 (46%) dzieci odpowiedziała, że rodzice biorą udział w ich aktywności tylko czasami. W 32 (29%) przypadkach rodzice w ogóle nie uczestniczyli w aktywności fizycznej swoich dzieci.

5. Uczniowie wiedzą, jak ważny dla ich zdrowia i rozwoju jest sen, jak duży jest jego wpływ na samopoczucie, kondycję psychiczną i fizyczną oraz przyswajanie wiedzy. Przeprowadzone badania wykazały, że prawie połowa uczniów – 53 (48%) śpi 7-8 godzin na dobę, 27 (25%) dzieci przesypia mniej niż 7 godzin, a 30 (27%) osób śpi więcej niż 8 godzin.

Tym samym potwierdzona została hipoteza główna, która zakładała, że dzieci znają i preferują zachowania prozdrowotne w środowisku lokalnym. Na podstawie analizy badań własnych wysunięto następujące wnioski:

1. Dzieci w wieku 12-13 lat, niezależnie od wieku, znają zasady zdrowego odżywiania, higieny osobistej i otoczenia oraz preferują je w codziennym życiu.
2. Uczniowie klas V i VI szkół podstawowych, posiadają wiedzę na temat dużego wpływu ruchu na zdrowie, podejmują różne formy aktywności fizycznej, zarówno w szkole na lekcjach wychowania fizycznego, jak i poza nimi.
3. Niepokojący jest fakt, iż większość rodziców nie włącza się w aktywność fizyczną swoich dzieci.

Badana grupa uczniów nie odzwierciedla jednak zachowań całej populacji w tym przedziale. Dlatego niezbędne jest ciągłe prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży, a także ich rodziców, w celu kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych i innych prawidłowych zachowań zdrowotnych, a także korygowania popełnianych przez część populacji błędów. Utrwalenie złych nawyków żywieniowych dzieci może mieć bowiem negatywny wpływ na prawidłowy rozwój i stan zdrowia obecnie i w przyszłości.

---

## DYSKUSJA

Temat zachowań prozdrowotnych dzieci – uczniów, zarówno szkół podstawowych, jak i wyższych etapów kształcenia, był tematem niejednego opracowania i publikacji. Wszyscy autorzy byli zgodni, iż sposób żywienia w dzieciństwie i wczesnej młodości wpływa na zdrowie człowieka dorosłego. W okresie dojrzewania dokonuje się wiele istotnych wyborów dotyczących stylu życia, w tym między innymi określonych zachowań żywieniowych, które utrwalone mogą funkcjonować przez całe późniejsze życie.

W badaniach własnych wykazano, iż połowa badanych dzieci z jednej szkoły podstawowej w Łowiczu i dwóch szkół podstawowych wiejskich spożywała najczęściej 4 posiłki w ciągu dnia, niezależnie od płci i miejsca zamieszkania – 39% badanych. Optymalna liczba pięciu posiłków w ciągu dnia uwzględniana była w dietach 35% badanych uczniów. Podobne wyniki osiągnięto w badaniach dzieci z warszawskich i szczecińskich szkół podstawowych i gimnazjalnych<sup>144,145</sup>. Jednak A. Szaflarska-Szczepanik i wsp.<sup>146</sup> stwierdzili, że znaczna grupa dzieci w wieku szkolnym spożywa zbyt małą liczbę posiłków w ciągu dnia. Podobnie stwierdzili M. Pieszko-Klejnowska i wsp., którzy analizowali sposób żywienia młodzieży gimnazjalnej w województwie pomorskim. Niezależnie od miejsca zamieszkania – w mieście czy na wsi, ponad jedna trzecia badanych (35,5%) nie spożywała zalecanych 4-6 posiłków dziennie<sup>147</sup>.

Inni autorzy wykazali, że uczniowie spożywają niedostateczną ilość warzyw i owoców<sup>148</sup>, co nie potwierdziło się w badaniach własnych.

W badaniach własnych wykazano także, że mleko i napoje mleczne codziennie spożywało 42% dzieci z badanej grupy. Nieco wyższe wyniki uzyskali M. Jeżewska-Zychowicz i wsp.<sup>149</sup> oraz A. Kołajtis-Dołowy i wsp.<sup>150</sup>, według których mleko, napoje mleczne, a nawet sery twarogowe były spożywane codziennie przez ponad połowę ankietowanych.

---

<sup>144</sup> Z. Goluch-Koniuszy, Ocena sposobu żywienia dzieci w okresie skoku pokwitaniowego z BMI  $\leq 5$  percentyla z terenu miasta Szczecina. „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny” 61/2010, s. 307-315.

<sup>145</sup> A. Kołajtis-Dołowy, B. Pietruszka, M. Waszczeniuk-Uliszka, Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej Warszawy. „Żywność Człowieka i Metabolizm”, 2003, s. 182-183.

<sup>146</sup> A. Szaflarska-Szczepanik, L. Wika, M. Maćkowska, Analiza jakości żywienia w ocenie dzieci szkolnych z województwa kujawsko-pomorskiego. „Przeгляд Pediatryczny” 31/2001, s. 46-49.

<sup>147</sup> M. Pieszko-Klejnowska, M. Stankiewicz i wsp., Ocena sposobu odżywiania się gimnazjalnej młodzieży zamieszkującej wieś i miasto. „Pediatria Współczesna”, 9/2007, s. 59-62.

<sup>148</sup> A. Kołajtis-Dołowy, B. Pietruszka, M. Waszczeniuk-Uliszka, Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej Warszawy. „Żywność Człowieka i Metabolizm”, 2003, s. 182-187.

<sup>149</sup> M. Jeżewska-Zychowicz, D. Łyszkowska, Ocena wybranych zachowań żywieniowych młodzieży w wieku 13-15 lat i ich uwarunkowań na przykładzie środowiska miejskiego. „Żywność Człowieka i Metabolizm”, 2003, s. 572-577.

<sup>150</sup> A. Kołajtis-Dołowy, B. Pietruszka, M. Waszczeniuk-Uliszka, Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej Warszawy. „Żywność Człowieka i Metabolizm”, 2003, s. 182-183.

Istotnym czynnikiem wpływającym na zdrowie jest aktywność ruchowa. W badaniach własnych wykazano, iż dzieci mają dobrą kondycję fizyczną, biorą udział w zajęciach wychowania fizycznego w szkole, a także na innych zajęciach pozaszkolnych razem z kolegami czy nawet rodzicami. M. Mandziuk<sup>151</sup>, po przeprowadzeniu badań w szkole podstawowej w Białej Podlaskiej doszła dodatkowo do wniosku, iż istnieje związek między poziomem sprawności fizycznej uczniów a deklarowanymi przez nich zachowaniami prozdrowotnymi. Uczniowie z wysoką sprawnością fizyczną częściej łączą zdrowie z systematycznymi ćwiczeniami fizycznymi i właściwą dietą niż ich rówieśnicy z niskim poziomem sprawności. Badania nad aktywnością w czasie wolnym młodzieży przeprowadzili T. Wołowski i T. Jankowska<sup>152</sup>. Po analizie wyników wykazali, że młodzież w wieku gimnazjalnym pomimo świadomości znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia człowieka, większość z nich czas wolny wykorzystywała na przykład spędzając go przed ekranem telewizora, komputera, lub słuchając muzyki. Podobne wnioski sformułowali po swoich badaniach A. Ćwirlej, K. Walicka-Cupryś, H. Gregorowicz-Cieślik<sup>153</sup>, którzy badali aktywność ruchową dzieci 10-letnich. One też więcej czasu poświęcali na oglądanie telewizji lub/i korzystanie z komputera, niż na zajęcia rekreacyjne.

<sup>151</sup> M. Mandziuk, Poziom sprawności fizycznej uczniów klas IV z Białej Podlaskiej a deklarowane zachowania zdrowotne. W: A. Kazimierzczak, A. Maszorek-Szymala, J. Kowalska (red.): Paradygmaty współczesnej kultury fizycznej i zdrowotnej, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s.119- 130.

<sup>152</sup> T. Wołowski T., M. Jankowska, Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Część II. Aktywność fizyczna oraz formy spędzania czasu wolnego. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 88/2007, s. 69-73.

<sup>153</sup> A. Ćwirlej, K. Walicka-Cupryś, H. Gregorowicz-Cieślik, Aktywność ruchowa dzieci 10-letnich w czasie wolnym. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”. Rzeszów, 3/2005, s. 262-266.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., Promocja zdrowia, Tom I, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
2. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., Promocja zdrowia. T. II. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
3. Bielski J., Metodyka wychowania fizycznego i zdrowotnego, Wyd. IMPULS, Kraków 2005.
4. Brand-Hörsting B., Leksykon chorób wieku dziecięcego. Wyd. KDC, Warszawa 2005.
5. Ciborowska H., Rudnicka A., Dietetyka, żywienie zdrowego i chorego człowieka. PZWL, Warszawa 2000.
6. Ćwirlej A., Walicka-Cupryś K., Gregorowicz-Cieślak H., Aktywność ruchowa dzieci 10-letnich w czasie wolnym. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”. Rzeszów, 3/2005.
7. Dutkiewicz W., Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki. Wyd. Stachurski, Kielce 2001.
8. Gawęcki J., Mossor-Pietraszewska T., Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu. PWN, Warszawa 2007.
9. Goluch-Koniuszy Z., Ocena sposobu żywienia dzieci w okresie skoku pokwitaniowego z BMI ≤5 percentyla z terenu miasta Szczecina.
10. „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny” 61/2010.
11. Jacewski A. (red.), Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania, Wyd. ŻAK, Warszawa 2003.
12. Jeżewska-Zychowicz M., Łyszkowska D., Ocena wybranych zachowań żywieniowych młodzieży w wieku 13-15 lat i ich uwarunkowań na przykładzie środowiska miejskiego. „Żywienie Człowieka i Metabolizm”, 2003.
13. Jonderko G. (red.), Podręczna Encyklopedia Zdrowia. Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań 2002.
14. Karski J. B., Praktyka i teoria promocji zdrowia, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009.
15. Kołajtis-Dołowy A., Pietruszka B., Waszczeniuk-Uliszka M., Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej Warszawy. „Żywienie Człowieka i Metabolizm”, 2003.
16. Korporowicz V., Promocja zdrowia – kształtowanie przyszłości, Wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2008.
17. Kowalski M., Gawel A., Zdrowie wartość, edukacja. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006.
18. Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
19. Li W., Nie chrap – skuteczne sposoby na zdrowy sen, Wyd. Świat Książki, Warszawa 2012.
20. Łobocki M., Metody i techniki badań pedagogicznych. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.
21. Łobocki M., Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Wyd. Impuls, Kraków 2004.
22. Madejski E., Węglarz J., Wybrane zagadnienia współczesnej metodyki wychowania fizycznego, Wyd. IMPULS, Kraków 2008.



- 
23. Mandziuk M., Poziom sprawności fizycznej uczniów klas IV z Białej Podlaskiej a deklarowane zachowania zdrowotne, (w:) A. Kazimierczak,
  24. Maszorek-Szymala, J. Kowalska (red.), Paradygmaty współczesnej kultury fizycznej i zdrowotnej, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.
  25. Mladenovic J. (red.), Tajniki medycyny pierwszego kontaktu. Wyd. Springer PWN, Warszawa 1997.
  26. Niżminiewicz J., Sen i bezsenność, Wyd. Literatura.net.pl.
  27. Nowak S., Metodologia badań społecznych. PWN, Warszawa 2007.
  28. Pawlaczyk B., Pielęgniarstwo pediatryczne. Wyd. PZWL, Warszawa 2007.
  29. Pawlus M. (red.), Encyklopedia rodzice i dzieci, Wyd. PPU PARK, Bielsko-Biała 2002.
  30. Pieszko-Klejnowska M., Stankiewicz M. i wsp., Ocena sposobu odżywiania się gimnazjalnej młodzieży zamieszkującej wieś i miasto.
  31. „Pediatria Współczesna”, 9/2007.
  32. Pilch T., Bauman T., Zasady badań pedagogicznych. Wyd. Żak, Warszawa 2001.
  33. Pilch T., Zasady badań pedagogicznych, Wyd. Żak, Warszawa 1995.
  34. Pilch T., Lepalczyk I., Pedagogika społeczna, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.
  35. Płachcińska G. (red.), Porozmawiajmy o... odżywianie. Wyd. IBIS, Poznań 2009.
  36. Rodziewicz-Gruhm J., Biokulturowe uwarunkowania rozwoju, sprawności i zdrowia, Wyd. WSP, Częstochowa 2003.
  37. Rokicka-Milewska R. (red.), ABC chorób wieku dziecięcego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
  38. Santorski J., Recepta na dobry sen, Agencja Wydawnicza, Warszawa 1993.
  39. Sęk H., Wprowadzenie do psychologii klinicznej, Wyd. Scholar, Warszawa 2003.
  40. Skorny Z., Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki. WSiP, Warszawa 1984.
  41. Słońska Z., Kształtowanie zdrowia w społeczności lokalnej, (w:) Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej, pod red. Z. Słońskiej,
  42. Woynarowskiej, Instytut Kardiologii, Warszawa 2002, s.16.
  43. Syrek E., Barucka-Sitkiewicz K., Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
  44. Syrek E., Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim, Wyd. Uniwersytety Śląskiego, Katowice 1997.
  45. Szaflarska-Szczepanik A., Wika L., Maćkowska M., Analiza jakości żywienia w ocenie dzieci szkolnych z województwa kujawsko- pomorskiego. „Przegląd Pediatryczny” 31/2001.
  46. Tischner J., Jak żyć? Wyd. Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław 1995.
  47. Tobiarz-Adamczyk B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Wyd. UJ, Kraków 2009.
  48. Weil A., Mądrze i smacznie, o istocie żywienia i bezpiecznych dietach. Wyd. MUZA S.A., Warszawa 2001.

- 
49. Wołowski T., Jankowska M., Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Część II. Aktywność fizyczna oraz formy spędzania czasu wolnego. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 88/2007.
  50. Wołynka S., Pielęgniarstwo ogólne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
  51. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna. Wyd. PWN, Warszawa 2007.
  52. Woynarowska B., Kapica M. (red.), Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej, stan i oczekiwania. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2001.
  53. Woynarowska B., Mazur J., Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1999.
  54. Woynarowska B., Sokołowska B., Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno- Pedagogicznej, Warszawa 2006.
  55. Woynarowska B., Sokołowska M., Szkoła promująca zdrowie, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2000.
  56. Wroczyński R., Wprowadzenie do pedagogiki społecznej, PWN, Warszawa 1966.
  57. Zaczyński W., Praca badawcza nauczyciela. WSiP, Warszawa 1995.
  58. Ziemiański S., Budzyńska-Topolowska J., Wegetarianizm w świetle nauki o żywności i żywieniu. Instytut DANONE, Fundacja Promocji Zdrowego Żywienia, Warszawa 1997.

---

## STRESZCZENIE

Zdrowie jest najważniejszą wartością osobistą i społeczną. Tematem pracy uczyniono zachowania prozdrowotne dzieci w środowisku lokalnym. Celem przeprowadzonych badań stało się uzyskanie informacji na temat, jakie zachowania prozdrowotne podejmują dzieci w wieku 12-13 lat, aby potęgować swoje zdrowie oraz jaki wpływ na kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia u dzieci ma środowisko szkolne i domowe. W badaniu wzięło udział 110 uczniów klas V i VI z trzech wybranych losowo szkół podstawowych – jednej szkoły miejskiej i dwóch wiejskich. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a jako narzędzie badawcze wybrano kwestionariusz ankiety. Główny problem badawczy opierał się na pytaniu, czy dzieci preferują zachowania prozdrowotne w środowisku lokalnym. Uzyskane wyniki badań potwierdziły postawioną hipotezę główną, która zakładała, iż dzieci wiedzą jakie zachowania wpływają korzystnie na ich organizm i stosują je w życiu codziennym.

**Słowa kluczowe:** zdrowie; zachowania prozdrowotne; zdrowe odżywianie; zdrowy styl życia; wypoczynek; dieta; nawyki żywieniowe;

## SUMMARY

Health is the most important personal and social value. Healthy behaviour of children in the local environment was made the theme of this work. Obtaining an information concerning what healthy behaviour do children in the age of 12-13 years old take up to develop their health and what influence do school and home environment have on shaping healthy lifestyle habits among children became the aim of conducted researches. 110 students from V and VI grade from among three random chosen primary schools took part in this study. A method of diagnostic opinion poll was used and a questionnaire was chosen as a research tool. The main exploratory problem was based on the question if children prefer healthy behaviour in the local environment. Received findings confirmed the main thesis which presumed that children know what behaviour have profitable impact on their body and they use them in everyday life.

**Keywords:** health; healthy behaviour; healthy nutrition; healthy lifestyle; rest; diet; eating habits.

---

## SPIS TABEL

Tabela 1. Płeć badanych . . . . .	40
Tabela 2. Miejsce zamieszkania badanych . . . . .	40
Tabela 3. Subiektywna ocena stanu zdrowia badanych . . . . .	41
Tabela 4. Ilość zjadanych dziennie posiłków przez badanych . . . . .	41
Tabela 5. Jedzenie przez badanych śniadania rano przed wyjściem z domu . . . . .	42
Tabela 6. Jedzenie w szkole drugiego śniadania przez badanych . . . . .	42
Tabela 7. Jedzenie ciemnego pieczywa przynajmniej raz dziennie . . . . .	43
Tabela 8. Częstotliwość jedzenia owoców przez badanych . . . . .	43
Tabela 9. Częstotliwość jedzenia warzyw przez badanych . . . . .	44
Tabela 10. Częstotliwość picia mleka lub napojów mlecznych przez badanych . . . . .	44
Tabela 11. Częstotliwość jedzenia słodczy przez badanych . . . . .	45
Tabela 12. Urozmaicenie posiłków badanych . . . . .	45
Tabela 13. Przestrzeganie diety przez badanych . . . . .	46
Tabela 14. Napoje najczęściej spożywane przez badanych . . . . .	46
Tabela 15. Częstotliwość spożywania fast foodów przez badanych . . . . .	47
Tabela 16. Częstotliwość mycia rąk przez badanych po wyjściu z toalety . . . . .	48
Tabela 17. Częstotliwość szczotkowania zębów przez badanych . . . . .	48
Tabela 18. Częstotliwość brania kąpeli / prysznicu dziennie przez badanych . . . . .	49
Tabela 19. Częstotliwość mycia rąk przed posiłkiem przez badanych . . . . .	49
Tabela 20. Posiadanie przez badanych własnego pokoju . . . . .	50
Tabela 21. Osoba dbająca o porządek w pokoju badanych . . . . .	50
Tabela 22. Zmienianie bielizny osobistej przez badanych . . . . .	51
Tabela 23. Rodzaj aktywności uczniów w wolnym czasie . . . . .	51
Tabela 24. Uczęszczanie na lekcje wychowania fizycznego przez badanych . . . . .	52
Tabela 25. Wybieranie innych poza w-f form aktywności . . . . .	52
Tabela 26. Włączanie się rodziców w aktywność fizyczną badanych uczniów . . . . .	53
Tabela 27. Częstotliwość uprawiania sportu przez badanych . . . . .	53
Tabela 28. Powody, dla których uczniowie uprawiają sport . . . . .	54
Tabela 29. Osoba, z którą respondent podejmuje różne formy rekreacji . . . . .	54
Tabela 30. Zachęcanie uczniów przez rodziców do aktywnego odpoczynku . . . . .	55
Tabela 31. Ocena własnej kondycji fizycznej . . . . .	55
Tabela 32. Uczestniczenie uczniów w szkolnych zawodach sportowych . . . . .	56
Tabela 33. Długość snu . . . . .	56
Tabela 34. Występowanie problemów z zaśnięciem . . . . .	57

---

Tabela 35. Wybudzanie ze snu nocnego . . . . .	57
Tabela 36. Stan organizmu po pobudce w ocenie badanych . . . . .	58
Tabela 37. Zażywanie przez uczniów drzemki w ciągu dnia . . . . .	58
Tabela 38. Rodzaj stosowanych środków wspomagających sen . . . . .	59
Tabela 39. Wietrzenie pokoju przed snem przez badanych uczniów . . . . .	59

---

## ZAŁĄCZNIK

### **Kwestionariusz ankiety**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o pomoc w przeprowadzeniu badań, których celem jest zbadanie czy dzieci dbają o zdrowie i zachowują się prozdrowotnie. Badania mają charakter anonimowy, a uzyskane wyniki będą poddawane analizie zbiorowej i wykorzystane do napisania pracy magisterskiej.

Proszę przy każdym pytaniu zaznaczyć znakiem X wybraną odpowiedź. Bardzo dziękuję za rzetelne uzupełnienie kwestionariusza.

1. Jakiej jesteś płci?
  - Żeńskiej
  - Męskiej
2. Miejsce zamieszkania
  - Miasto
  - Wieś
3. Swój stan zdrowia oceniasz jako:
  - Bardzo dobry
  - Dobry
  - Zły
4. Ile posiłków spożywasz dziennie?
  - 6
  - 5
  - 4
  - 3
5. Czy jadasz śniadanie codziennie rano przed wyjściem z domu?
  - Tak
  - Nie
  - Nie zawsze
6. Czy w szkole zjadasz drugie śniadanie?
  - Tak
  - Nie
  - Nie zawsze

- 
7. Czy jadasz przynajmniej jeden raz dziennie ciemne pieczywo?
- Tak
  - Nie
  - Nie zawsze
  - Nie jadam ciemnego pieczywa
8. Jak często jadasz owoce?
- Codziennie
  - 2 razy w tygodniu
  - Częściej niż 2 razy w tygodniu
  - Rzadziej niż 2 razy w tygodniu
  - Wcale
9. Jak często jadasz warzywa
- Codziennie
  - 2 razy w tygodniu
  - Częściej niż 2 razy w tygodniu
  - Rzadziej niż 2 razy w tygodniu
  - Sporadycznie
  - Wcale
10. Jak często pijesz mleko lub napoje mleczne (kefir, jogurt itp.)?
- Codziennie
  - 2 razy w tygodniu
  - 3 razy w tygodniu
  - Sporadycznie
  - Wcale
11. Jak często jadasz słodycze?
- Codziennie
  - 2 razy w tygodniu
  - 3 razy w tygodniu
  - Sporadycznie
  - Wcale
12. Czy Twoje posiłki są urozmaicone? Tzn. zawierają warzywa, owoce, produkty mleczne, wędlinę itp.?
- Tak
  - Nie
  - Nie zawsze

- 
13. Czy przestrzegasz jakiejś diety?
- Wegetariańskiej
  - Jarskiej
  - Wegańskiej
  - Innej, jakiej?
14. Jakie napoje spożywasz najczęściej?
- Herbata
  - Kawa
  - Napoje gazowane słodkie
  - Napoje niegazowane słodkie
  - Woda
  - Napoje energetyczne
15. Jak często jadasz fast foody?
- Codziennie
  - Kilka razy w tygodniu
  - Kilka razy w miesiącu
  - Rzadko
  - Nie jem fast foodów
16. Czy myjesz ręce po wyjściu z toalety?
- Zawsze
  - Często
  - Rzadko
  - Nigdy
17. Ile razy dziennie szczotkujesz zęby?
- 1 raz dziennie
  - 2 razy dziennie
  - Po każdym posiłku
  - Wcale
18. Ile razy dziennie zażywasz kąpieli lub myjesz się pod prysznicem?
- 1 raz dziennie
  - 2 razy dziennie
  - Częściej niż 2 razy dziennie
  - Rzadziej
19. Czy myjesz ręce przed każdym posiłkiem?
- Tak
  - Czasami
  - Nie



- 
20. Czy posiadasz własny pokój?
- Tak
  - Nie
21. Kto dba o porządek w Twoim pokoju?
- Sam
  - Mama
  - Rodzeństwo
  - Inne, jakie?.....
22. Czy codziennie zmieniasz bieliznę osobistą?
- Tak
  - Nie
23. W wolnym czasie najchętniej:
- Uprawiam sport
  - Czytam książki
  - Gram w gry komputerowe
  - Oglądam telewizję
  - Śpię
  - Inne, jakie? .....
24. Czy regularnie uczęszczasz na lekcje WF?
- Tak
  - Nie
  - Jeżeli nie, to dlaczego? .....
25. Jakie normy aktywności fizycznej podejmujesz poza lekcjami WF? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)
- Pływanie
  - Jazda na rowerze
  - Bieganie
  - Gimnastyka indywidualna
  - Gry zespołowe, np. piłka nożna, koszykówka, siatkówka
26. Czy rodzice włączają się w Twoją aktywność fizyczną?
- Tak
  - Nie
  - Czasami
  - Jeśli tak, to co razem robicie?.....

- 
27. Jak często uprawiasz sport?
- 2-3 razy w tygodniu tylko na lekcjach WF
  - 2-3 razy w tygodniu na dodatkowych zajęciach sportowych
  - 1-2 godziny dziennie
  - Nie uprawiam sportu
28. Jeśli uprawiasz sport, to z jakich powodów? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)
- Żeby mieć lepszą sylwetkę
  - Dla zdrowia
  - Żeby zrzucić zbędne kilogramy
  - Dla rozrywki
  - To lepsze niż nauka
  - Inne, jakie? .....
29. Z kim podejmujesz różne formy rekreacji?
- Z kolegami
  - Indywidualnie
  - Z rodzicami
  - Trenuję w grupie
30. Czy rodzice zachęcają Cię do aktywnych form odpoczynku?
- Tak
  - Nie
31. Jak oceniasz swoją kondycję fizyczną?
- Bardzo słaba
  - Słaba
  - Średnia
  - Dobra
  - Bardzo dobra
32. Czy uczestniczysz w szkolnych zawodach sportowych?
- Tak
  - Czasami
  - Rzadko
  - Nie
33. Jak długo śpisz?
- 7-8 godzin na dobę
  - Mniej niż 7 godzin na dobę
  - Więcej niż 8 godzin na dobę

- 
34. Czy masz problem z zaśnięciem?
- Tak
  - Nie
  - Czasami
35. Czy często budzisz się w nocy?
- Tak
  - Nie
  - Czasami
36. Jak wstajesz, to czy czujesz się wypoczęty?
- Tak
  - Nie
  - Nie zawsze
37. Czy w ciągu dnia zażywasz drzemki?
- Tak
  - Nie
  - Czasami
38. Czy stosujesz środki naprawiające sen? Jeśli tak, to jakie?
- Herbatki ziołowe
  - Relanium
  - Hydroxyzyna
  - Luminal
  - Inne, jakie? .....
  - Nie stosuję żadnych środków
39. Czy wietrzysz pokój przed snem?
- Tak
  - Czasami
  - nie

