

Aleksandra Czerw

MOŻLIWOŚCI KSZTAŁTOWANIA POSTAW ZDROWOTNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY W POLSCE

Celem opracowania jest przedstawienie możliwości kształtowania postaw i zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce oraz ich uwarunkowań.

1. Holistyczne ujęcie zdrowia

Aby zrozumieć istotę zagadnienia postaw zdrowotnych, należy przybliżyć pojęcie samego zdrowia. Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) zdrowie jest to „stan całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego, a nie jedynie brak choroby czy niepełnosprawności”¹. Jest to definicja obiegowa i nadal obowiązująca pomimo jej licznej krytyki.

WHO mówi również, że zdrowie jest uwarunkowane wieloma czynnikami. Są do nich zaliczane przede wszystkim: ekonomia, rozwój społeczny, środowisko, dochód, wsparcie społeczne, praktyki duchowe (wierzenia), polityka, sprawiedliwość. Zdrowie może często i w dowolny sposób ulegać modyfikacjom. Opinie na temat własnego zdrowia poszczególnych jednostek mogą znacznie się różnić, zależą od subiektywnych odczuć.

Każdy człowiek dysponuje „jakąś” wiedzą na temat zdrowia i chorób. Dla każdego „bycie zdrowym” może określać różne stany. Jest to uwarunkowanie m.in. płcią, wiekiem, pozycją społeczną, a szczególnie hierarchią wartości, które wyznaczają cele życiowe.

Osoby zaliczane do „laików” kojarzą zdrowie przede wszystkim z posiadaniem prawidłowo funkcjonujących wszystkich części ciała, a także z nieodczuwaniem żadnych dysfunkcji fizycznych. W następnej kolejności „bycie zdrowym” to dbałość o wypoczynek, prawidłowy sen i zbilansowane odżywianie się. Z kolei osoby na co dzień zajmujące się leczeniem albo też promocją zdrowia rozumieją to zagadnienie jako stan i cel, do którego powinno się dążyć. Zaś samo zdrowie jest wynikiem

¹ Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21.11.1986, WHO/HPR/HEP/95.1.

podjętych prób lub zaniedbań. Wskazana kondycja jednostki to poczucie szczęścia i akceptacja siebie takim, jakim się jest. Właściwości zdrowia są mniej istotne w tym ujęciu. Kryteria zdrowia w związku z tym łączą się z subiektywną oceną pojedynczych osób. Zależności te są bardziej wymierne w chwili, gdy analizuje się odrębnie stan zdrowia psychicznego i fizycznego.

Powszechna wiedza o zdrowiu przedstawia zakres społecznej świadomości zdrowotnej. Indywidualne pojmowanie zdrowia przyjmuje różne formy, od braku choroby, przez łączenie tego stanu z poczuciem zadowolenia, aż do jego identyfikowania z wartościami².

Zgodnie z podejściem holistycznym zdrowie charakteryzuje wielowymiarowość. Odzwierciedla bowiem sieć powiązań różnych aspektów i poziomów skomplikowanego życia. Jest ono traktowane jako możliwości, zasób czy wszechstronna zdolność organizmu do kompleksowego rozwoju i sprostowywania wymaganiom. Jest to proces zabiegania i podtrzymywania równowagi, przez cały czas zakłócanej przez ciągle zmieniające się warunki życia³. W omawianym procesie znaczącą rolę odgrywają zasoby, jakimi dysponuje jednostka. Wskutek braku energii lub umiejętności radzenia sobie z obciążeniem proces ten jest niewydolny i pojawia się choroba.

Warunkiem utrzymania stanu równowagi jest potencjał zdrowotny, na który składają się m.in. fizjologiczny zapas energii, odporność na stres, społeczne wsparcie, zasób materialny przyrody. Miarą tego potencjału są granice ewentualnych odstępstw od równowagi.

Z kolei zasoby to biologiczne wyposażenie człowieka wraz z cechami psychicznymi, właściwościami środowiska, relacjami ze środowiskiem naturalnym i społeczno-kulturowym.

W zależności od idei, pojęcie zdrowia może być rozumiane jako: stan, proces albo skutek. W każdym ujęciu przedstawia cechy pojedynczych osób. Zdrowie można też rozumieć jako wartość. Stanowi ono cel wszelkiej ludzkiej aktywności, którą przeważnie realizuje się pod postacią zachowań zdrowotnych. Można zatem powiedzieć, że czynnikiem, który najbardziej mobilizuje do zmian postaw, jest wartość przyznawana zdrowiu.

W sytuacji zdrowia, jak również choroby, zachowania zdrowotne odzwierciedlają zwyczaje i praktyki rodziców. Do analizy pojmowania zdrowia przez dzieci i młodzież preferuje się pomiar tzw. względnej wartości zdrowia, dokonywany przez zestawienie zdrowia z innymi wartościami. Powszechne badania dowodzą, iż na etapie deklaracji społeczeństwo przypisuje zdrowiu dość wysoką wartość. Te same osoby,

² *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, pr. zb., red. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003, s. 9–10.

³ *Ibidem*, s. 11.

które muszą wybrać pomiędzy zdrowiem a różnymi wartościami, niespodziewanie zmieniają wcześniej ustalony przez nich porządek.

Zdrowie jest cenne samo w sobie. Najczęściej jednak traktowane jest w sposób instrumentalny. Umożliwia bowiem pozyskiwanie innych wartości.

Według literatury przedmiotu do klasycznych determinantów zdrowia jednostki należą: styl życia, warunki środowiskowe, warunki genetyczne oraz korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej. Każdy z tych czynników wpływa na organizm w różnym stopniu. Największe oddziaływanie, bo aż 50–52% przypisuje się stylowi życia. Środowisko, w jakim funkcjonujemy, to 18–20%, nieco mniejszy wpływ mają geny – 15–20%. Natomiast najmniejszy wpływ na zdrowie ma fakt, że korzystamy z opieki zdrowotnej, ocenia się, że przyczynia się on do poprawy zdrowia w 10–15%⁴.

2. Zachowania zdrowotne – zagadnienia teoretyczne

Uznanie zachowań za zasadniczy zespół przyczyn chorób „cywilizacyjnych” było powodem działań w zakresie ochrony zdrowia. Szereg przekształceń zmierza do uczynienia każdego z nas odpowiedzialnym za własne zdrowie. Wdrażanie profilaktyki ma na celu popularyzację i kształtowanie wśród obywateli zdrowego stylu życia oraz zachowań prozdrowotnych.

Powyższe zapoczątkowało naukowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi. Prowadzone przez kilkadziesiąt lat pomiary na ten temat nie wypracowały jednego harmonijnego sposobu pojmowania zachowań zdrowotnych i roli, jakie odgrywają one w życiu człowieka. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że koncentracja na zachowaniach zdrowotnych jest pod wpływem dwóch różnych paradygmatów. Pierwszy z nich – biomedyczny – odnosi się do omawianych postaw jako do ważnego czynnika, który zabezpiecza człowieka przed chorobą. Drugi zaś – holistyczny – jak wcześniej zostało to omówione, traktuje zachowania zdrowotne jako podstawę do rozwoju potencjałów zdrowia.

Istnieje wiele terminów, które odnoszą się do zależności, jakie łączą zachowanie i zdrowie. Zwykle operuje się terminami takimi jak: „zachowania medyczne”, „prozdrowotny styl życia”, „nawyki żywieniowe”, „zachowania prozdrowotne”, „zachowania zagrażające zdrowiu”, „zachowania profilaktyczne” czy „praktyki zdrowotne”⁵.

⁴ *Promocja zdrowia jako zadanie zdrowia publicznego*, Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 2006, s. 46.

⁵ J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne – aspekty historyczno-kulturowe*, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2005, s. 12–13.

Pojęcie „zachowanie zdrowotne” pojawiło się w polskiej literaturze pod koniec lat 70. i rozumiane jest jako „jakiegokolwiek zachowania (nawyki, postawy, zwyczaje, uznawane wartości przez pojedyncze osoby i grupy społeczne) w obszarze zdrowia”⁶.

W ciągu ostatnich dwudziestu lat w rozumieniu zachowań zdrowotnych dokonały się zmiany. Można wyznaczyć trzy metody ujmowania zachowań zdrowotnych. W pierwszej grupie definicji podkreśla się cel działania, w drugiej – związku między zachowaniem a zdrowiem, w trzeciej podkreśla się związek między wiedzą pojedynczej osoby a zachowaniem zdrowotnym.

Rozumienie zachowań zdrowotnych jako celowego działania można określić jako każdą formę aktywności celowej zorientowanej na ochronę lub poprawę zdrowia. W zakres tej działalności wchodzi: profilaktyka, diagnoza oraz terapia.

Druga metoda ujmowania zachowań zdrowotnych skupia uwagę na skutkach podejmowanych decyzji. Szuka się takich zachowań, które wpływają pozytywnie albo negatywnie na zdrowie. Rozróżnienie tych skrajnych zachowań dokonywane jest na podstawie wyników badań epidemiologicznych, które jasno pokazują relacje pomiędzy konkretnymi działaniami a wydolnością organizmu. Najczęściej są to działania takie jak: dieta, konsumpcja używek, aktywność fizyczna.

W trzeciej i ostatniej grupie definicji podkreśla się istotę wzajemnych relacji zachodzących między formą wiadomości, które posiada jednostka na temat zdrowia, a pojęciem zachowania. Można wyróżnić dwa rodzaje takiej wiedzy. Pierwsza z nich odnosi się do subiektywnej opinii podmiotu o oddziaływaniu zachowania na zdrowie. Zdobywa się ją w procesie socjalizacji poprzez przekazy społeczne. Drugi typ wiedzy jest profesjonalny i przede wszystkim obiektywny. Informacje są oparte przeważnie na wynikach badań epidemiologicznych i opracowywane przez profesjonalistów.

Związek pomiędzy zachowaniem a zdrowiem można badać dwoma metodami. Analiza może dotyczyć sposobu wpływu zachowania na organizm lub też wpływu zachowania na pojęcie zdrowia. W związku z tym możliwe są rozmaite zależności zachodzące między rodzajem wiedzy a metodą ujęcia przez nią określonych postaw zdrowotnych. Zależności te mogą przybierać formy:

- subiektywnej wiedzy na temat związków zachodzących między zachowaniem a zdrowiem; decyduje ona, dla jakich zachowań jednostka jest w stanie podjąć wysiłki;
- indywidualnej wiedzy dotyczącej znaczenia zdrowia i jego determinantów; uzasadnia ona decyzje jednostki o zachowaniach chroniących zdrowie;

⁶ Ibidem, s. 13.

- obiektywnej wiedzy, która odnosi się do oddziaływania zachowania na zdrowie, decyduje ona o podejmowanych przez jednostkę zachowaniach zdrowotnych;
- obiektywnych koncepcji zdrowia⁷.

Omawiając definicje zachowań zdrowotnych, trzeba pamiętać o tym, że ich pojmowanie w ciągu ostatnich lat zmieniało się. Na początku koncentrowały się na samej chorobie i na sposobach walki z nią. Następnie zainteresowanie przesunęło się w stronę zachowań sprzyjających utrzymaniu optymalnego funkcjonowania organizmu. Efektem tego było rozwinięcie grup zachowań, które są pożądane w celu rozwoju zdrowotnego.

Wśród zachowań, które dotyczą psychicznego podejścia do zdrowia, należy wyróżnić te, które związane są z umiejętnością radzenia sobie ze stresem, a także ze swoimi emocjami. Oprócz tego ważną rolę odgrywają zachowania wpływające na polepszanie się warunków pracy i te, które są związane ze sposobem wykorzystywania wolnego czasu. Zespół postaw korzystnych w ujęciu społecznym to przede wszystkim zachowania, które wiążą się z doznawaniem wsparcia ze strony innych osób, tworzeniem kręgu przyjaciół, podtrzymywaniem przyjaznych interakcji w otoczeniu pracy i życia.

Duchowy aspekt zdrowia obejmuje trzy rodzaje aktywności religijno-duchowej: praktyki religijne, którym towarzyszą osobiste przeżycia, oficjalne uczestnictwo w życiu religijnym oraz doznania duchowe niezwiązane z religią.

Natomiast do zachowań połączonych z publicznym przejawem zdrowia zalicza się te, które mają na celu poprawę funkcjonowania licznych grup społecznych, instytucji, a także każdą aktywność jednostki pozytywnie wpływającą na środowisko naturalne.

Porządkowanie zachowań zdrowotnych odbywa się w oparciu o różne kryteria. Do podstawowych z nich zaliczyć należy:

- poziom organizacji działalności i ogólnej świadomości – należy odróżniać nawyki od intencjonalnych i celowych czynności zdrowotnych; nawyki to w miarę trwałe wzory zachowań nabyte w procesie socjalizacji; zmiana nawyków w życiu dorosłym zachodzi poprzez mechanizm wpływu społecznego; z kolei intencjonalne czynności wiążą się z świadomą decyzją podmiotu;
- podejście do zdrowia i konsekwencje zdrowotne – wyróżnia się dwie klasy zachowań: prozdrowotne, które sprzyjają umacnianiu zdrowia, i antyzdrowotne, czyli takie, które mają niekorzystne skutki dla zdrowia jednostki;
- aktualna sytuacja zdrowotna – wyodrębnia się zachowania w stanie zdrowia i w stanie choroby; utrzymanie prawidłowej sytuacji wiąże się z działaniami

⁷ Ibidem, s. 15.

profilaktycznymi i promocyjnymi; choroba łączy się z działaniami ukierunkowanymi na przywrócenie równowagi;

- postawy zdrowotne, które wynikają z roli, jaką pełni się w społeczeństwie – są to np. zachowania przyjmowania roli rodzicielskiej czy zawodowej (lekarz, pielęgniarka);
- treść zachowania – na podstawie tego kryterium można wyróżnić zachowania, które odnoszą się np. do diety lub też do aktywności fizycznej⁸.

Ogół zagadnień dotyczących zachowań zdrowotnych nierozdzielnie łączy się z pojęciem zdrowia. Poszukiwania naukowe w zakresie nauk medycznych zmierzają głównie do umiejętności opisanie związków między określonymi działaniami a charakterystycznymi schorzeniami. Bada się związki pomiędzy codzienną praktyką zdrowotną a ryzykiem zachorowania. Do danych tego typu należy odnosić się w sposób ostrożny, ponieważ ogólna kondycja człowieka warunkowana jest wieloma czynnikami, a zachowania są jednym z nich.

Uzyskane w ostatnich kilkudziesięciu latach informacje dowodzą, że istnieje zależność pomiędzy grupami zachowania takimi jak: sposób odżywiania, spożycie alkoholu, aktywność fizyczna i palenie tytoniu a uaktywnieniem się tzw. chorób cywilizacyjnych.

3. Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce

Zdrowie jest właściwością istot żywych, pochodną tego stanu. Etap dojrzewania jest najbardziej sprzyjającym momentem dla prawidłowego rozwoju fizycznego młodych ludzi. Dla zdrowia umysłowego nie jest to sprzyjający okres. Ocena samego siebie pod względem zdrowotnym w polskim społeczeństwie jest bardziej negatywna w porównaniu z innymi narodami. Wraz z upływem lat liczba nastolatków zadowolonych ze swojego życia zmniejsza się. Uważa się, że w Polsce dzieci rodzą się zdrowe i są takie aż do wieku przedszkolnego. Ogólna niesprawność i choroby pojawiają się w chwili rozpoczynania nauki w szkole. Wiąże się to np. z ubytkami sprawności oraz wadami postawy⁹.

Większość zaburzeń u młodzieży ma podłoże behawioralne, czyli związane jest z zachowaniami. W tym okresie utrwalają się zachowania prozdrowotne, ale jednocześnie pojawiają się zachowania ryzykowne dla zdrowia. Monitorowanie tych zmian

⁸ Ibidem, s. 17.

⁹ R. Gil, A. Dziedziczko, *Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby*, „Zdrowie Publiczne” nr 114 (2), 2004, s. 250–255.

stanowi podstawę dla prognozowania schorzeń ludzi młodych, a także dla organizowania programów profilaktycznych czy promocyjnych.

Na bazie wyników międzynarodowych badań HBSC (Health Behaviour in School – Aged Children: A WHO Cross – National Study), wykonanych w 2002 roku przy współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, widoczne są dane statystyczne przedstawiające zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce¹⁰. Jako narzędzie badawcze służył międzynarodowy, standardowy kwestionariusz, który dotyczył: aktywności fizycznej, zajęć w czasie wolnym związanych z pozycją siedzącą, żywienia, częstości czyszczenia zębów, używania substancji psychoaktywnych, kontaktów z przemocą, ryzykownych zachowań seksualnych, zakładania kasków w czasie jazdy na rowerze.

Badania obejmują grupy uczniów w wieku: 11 lat (zapoczątkowanie dojrzewania płciowego – uczniowie klasy V szkół podstawowych), 13 lat (okres intensywnych przemian fizycznych i emocjonalnych – uczniowie klasy I gimnazjum), 15 lat (wiek podejmowania istotnych decyzji związanych z wyborem drogi życiowej i zawodowej – uczniowie klasy III gimnazjum). Pytania obowiązkowe dotyczyły zasadniczych czynników: społecznych, demograficznych, indywidualnych. Łączna liczba badanych wynosiła 6383 osoby, w tym 3204 chłopców i 3179 dziewcząt.

Na podstawie udzielonych przez uczniów odpowiedzi wyliczony został tzw. wskaźnik UIAF (umiarkowana – do – intensywna aktywność fizyczna). Jest to średnia liczba dni w tygodniu, w której uczeń przeznaczał przynajmniej 60 minut dziennie na aktywność fizyczną.

Odsetek uczniów o dostatecznym poziomie aktywności fizycznej był znacząco statystycznie większy wśród chłopców (41,1%) niż wśród dziewcząt (29,4%). U obu płci widocznie zmniejszał się z wiekiem. Zmniejszanie się tego wskaźnika było szczególnie widoczne wśród dziewcząt. Co piąty nastolatek miał bardzo niski wskaźnik UIAF.

Zbadano również czas poświęcony przez młodzież na zajęcia w pozycji siedzącej w czasie wolnym. Niemal połowa uczniów w dniach uczęszczania do szkoły zazwyczaj poświęca na odrabianie lekcji około godziny dziennie, mniej albo wcale. W omawianej grupie większość stanowili chłopcy (56,7%). Im starsi byli chłopcy, tym bardziej nieznacznie zwiększał się odsetek badanych odrabiających tak krótko lekcje. Natomiast wśród dziewcząt odsetek ten zmniejszał się (z 41,2% wśród jedenastolatek do 28,7% wśród piętnastolatek). Co dziesiąty badany poświęcał na tę czynność cztery godziny dziennie lub więcej. Większa ilość czasu poświęcanego na tego

¹⁰ B. Wojnarowska, J. Mazur, *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce: wyniki badań HBSC 2002*, „Zdrowie Publiczne” nr 114 (2), 2004, s. 159–167.

typu zachowania była widoczna wśród dziewcząt, im były one starsze, tym bardziej odsetek ten się zwiększał.

W dniach uczęszczania do szkoły niemal co trzeci nastolatek przeznaczał wolny czas na oglądanie telewizji cztery godziny dziennie i więcej. W tym chłopcy częściej oglądali telewizję tak długo.

Wyraźne różnice zależne od płci stwierdzono w przypadku korzystania z komputera w wolnym czasie. 35,7% nastolatków wcale nie korzystało z komputera, 31,7% korzystało z niego dwie godziny dziennie albo dłużej.

Analizując zachowania związane z żywieniem, wzięto pod uwagę przede wszystkim częstość spożywania śniadania, obiadu oraz kolacji w dniach, w których badani uczęszczali do szkoły. Z badań jasno wynika, że pierwsze śniadanie spożywało codziennie jedynie 69% uczniów; 13,9% młodzieży wcale nie zjadało śniadań, przychodząc do szkoły na czczo. Chłopcy częściej spożywali codziennie śniadanie niż dziewczęta. Odsetek spożywających codziennie śniadanie zmniejszał się w starszych klasach. Najczęściej spożywanym posiłkiem przez młodzież w ciągu dnia był obiad. Zjadało go 80% uczniów. Spożywanie codziennie kolacji częstsze było wśród chłopców – 79,9% niż wśród dziewcząt – 65,2%. 46,1% młodzieży spożywała codziennie owoce (przynajmniej raz dziennie), a warzywa 36,3%. Tego typu produkty częściej były spożywane przez dziewczęta oraz przez młodzież młodszą niż starszą. Produkty, które nie sprzyjają zdrowiu, takie jak słodycze, w tym cukierki albo czekolada, spożywało codziennie 36,4% nastolatków. Odsetek ten wśród chłopców i dziewcząt nie zmieniał się z czasem. Napoje gazowane każdego dnia spożywało 25,4% uczniów.

Badając zachowania żywieniowe, pytano również młodzież o stosowanie diet odchudzających. W całej grupie 8,9% chłopców i 19,8% dziewcząt potwierdziło stosowanie diet lub inną działalność, której celem było schudnięcie. Warto podkreślić fakt, że odpowiednio 14,7% i 26,8% nastolatków uważało, że powinni w mniejszym lub większym stopniu schudnąć. Z wiekiem potrzeba chudnięcia zwiększa się wśród dziewcząt. Pośród chłopców zjawisko to jest odwrotne. Z wiekiem zwiększa się odsetek chłopców, którzy uważają, że powinni przytyć.

Zachowania zdrowotne młodzieży obejmują również higienę osobistą, np. higienę jamy ustnej. Częściej niż raz dziennie czyściło zęby tylko 52,4% chłopców i 75% dziewcząt. Wśród starszych uczniów sytuacja była podobna.

W ankiecie uwzględniono również pytania, które dotyczyły palenia tytoniu oraz picia napojów alkoholowych. Pytania dotyczące innych substancji psychoaktywnych zadano tylko piętnastolatkom.

W badanej grupie tytoń paliło 20,2% chłopców i 14,5% dziewcząt z różną częstotliwością. Jednak codziennie paliło odpowiednio 7,7% i 5,4%. Odsetek uczniów starszych palących tytoń był większy. Trzykrotny przyrost odsetka niepełnoletnich

palaczy ma miejsce pomiędzy trzynastym a piętnastym rokiem życia. Piętnastoletnich palaczy wśród badanych było 34% (w tym 21,4% paliło codziennie). Natomiast piętnastoletnich dziewcząt, które paliły, było 26,1% (w tym 14,5% paliło codziennie). Eksperymentowanie z papierosami przoduje w ryzykownych zachowaniach wśród młodzieży.

Jak wynika z danych, piwo jest najczęściej wypijanym alkoholem przez nastolatków. W każdym tygodniu, w tym codziennie, piło go 9,2% chłopców oraz 3,7% dziewcząt. Z wiekiem odsetek ten zwiększał się. Wśród najstarszych badanych uczniów wynosił on odpowiednio 17,6% i 6,7%. Bycie w stanie upojenia alkoholowego co najmniej raz w życiu potwierdziło 33,8% chłopców i 23,8% dziewcząt. Cztery razy i więcej upiło się 6,8% chłopców i 4,2% dziewcząt. Średni wiek spróbowania alkoholu wynosił wśród chłopców 11,9 lat i wśród dziewcząt 12,8 lat.

Wśród używek psychoaktywnych najczęściej zażywanych substancjami były marihuana albo haszysz. W ciągu ostatniego roku użył ich co najmniej raz co piąty chłopiec i co dziesiąta dziewczynka. 4% badanych zażywało amfetaminę; 3,6% – środki wziewne; 3,3% – leki w celu odurzenia się; 1,6% – ecstasy, 0,8% – polską heroinę (kompot). Wszystkie wymienione substancje chłopcy zażywali częściej niż dziewczęta. Dziewczęta częściej przyjmowały tylko leki.

Wśród innych zachowań zdrowotnych w ankiecie pojawiły się pytania dotyczące kontaktu z przemocą, ryzykownych zachowań seksualnych, nieużywania kasków w czasie jazdy na rowerze.

Według danych z badań w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy co najmniej raz w bójkach uczestniczyło 38,9% ogółu młodzieży. Do takich sytuacji częściej dochodziło w przypadku chłopców niż wśród dziewcząt. Jednak z wiekiem odsetek chłopców, którzy brali udział w bójkach, zmniejsza się. Z kolei wśród dziewcząt odsetek ten utrzymywał się na podobnym poziomie.

Częstość uczestnictwa w dręczeniu innych uczniów więcej niż raz zgłosiło więcej niż 1/3 badanych – 45,7% chłopców i 28,3% dziewcząt. Z wiekiem odsetek ten zwiększał się systematycznie zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt.

Piętnastolatki miały w ankiecie pytania dotyczące ryzykownych zachowań seksualnych. Wśród tej grupy młodzieży 20,9% chłopców i 9,2% dziewcząt odbyło już stosunek płciowy. Średni wiek inicjacji seksualnej wynosił 14,7 lat wśród dziewcząt i 14,1 lat wśród chłopców. 27% młodzieży aktywnej seksualnie w czasie ostatniego stosunku płciowego nie stosowało żadnej metody antykoncepcyjnej.

Nieużywanie kasków w czasie jazdy na rowerze zgłosiło 86,7% uczniów. Z czasem coraz mniej osób używało kasków, zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt.

Reasumując wyniki badań, można zauważyć, że chłopcy w porównaniu z dziewczętami są bardziej aktywni fizycznie, poświęcają mniej czasu na odrabianie lekcji,

ale więcej na korzystanie z komputera i oglądanie telewizji. Częściej jedzą pierwsze śniadanie i kolację, a także częściej wypijają różnorodne napoje gazowane. Rzadziej spożywają owoce i warzywa oraz stosują diety odchudzające. Większość analizowanych ryzykownych zachowań zdrowotnych częściej podejmują chłopcy.

Z wiekiem zwiększa się odsetek nastolatków, których zachowania mogą zagrażać zdrowiu.

* * *

Wraz z rozwojem gospodarczym Polski liczba ciekawych pomysłów kształtowania i utrwalania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży rośnie. Należy pamiętać, iż nowe perspektywy powinny prowadzić nie tylko do zwiększania się zjawiska konsumpcji, ale również do wzrostu poczucia odpowiedzialności jednostki za własne zdrowie. Aktywizacja do tego typu działań powinna obejmować organizacje *non-profit* oraz organizacje komercyjne, dla których „dobro” klienta nie powinno ograniczać się do samej transakcji.

Possibilities of shaping attitudes of Polish children and teenagers towards health

Lifestyle, environment, genetics and usage of health care are the classical health determinants. Each of these factors influences personal health to certain degree. Lifestyle has the biggest impact (50–52%), followed by environment (18–20%), genes (15–20%) and finally usage of health care (10–15%).

Acknowledgement of negative health behaviours as key reason for diseases of modern civilization formed the basis for many preventive actions. Implementation of preventive health programs is aimed at shaping healthy lifestyle and healthy behaviours in society.

The objective of this article is to present links between social marketing and possibilities to influence healthy behaviours of kids and youth. Necessity for holistic approach to health and examples of healthy behaviours of kids and young people in Poland are discussed.

Les possibilités de développer les comportements de santé des enfants et des jeunes en Pologne

Les déterminants classiques de la santé comprennent le mode de vie, les conditions environnementales et génétiques ainsi que l'utilisation des services de santé. Chacun de ces facteurs influe sur l'état de l'organisme à des degrés divers. Le mode de vie est responsable à 50–52%, l'impact de l'environnement dans lequel nous vivons est estimé à 18–20% et les gènes affectent l'état de santé jusqu'à 15–20%. L'utilisation des services de santé contribue à améliorer la santé de 10–15%. Dans le cas d'un grand nombre d'actions préventives les comportements néfastes pour la santé sont considérés comme les principales causes des maladies de civilisation. La mise en oeuvre de la prévention vise à promouvoir et développer auprès des citoyens un mode de vie sain et des comportements appropriés en matière de santé. L'objectif de cet article est de montrer la relation entre le marketing social et la possibilité de façonner les attitudes en matière de santé sur l'exemple des enfants et des jeunes. L'étude présente la nécessité d'une approche holistique envers la santé.