

**Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Katedra Medycyny Społecznej
Zakład Higieny**

Paulina Wojtyła-Buciora

**Badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży
licealnej i ich rodziców w celu poznania możliwości
optymalizacji programów edukacyjnych i działań z
zakresu promocji zdrowia**

Rozprawa doktorska

Promotor: prof. UM dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski

Poznań 2011

Spis treści

I. WPROWADZENIE	5
1. Wstęp	5
2. Wpływ zachowań zdrowotnych na styl życia i stan zdrowia ludności.....	6
3. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna	31
4. Polityka zdrowotna	33
5. Program „Trzymaj Formę”	35
II. ZAŁOŻENIA I CELE PRACY	37
1. Założenia pracy	37
2. Cele pracy	38
III. MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ	39
1. Etap pierwszy: Konstrukcja kwestionariusza ankiety i badania pilotażowe	39
2. Etap drugi: Badania właściwe.....	39
3. Etap trzeci: Opracowanie statystyczne	41
4. Charakterystyka badanych	42
IV. WYNIKI BADAŃ	48
1. Zachowania zdrowotne uczniów szkół licealnych.....	48
2. Analiza zależności w zachowaniach zdrowotnych uczniów szkół licealnych.....	80
3. Analiza zachowań zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania uczniów szkół licealnych.....	90
4. Analiza zachowań zdrowotnych w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” uczniów szkół licealnych.....	102
5. Zachowania zdrowotne uczniów szkół licealnych w opinii ich rodziców.....	108
6. Analiza zależności zachowań zdrowotnych uczniów szkół licealnych w opinii ich rodziców.....	126
7. Porównanie odpowiedzi uczniów szkół licealnych i ich rodziców	137
V. PODSUMOWANIE.....	151
VI. DYSKUSJA.....	155
VII. WNIOSKI.....	176
VIII. STRESZCZENIE.....	178
VIII. SUMMARY	180
IX. PIŚMIENNICTWO	183
X. ANEKS	207
1. Tabele statystyczne	207
2. Spis rycin	229
3. Spis tabel.....	235
4. Wzór kwestionariusza ankiety	244

Wykaz skrótów

AAP	American Academy of Pediatrics / <i>Amerykańska Akademia Pediatrii</i> /
ACSM	American College of Sports Medicine / <i>Amerykańskie Kolegium Medycyny Sportowej</i> /
AHA	American Heart Association / <i>Amerykańskie Stowarzyszenie ds. Serca</i> /
AMA	American Medical Association / <i>Amerykańskie Towarzystwo Medyczne</i> /
BASS	Body Areas Satisfaction Scale / <i>Skala akceptacji poszczególnych części ciała</i> /
BMI	Body Mass Index / <i>Wskaźnik Masy Ciała</i> /
ESPAD	European School Project on Alcohol and Drugs / <i>Europejski Szkolny Projekt na temat Alkoholu i Narkotyków</i> /
ETS	Environmental Tobacco Smoke / <i>Dym Tytoniowy w Środowisku</i> /
FAO	Food and Agriculture Organization / <i>Organizacja ds. Wyżywienia i Rolnictwa</i> /
FAS	Fetal Alcohol Syndrome / <i>Płodowy Zespół Alkoholowy</i> /
GATS	Global Adult Tobacco Survey / <i>Globalny Sondaż Dotyczący Używania Tytoniu przez Osoby Dorosłe</i> /
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GTSS	Global Tobacco Surveillance System / <i>Globalny System Nadzoru nad Wyrobami Tytoniowymi</i> /
GUS	Główny Urząd Statystyczny
GYTS	Global Youth Tobacco Survey / <i>Globalne Badania Dotyczące Używania Tytoniu przez Młodzież</i> /
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children / <i>Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej</i> /
IARC	International Agency for Research on Cancer / <i>Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem</i> /
IOTF	International Obesity Task Force / <i>Międzynarodowa Organizacja Zwalczania Nadwagi i Otyłości</i> /
IŻŻ	Instytut Żywności i Żywienia
MVPA	Moderate to Vigorous Physical Activity / <i>Aktywność fizyczna od umiarkowanej do intensywnej</i> /

MZ	Ministerstwo Zdrowia/Minister Zdrowia
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PFPŻ	Polska Federacja Producentów Żywności
PZH	Państwowy Zakład Higieny; obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP – PZH)
WHO	World Health Organization / <i>Światowa Organizacja Zdrowia</i> /
YRBS	Youth Risk Behaviour Survey / <i>Badania nad Zachowaniami Ryzykownymi Młodzieży</i> /

I. WPROWADZENIE

1. Wstęp

Zachowania zdrowotne są jednym z najważniejszych czynników determinujących zdrowie człowieka. Podlegają one rozwojowi i krystalizacji szczególnie w okresie dojrzewania a następnie są one przenoszone na okres wczesnodorosły i dorosły [1]. Do ryzykownych zachowań zdrowotnych należą m.in. niska aktywność fizyczna, nieprawidłowe odżywianie, palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych oraz ryzykowne zachowania seksualne. Zachowania antyzdrowotne są jedną z głównych przyczyn chorób społecznych oraz chorób cywilizacyjnych. Należą do nich m.in. otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa.

Za działania mające na celu umocnienie zdrowia całego społeczeństwa odpowiadają instytucje zobligowane do zajmowania się zdrowiem publicznym, a to w nawiązaniu do definicji przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO - *World Health Organization*): „zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia przez zorganizowany wysiłek społeczeństwa” [2]. Definicja ta nakierowana jest na promowanie prozdrowotnych zachowań, określanych mianem prozdrowotnego stylu życia. Styl życia jest jednostkowym typem zachowań, wybranym z własnej woli. Na jego kształtowanie wpływa środowisko, w którym ludzie żyją, a więc czynniki ekonomiczne, socjalne, fizyczne i psychiczne. Uwarunkowania zdrowia odnoszą się więc do miejsca zamieszkania, wykonywanej pracy, sytuacji materialnej. Istotą działań podejmowanych na rzecz poprawy zdrowia publicznego jest zatem zapewnienie odpowiednich warunków, w których ludzie egzystują, uczą się, pracują bądź odpoczywają.

Działania na rzecz zdrowia publicznego poprzez współdziałanie samorządów lokalnych, władz administracyjnych i instytucji pozarządowych, winny mieć charakter interdyscyplinarny, łączący różne sektory społeczno-gospodarcze, wzajemnie się uzupełniające. Resorty te powinny promować prozdrowotny styl życia, zapobiegać zachorowaniom, zgonom, niepełnosprawności, ponosząc jednocześnie konsekwencje

podejmowanych decyzji wywołujących skutki negatywne dotyczące określonego obszaru działalności. Należy wobec tego monitorować stan zdrowia ludności, określać zagrożenia oraz ich przyczyny, dokonywać porównań i analiz na płaszczyznach międzynarodowych poprzez zdefiniowanie głównych założeń polityki zdrowotnej [3,4]. Aktualnie w Polsce założenia te określa Narodowy Program Zdrowia (NPZ) opracowany na lata 2007-2015 [5].

2. Wpływ zachowań zdrowotnych na styl życia i stan zdrowia ludności

Stan zdrowia jest jednym z podstawowych elementów kształtujących naszą przyszłość jako społeczeństwa. Na początku XX wieku obserwowano m.in. w Polsce niepokojące zjawisko przedwczesnej umieralności wśród dorosłych w młodym i średnim wieku, przeciętne trwanie życia dla obu płci wynosiło wówczas 40 lat. Po opanowaniu wielu chorób zakaźnych w skali globalnej stopniowo odnotowywano wzrost średniej długości życia ludzi we wszystkich krajach świata. Obserwowane zmiany były wynikiem poprawy w zakresie odżywiania, rozwoju inżynierii sanitarnej, budowy wodociągów, kanalizacji i oczyszczalni ścieków oraz warunków mieszkaniowych. Kluczowe było tu również poznanie dróg szerzenia się chorób zakaźnych i wprowadzenie do leczenia szczepionek i leków (w tym antybiotyków) zapewniających skuteczne ich leczenie [4]. Dlatego, przykładowo w roku 2000, wiek przeciętnego trwania życia był już wydłużony do 69 lat. Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w roku 2009 w Polsce, mężczyźni żyli przeciętnie 71,5 lat, natomiast kobiety 80,1 lat. W odniesieniu do danych z początku lat 90-tych ubiegłego wieku, mężczyźni żyją dłużej o ponad 5 lat, zaś kobiety o prawie 5 lat. Pomimo korzystnych zmian w wydłużaniu się przeciętnego trwania życia, Polska nadal odstaje od krajów Europy Zachodniej i niektórych krajów skandynawskich. Różnica ta w przypadku mężczyzn i kobiet wynosi odpowiednio 8 i 4-5 lat [6].

W krajach rozwiniętych jak i rozwijających się, na przełomie lat 50 i 60 poprzedniego stulecia, miejsce chorób zakaźnych zajęły choroby cywilizacyjne, inaczej „zachowanzależne”, niewątpliwie związane z nowymi zagrożeniami środowiskowymi, uwarunkowaniami ekonomicznymi oraz genetycznymi.

Czynniki te mają wpływ na zachowania indywidualne jak i zbiorowe oraz warunki, w których żyją poszczególne społeczności, uczące się czy też pracujące.

Zachowania zdrowotne to wszelkie działania, a więc nawyki, postawy, zwyczaje jednostek oraz całych grup społecznych, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Wybrane zachowania populacji mogą sprzyjać zdrowiu (zachowania prozdrowotne np. racjonalne odżywianie, aktywność ruchowa, utrzymywanie czystości ciała i otoczenia, poddawanie się badaniom profilaktycznym) bądź też mu zagrażać (zachowania antyzdrowotne np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, postępowania sprzyjające urazom i wypadkom), stanowiąc czynniki ryzyka chorobowego [1,7,8].

Do głównych przyczyn zgonów w Polsce należą choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, urazy i zatrucia. W zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwuje się istotną poprawę, obecnie stanowią one przyczynę ponad 46% wszystkich zgonów (w 2000 r. - prawie 48%, a na początku lat 90-tych XX w. - ponad 52%). Wśród kobiet umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest zdecydowanie wyższa, obecnie ich udział w ogólnej liczbie zgonów wynosi prawie 52%, a wśród mężczyzn niespełna 41%. Choroby układu krążenia są następstwem: niskiej aktywności fizycznej, nadciśnienia tętniczego, wysokiego stężenia cholesterolu w surowicy krwi, otyłości, cukrzycy i miażdżycy, długotrwałego stresu przekraczającego dopuszczalne granice tolerancji oraz predyspozycji genetycznych.

Niekorzystnym zjawiskiem jest bardzo szybki wzrost liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi, który w 2009 r. wynosił 24% ogółu zgonów, jednocześnie odnotowuje się wzrost liczby nowych zachorowań. W 2000 r. nowotwory stanowiły 23% zgonów, a w 1990 r. niecałe 19%. W wyniku nowotworów nieznacznie częściej umierają mężczyźni niż kobiety stanowiąc odpowiednio 26% i 23% zgonów. Według danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC - *International Agency for Research on Cancer*), najczęściej występującym nowotworem u obu płci w Europie, Azji bądź Ameryce Południowej jest rak żołądka, płuc i okrężnicy. U mężczyzn przede wszystkim występuje rak płuc i oskrzeli, wzrasta również zachorowalność na raka prostaty, jelita oraz pęcherza moczowego. Wśród kobiet najczęstszym nowotworem jest rak sutka, jednak zapadalność ta należy do najniższych w Europie, niepokojący jest za to wzrost zachorowań na raka szyjki macicy. Istotną współprzyczyną ich występowania jest:

palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, niska aktywność fizyczna czy też nieodpowiednio zbilansowana dieta.

Urazy i zatrucia występujące w Polsce stanowią około 6% wszystkich zgonów (w 1990 r. ich udział wynosił 7,6% ogółu zgonów, a w 2000 r. obniżył się do 7%). W tym przypadku występuje bardzo duże zróżnicowanie umieralności według płci, wśród mężczyzn urazy i zatrucia stanowią prawie 9% przyczyn, a wśród kobiet tylko około 3% [4,9].

Najczęstszą przyczyną zgonów przed 65 rokiem życia jest niewłaściwy styl życia. Chcąc rozbudować powyższe zagadnienie należałoby zdefiniować, czym jest styl życia i jak wpływa na jednostkę.

Styl życia - w odniesieniu do pojedynczych osób - dotyczy indywidualnego, wybranego z własnej woli sposobu bycia [10,11,12]. Jest on kształtowany poprzez nabyte wzory zachowań, które zostały przekazane w domu rodzinnym, w szkole, w kontakcie z rodzicami, rodzeństwem, nauczycielami bądź też rówieśnikami. Zachowania danych grup społecznych mogą wpływać na zmianę wybranych wzorów zachowań w wyniku zdobywania nowych doświadczeń. Zmiany te mogą być korzystne bądź też szkodliwe dla zdrowia. Wynika z tego, że własna troska o zdrowie, która wpisuje się w jednostkowy system wartości, może doprowadzić do wyboru określonego stylu życia [13]. Należy również zauważyć, że styl życia jest w znacznym stopniu kształtowany przez czynniki socjoekonomiczne, w jakich ludzie egzystują. Dlatego też polityka zdrowia publicznego przy zaangażowaniu innych, poza resortem zdrowia sektorów, jak edukacji i finansów, powinna stwarzać możliwość wyborów, które zgodnie z Ottawską Kartą Promocji Zdrowia będą sprzyjały zdrowiu ludności [4,14]. Istotne miejsce zajmuje tutaj edukacja zdrowotna, której celem jest hamowanie zachowań negatywnych (w odniesieniu do zdrowia) poprzez pobudzanie zachowań pozytywnych. To właśnie wykształcenie stanowi istotny czynnik wpływający na zachowania zdrowotne, gdyż prowadzi do wzrostu świadomości, umiejętności i zdolności w umacnianiu postaw ważnych dla przyszłego, zdrowego życia. Zwłaszcza edukacja skierowana do najmłodszych przyczynia się do polepszania stanu zdrowia dorosłej części populacji. Wśród młodzieży szkolnej obserwuje się liczne, niekorzystne zachowania zdrowotne, które mogą wpłynąć w późniejszym czasie na zmniejszenie ich średniej długości życia nawet o 6-7 lat [6]. Do nieprawidłowych zachowań zdrowotnych nastolatków należy zaliczyć: niską aktywność fizyczną, nieprawidłowe odżywianie, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych substancji

psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne bądź też nieprzestrzeganie zasad higieny osobistej. Należy zauważyć, że zaobserwowanie wśród młodzieży chociażby jednego z ryzykownych zachowań zdrowotnych, niesie ze sobą prawdopodobieństwo wystąpienia innych negatywnych zachowań.

Prawidłowy sposób żywienia jest jednym z najważniejszych czynników środowiskowych wpływających na rozwój człowieka i utrzymanie przez niego dobrego stanu zdrowia [15]. Polega na systematycznym dostarczaniu organizmowi niezbędnych składników pokarmowych i energii. Długotrwały brak równowagi energetycznej między ilością energii wprowadzonej do organizmu w postaci spożywanych pokarmów a ilością energii wykorzystywanej przez organizm na podstawowe czynności związane z codziennym funkcjonowaniem prowadzi: przy nadmiarze dostarczanej energii - do rozwoju nadwagi i otyłości [16], a przy długotrwałych niedoborach - do niedożywienia.

Otyłość stanowi poważny problem zdrowotny w wielu krajach rozwiniętych gospodarczo, dlatego też przez WHO została zaliczona do współczesnych globalnych epidemii. Z danych epidemiologicznych wynika, że w roku 2015 na świecie będzie 2,3 mld osób z nadwagą i otyłością, a 704 mln osób otyłych. Wiąże się z tym zjawisko zahamowania trendu przeciętnego trwania życia [17]. Problem ten dotyczy przede wszystkim dorosłych, jednak na przełomie ostatnich dziesięcioleci obserwuje się gwałtowny wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. Ze statystyk można zarówno wnioskować, że większość otyłych osób dorosłych miała nadwagę lub była otyła już we wczesnej młodości. Z raportu Międzynarodowej Organizacji Zwalczenia Nadwagi i Otyłości (IOTF - *International Obesity Task Force*) na lata 2007-2011 wynika, że co piąte dziecko w Europie ma problem z utrzymaniem prawidłowej masy ciała. W Polsce około 20% dorosłych, a w grupie dzieci i młodzieży około 10% populacji, ma problemy zdrowotne z powodu otyłości. Dlatego też ważna jest analiza stanu odżywiania i częstości występowania tych nieprawidłowości w okresie dojrzewania tak, aby utrzymać dobrą kondycję zdrowotną w życiu dorosłym [18,19].

W Polsce w ostatnich latach obserwuje się niezadowolającą pod wieloma względami sytuację w zakresie żywienia dzieci i młodzieży. Diety młodego pokolenia są często nieprawidłowo zbilansowane poprzez nadmierne spożywanie wysokokalorycznych składników pokarmowych, przekraczających dzienny wydatek energetyczny. Charakteryzują się tym samym niską zawartością odpowiednich dla organizmu składników doborowych w stosunku do ich zapotrzebowania.

Nieprawidłowy sposób odżywiania we wczesnej młodości może doprowadzić do wielu przewlekłych chorób metaboliczno-cywilizacyjnych. Nadmierne spożywanie tłuszczów zwierzęcych poprzez dorastającą młodzież zwiększa ryzyko zachorowania na choroby sercowo-naczyniowe [20], w tym niedokrwienną chorobę serca, choroby przewodu pokarmowego oraz kamice żółciową. Ponadto takie zaburzenia, jak: hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia gospodarki węglowodanowej objawiają się zwłaszcza u osób z otyłością brzuszną, u których rozpoznaje się często tzw. zespół polimetaboliczny, prowadzący ostatecznie do rozwoju cukrzycy typu 2. Osoby, które posiadają wskaźnik masy ciała (BMI - *Body Mass Index*) większy niż 35 kg/m², wykazują 20-krotnie zwiększone ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 niż osoby o prawidłowym BMI [21,22]. Ryzyko powstania zespołu metabolicznego jest wyższe o 50% zarówno u dzieci jak i młodzieży otyłej, w porównaniu z ich rówieśnikami, posiadającymi prawidłową masę ciała [23]. Zauważa się również, że otyłość dziewcząt w wieku 9-10 lat predysponuje do występowania zespołu metabolicznego już w wieku 18 lat [24].

Otyłość zwiększa ryzyko zachorowania na wiele nowotworów, w tym tak powszechnie występujących, jak nowotwór: sutka u kobiet w wieku postmenopauzalnym [25], prostaty u mężczyzn [26], endometrium, nerek, przełyku, okrężnicy [27]. Z piśmiennictwa wynika [16], że większa skłonność do nowotworów występuje u osób otyłych, które w dzieciństwie dostarczały organizmowi wraz z pożywieniem nadmierną ilość energii. Sprzyja to rozwojowi dużych narządów, z dużą liczbą komórek, co zwiększa ryzyko ich patologicznych podziałów i doprowadza do rozwoju nowotworów.

W przypadku osób, u których spożycie energii jest mniejsze od zapotrzebowania, może wystąpić niedobór masy ciała. Badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) w ramach projektu Organizacji ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO - *Food and Agriculture Organization*) wskazują, że u 12% chłopców i około 14% dziewcząt występuje niedobór masy ciała i związane z tym ryzyko niedożywienia [28]. Niedobór masy ciała wiąże się z niedożywieniem energetyczno-białkowym oraz witaminowo-mineralnym, może to zaburzać procesy wzrostu w okresie dojrzewania, w późniejszych latach życia prowadzić do zaburzeń płodności, a nawet do wyniszczenia organizmu [29]. Żywnienie niedoborowe pod względem ilościowym i jakościowym wywołuje negatywne konsekwencje zdrowotne. Przyczynia się do upośledzenia funkcjonowania układu immunologicznego, zmniejszenia

sprawności i wydolności układu krążeniowo-oddechowego oraz zaburzenia prawidłowego rozwoju tkanki kostnej. Powoduje rozdrażnienie, obniżenie zdolności koncentracji, czego rezultatem są gorsze wyniki w nauce, osiągnane przez młodzież. Niedożywienie w wybrane składniki odżywcze może wystąpić również u osób z nadmierną masą ciała. Posiłki tych osób, pomimo wysokiej gęstości energetycznej, są ubogie w inne, niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu składniki pokarmowe. Racjonalny sposób żywienia rozpoczęty dopiero w późniejszym okresie życia, nie jest w stanie znormalizować utraconych wcześniej składników odżywczych niezbędnych do sprawnego funkcjonowania organizmu oraz prawidłowego rozwoju fizycznego i umysłowego młodzieży [30].

W przypadku młodzieży, w procesach regulacji masy ciała ważną rolę odgrywa częstość spożywanych pokarmów w ciągu dnia, zwłaszcza pierwszego śniadania [31]. Pierwsze śniadanie powinno stanowić 25-30% dziennej racji pokarmowej, drugie śniadanie 5-10%, obiad 30-35%, podwieczerek 5-10% i kolacja 20-25 [30]. Regularne, 5-krotne spożywanie posiłków przez młodzież w ciągu dnia powoduje, że organizm, który przyzwyczaja się do stałego dostarczania optymalnej dawki energii i składników pokarmowych, potrafi nimi odpowiednio gospodarować. Dopuszczalne przerwy między posiłkami nie powinny przekraczać 3-4 godzin. Organizm wówczas nie musi nastawiać się na dłuższe przerwy, w oczekiwaniu na pełnowartościowe pokarmy, przez co nie gromadzi nadmiernych zapasów. Prawidłowy rozkład posiłków w ciągu doby ma korzystny wpływ na metabolizm węglowodanów, zwłaszcza poziom glukozy we krwi i lipidów, masę ciała oraz zawartość tkanki tłuszczowej. Nieregularność posiłków może spowodować niedobór określonych składników odżywczych, a także zmniejszenie wydatku energetycznego organizmu. Osoby spożywające posiłki nieregularnie mają mniejszą termogenezę, narażone są na dodatni bilans energetyczny, co z kolei prowadzi do wzrostu masy ciała [28].

Dorastająca młodzież łatwo ulega nieprawidłowym wzorcom i modom żywieniowym, nie stosując się do zasad racjonalnego odżywiania się. Jest to ściśle związane z trendami „obowiązującymi” w danej grupie rówieśniczej, co w rezultacie prowadzi do braku satysfakcji ze swojego wyglądu oraz nieumiejętnej, nieadekwatnej do rzeczywistości samooceny masy ciała [32,33,34]. Postrzeganie własnej masy ciała, jako zbyt dużej staje się przyczyną niekontrolowanego stosowania różnorodnych diet odchudzających lub przeświadczenia o konieczności ich stosowania i czasem zbyt intensywnych ćwiczeń fizycznych [35]. Stosowanie długotrwałych i rygorystycznych

diet ograniczających dostarczanie organizmowi właściwych ilości składników odżywczych, mających na celu obniżenie masy ciała, prowadzi do nasilenia niebezpiecznych objawów chorobowych, takich jak: *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*. W obu tych przypadkach istnieje wyobrażenie o nadmiernie tęgiej i otluszczonej sylwetce [36]. Anoreksja jest chorobą o podłożu psychicznym, dotyczy głównie dziewcząt i młodych kobiet. Choroba najczęściej rozwija się w wieku 13-14 lat oraz pomiędzy 17 a 25 rokiem życia [37]. W Polsce na jadłowstręt psychiczny choruje 0,8-1,8% dziewcząt poniżej 18-ego roku życia [38]. Chłopcy na tą chorobę zapadają 10-krotnie rzadziej. Pojawienie się anoreksji w wieku pokwitania jest wyjątkowo niebezpieczne, gdyż przewlekłe niedożywienie prowadzi do obniżenia masy kostnej. Jednym z czynników związanych z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, jest obserwowany u chorej spadek masy ciała o ponad 15% w krótkim czasie [30]. U osoby cierpiącej na anoreksję obserwuje się również: niskie ciśnienie tętnicze, arytmie serca, niedokrwistość (anemię), obniżony poziom glukozy w surowicy i leukocytów, częste infekcje (aż do rozwinięcia się posocznicy), zaburzenia elektrolitowe, odwodnienie, zwiększone ryzyko złamań kości. Nielezione stany depresyjne związane z anoreksją, mogą doprowadzić do śmierci poprzez zagłodzenie lub do samobójstwa. Szacuje się, że ryzyko śmiertelności w tej grupie chorych ocenia się na 5-25% [39]. Równie często występującą chorobą, związaną z lękiem przed otyłością, jest *bulimia nervosa*, tzw. żarłoczność psychiczna. Choroba występuje u młodych dziewcząt w wieku 15-16 lat lub we wczesnej dorosłości w wieku 19-30 lat. Na bulimię cierpi 3,9-19,0% populacji, głównie dziewcząt [37]. Dla chorych na bulimię charakterystyczne jest stosowanie rygorystycznych diet, prowadzących często do kilkudniowych głodówek, po których następuje spożywanie dużych ilości pożywienia, kończących się bardzo często próbą wywoływania wymiotów. Konsekwencje zdrowotne bulimii, to: zaburzenia rytmu serca, spadek ciśnienia tętniczego, wzdęcia brzucha, niedrożność jelit, nadżerka przełyku, tylnej ściany gardła, żołądka, schorzenia dziąseł, ubytki zębów, erozja szkliwa i próchnica zębów, niedokrwistość, zaburzenie cyklu miesięczkowego, torbiele na jajnikach [40].

Ze względu na zwiększający się odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością, ważnym problemem zdrowia publicznego na świecie jest stałe, dokładne monitorowanie sytuacji w tym zakresie. Istotne jest zatem, stosowanie porównywalnego, ogólnie obowiązującego standardu pomiaru masy ciała osób w wieku dziecięcym i młodzieńczym. Dlatego też w tym wieku do oceny zawartości tkanki

łuszczowej najczęściej stosuje się badania antropometryczne oraz wskaźnik masy ciała - BMI. Wskaźnik BMI jest najprostszym testem oceniającym prawidłowość masy ciała w stosunku do wysokości ciała, poprzez porównanie z normą odpowiednią dla wieku i płci. Wskaźnik względnej masy ciała jest rekomendowany przez WHO, IOTF i Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej (POL-HEALTH), realizowany w Polsce przez IŻŻ. Do oceny stanu zdrowia wśród dorosłych WHO zaproponowała jednakowe, wspólne kryteria stosowane, powszechnie na całym świecie (tab. I) [41]. Wskaźnik BMI u dzieci i młodzieży zmienia się w miarę wzrastania [42,43,44], dlatego też w badaniach dotyczących pomiaru masy ciała stosowane są odpowiednie normy przygotowane dla danego kraju, w postaci tablic lub siatek centylowych, które uwzględniają płeć i wiek badanych. Wzorując się na standardach dla dorosłych, IOTF zaproponował granice odnoszące się do odpowiednich centyli dla dzieci i młodzieży [45,46]. Gwarancją porównywalności dla przeprowadzanych badań są siatki centylowe opracowane przez *Cole'a*.

Tab. I. Ocena stanu odżywiania u osób dorosłych.

Wartość BMI	Interpretacja związana ze zwiększonym ryzykiem rozwoju chorób i przedwczesnych zgonów
< 16	III stopień szczupłości (poważnie zwiększone ryzyko niedożywienia)
16,0 - 16,99	II stopień szczupłości (umiarkowane zwiększone ryzyko niedożywienia)
17,0 - 18,49	I stopień szczupłości (zwiększone ryzyko niedożywienia)
18,5 - 24,9	Zakres normy: najmniejsze ryzyko
25,0 - 29,9	nadwaga (stan przedotyłościowy, zwiększone ryzyko)
30,0 - 34,9	I stopień otyłości (umiarkowane zwiększone ryzyko)
35,0 - 39,9	II stopień otyłości (poważnie zwiększone ryzyko)
> 40,0	III stopień otyłości (bardzo poważnie zwiększone ryzyko)

Reasumując, do najważniejszych problemów naszego społeczeństwa należą zarówno niedożywienie, jak i nadwaga i otyłość, a także niewystarczająca dla zachowania dobrej kondycji zdrowotnej aktywność fizyczna. Zapobieganie powyższemu jest niezbędnym czynnikiem dążącym do zmniejszenia chorób niezakaźnych w Polsce i na świecie. Należy zauważyć, że aktywność fizyczna ma istotne znaczenie w prewencji pierwotnej nadwagi i otyłości oraz innych chorób cywilizacyjnych. Aktywność fizyczna zapewnia człowiekowi we wszystkich etapach życia optymalny stan zdrowia, dobrą sprawność fizyczną i umysłową. Pomaga organizmowi zwiększyć wydatek energii ponad poziom podstawowej przemiany materii, prowadząc do obniżenia masy ciała i utrzymania jej na pożądanym poziomie. Wyniki badań prowadzonych w wielu krajach wskazują, że jednym z podstawowych problemów zdrowia publicznego jest niski poziom aktywności fizycznej. Problem ten dotyczy całych społeczeństw, zarówno osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Ograniczenie aktywności ruchowej jest nie tylko następstwem postępującego procesu urbanizacji, automatyzacji, ale szczególnie atrakcyjności form i oddziaływania przekazu medialnego i telewizyjnego. Stanowi to poważne zagrożenie dla zdrowia poprzez rozwój epidemii otyłości i innych chorób niezakaźnych. Zaistniała sytuacja skłoniła ekspertów z wielu krajów do opracowania zaleceń dotyczących poziomów aktywności fizycznej, korzystnie wpływających na stan zdrowia i przyczyniających się do obniżenia ryzyka chorób cywilizacyjnych związanych z małą aktywnością ruchową. WHO [47,48], Amerykańskie Towarzystwo ds. Serca (AHA - *American Heart Association*) [49] oraz Amerykańskie Kolegium Medycyny Sportowej (ACSM - *American College of Sports Medicine*) [50,51,52,53,54] stoją na stanowisku, że zalecana optymalna częstotliwość zajęć ruchowych powinna się odbywać przez 5 dni w tygodniu po 60 minut aktywności fizycznej, od umiarkowanej do intensywnej (MVPA – *Moderate to Vigorous Physical Activity*) u osób młodych i przez 30 minut u osób starszych. Za minimalny przyjmuje się model aktywności dla dorosłych typu $3 \times 30 \times 130$. Oznacza to, że dla podtrzymania zdrowia każdy człowiek niepracujący fizycznie powinien poddawać swój organizm wysiłkowi, co najmniej 3 razy w tygodniu przez 30 minut, doprowadzając tętno do 130 uderzeń na minutę. Za wysiłek o dużej intensywności uważa się aktywność ruchową powodującą przyspieszone bicie serca i oddechu oraz pojawienie się uczucia gorąca. Powyższe rekomendacje są następstwem badań przeprowadzonych eksperymentalnie [55]. Ponadto już we wczesnych pracach *Paffenbargera* wykazano, że u osób w podeszłym wieku regularna aktywność fizyczna,

pochłaniająca tygodniowo powyżej 2000 kcal jest równoważna ze zwiększeniem średniej oczekiwanej długości życia o 1-2 lata [56]. Inne badania podnoszą, że ćwiczenia fizyczne połączone z wydatkowaniem energii o około 1000 kcal na tydzień, skutkują zmniejszeniem ryzyka przedwczesnych zgonów o 20-30% [57].

Wysoka aktywność fizyczna jest efektywnym sposobem zapobiegania chorobom układu krążenia [58,59], poprzez zwiększenie liczby erytrocytów i leukocytów oraz wzrostu ilości hemoglobiny. Z regularną aktywnością ruchową wiąże się niższa spoczynkowa częstość skurczów serca, usprawnienie procesów oddychania i zwiększenie pojemności tlenowej krwi oraz ogólnego przepływu krwi, co zapewnia dostateczny jej dopływ do tkanek. Korzystnym efektem systematycznie uprawianej aktywności ruchowej jest hamujący wpływ czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych [60,61], pojawiających się już u dzieci i młodzieży [62], poprzez poprawę: homeostazy glukozy [63,64] i wydzielania insuliny [65,66], krążenia wieńcowego [67] oraz funkcji nabłonka endotelialnego naczyń krwionośnych [68]. Towarzyszy temu obniżenie ciśnienia tętniczego krwi [69,70] i jej zdolności koagulacyjnych [71]. Regularna aktywność fizyczna prowadzi również do redukcji poziomu cholesterolu i stabilizacji gospodarki lipidowej [72], co w rezultacie zmniejsza ewentualną możliwość rozwoju miażdżycy. Wykazano, że zmiany miażdżycowe stwierdzone już we wczesnych latach dzieciństwa [73], mogą być przyczyną jej rozwoju w życiu dorosłym [74,75]. Sedenteryjny tryb życia, upowszechniający się w coraz liczniejszych grupach społecznych, zwiększa dwukrotnie ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej, a także udarów mózgu, nadciśnienia tętniczego, otyłości i cukrzycy typu 2 [76,77]. Redukcja tej ostatniej przypadłości jest możliwa nawet o 30% poprzez systematyczne ćwiczenia ruchowe [78,79] o poziomie umiarkowanym, równoważnym 5,5 MET [80].

Rutynowa aktywność fizyczna poprawia budowę ciała człowieka i jego skład poprzez redukcję otluszczenia, prawidłową kontrolę masy ciała [81,82], obniżenie stężenia insuliny, poziomu LDL („złego” cholesterolu), trójglicerydów oraz wzrostu zawartości HDL („dobrego” cholesterolu) [83,84,85,86,87]. Daną zależność potwierdzono w Europejskich badaniach młodzieży, przeprowadzonych chociażby w takich krajach, jak Niemcy i Finlandia [88,89]. Z powyższego wynika, że systematyczna aktywność ruchowa powoduje zwiększenie beztłuszczowej masy ciała, poprzez zmniejszenie ilości tkanki tłuszczowej i jej komórek tłuszczowych, stanowiąc, w połączeniu z odpowiednią dietą, skuteczną metodę walki z otyłością.

Liczne piśmiennictwo [90,91,92] wskazuje również na pozytywną korelację między umiarkowanym wysiłkiem fizycznym o długości 30-60 minut na dobę a zmniejszonym ryzykiem zachorowania na nowotwory, nawet o 46% [93,94]. Tłumaczy się to tym, że ćwiczenia fizyczne redukują ilość tkanki tłuszczowej, spalają tłuszcz dostarczony z wysokoenergetyczną dietą, poprawiają funkcję układu immunologicznego, hamują wytworzenie wolnych rodników, powodują zmiany w poziomie hormonów płciowych, co bezpośrednio wpływa na wzrost nowotworów [95]. Sedynteryjny tryb życia podwyższa zatem ryzyko zachorowania na nowotwory. Związek ten poświadczają chociażby badania przeprowadzone wśród studentek uprawiających sport w porównaniu z rówieśniczkami preferującymi siedzący tryb życia. Stwierdzono, że aktywność fizyczna w wieku młodzieńczym u dziewcząt, wpływa istotnie na obniżenie ryzyka rozwoju raka piersi, macicy i jajników [96]. Inne badania wykazały rzadszą zapadalność na raka prostaty wśród mężczyzn wykonujących rekreacyjną aktywność fizyczną w porównaniu do mężczyzn prowadzących siedzący tryb życia [97].

Aktywność fizyczna korzystnie wpływa na układ oddechowy, powoduje zwiększenie pojemności życiowej płuc, co ma zasadniczy wpływ na stopień utlenienia krwi krążącej. Podczas wysiłku oddech staje się głębszy i szybszy, o około 25% zwiększa się zdolność zaopatrzenia organizmu, zwłaszcza mózgu, w tlen. Prawidłowa czynność oddechowa, elastyczna i prężna tkanka płucna oraz silne mięśnie oddechowe wpływają kształtująco na klatkę piersiową i postawę człowieka.

Ruch, zwłaszcza u dzieci i młodzieży, pozytywnie oddziałuje na narastanie i stopień mineralizacji kości [81,98,99]. Stopień mineralizacji kości jest wyższy u osób aktywnych fizycznie - i jest wprost proporcjonalny do stopnia wysiłku fizycznego [100,101,102,103]. Regularne ćwiczenia fizyczne zwiększają masę mięśni, sprzyja to wzmocnieniu kości oraz ma wpływ na pracę mięśni odpowiedzialnych za utrzymanie równowagi ciała i koordynację ruchów. Systematyczna aktywność fizyczna korzystnie wpływa na gęstość mineralną kości w każdym okresie życia: w wieku młodzieńczym przyczynia się do zbudowania najwyższej szczytowej masy kostnej, a w dorosłym życiu hamuje jej ubytek prowadzący do rozwoju osteoporozy i złamań kości [104]. Kobiety w wieku post- i premenopauzalnym, poprzez regularne ćwiczenia, zwłaszcza izometryczne, mogą zapobiec odwapnieniu kości, przede wszystkim szyjki biodrowej i kości odcinka lędźwiowego o 1% rocznie [101].

Zmniejszona aktywność ruchowa w populacji dzieci i młodzieży prowadzi do problemów zdrowotnych związanych z wadami i chorobami narządu ruchu. Przyczyny wad postawy są różne, mogą być uwarunkowane genetycznie [105] poprzez zaburzenia równowagi statyczno-dynamicznej, bądź złe warunki bytowe związane z: przyjmowaniem jednorodnej i długotrwałej pozycji siedzącej, nieodpowiednim dostosowaniem ławek szkolnych do wysokości ciała i proporcji masy ciała, niepoprawną postawą przy siedzeniu. Najczęstsze wady postawy w wieku szkolnym w okresie dojrzewania dotyczą: nadmiernego pogłębienia się naturalnej kifozy piersiowej, powodującej tzw. okrągłe plecy, skolioz piersiowych i lędźwiowych, wadliwego ustawienia łopatek oraz płaskostopia. Wady postawy powodują bóle i obniżają sprawność fizyczną, wywierając hamujący wpływ na rozwój naturalnych czynności ruchowych przydatnych w życiu codziennym. Niekorygowane nieprawidłowości wykazują tendencje narastające, zaś wczesne rozpoznanie stwarza możliwości skutecznej profilaktyki i leczenia. Codzienna dawka ruchu jest, zatem niezbędna do prawidłowego rozwoju młodego organizmu. Regularna aktywność fizyczna sprzyja poprawie umięśnienia [106], wspomaga to utrzymanie równowagi w układzie kostnym, natomiast ćwiczenia mięśni grzbietu i brzucha prowadzą do wzmocnienia tzw. gorsetu mięśniowego, który wzmaga zachowanie prawidłowej postawy ciała [30].

Systematycznie wykonywane ćwiczenia fizyczne powodują wzrost szybkości przewodzenia bodźców nerwowych oraz spełniają rolę czynnika pobudzającego ośrodkowy układ nerwowy. Przyspieszają w ten sposób rozwój motoryczności oraz polepszają koordynację ruchową [107,108]. Rozwijają pamięć ruchową oraz szybkość i łatwość oddziaływania na bodźce zewnętrzne. Odpowiednie ćwiczenia mogą usunąć lub zmniejszyć zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów. W przypadku osób nadpobudliwych, nawet niewielki wysiłek fizyczny poprawia samopoczucie oraz działa uspokajająco. Tymczasem eksperci oceniają, że tylko jedna trzecia młodzieży w wieku dojrzewania wykonuje wysiłek fizyczny gwarantujący prawidłowy rozwój fizyczny, psychiczny [21] i emocjonalny [109]. Dane te dotyczą zarówno krajów rozwiniętych jak i rozwijających się [110,111,112]. Badania naukowe dowiodły, że regularna aktywność ruchowa ma duże znaczenie profilaktyczne i jest wprost związana z dobrostanem psychicznym, wpływa korzystnie na redukcję stresów, stanów lękowych - łagodząc objawy depresji [113,114,115,116]. Aktywność ruchowa wpływa na podwyższenie w mózgu stężenia noradrenaliny i serotoniny, co powoduje zwiększenie wytwarzanych

w mózgu endorfin, hormonów tłumiących odczuwanie bólu, dających uczucie przyjemności i dobrego nastroju. Stanowi, zatem przeciwwagę dla obciążenia organizmu pracą umysłową, zwiększa odporność na stres i zmęczenie, zapobiega patologiom społecznym, głównie wśród młodzieży. Wiele doniesień wskazuje również na korzystne działanie ćwiczeń fizycznych w zapobieganiu depresji wśród nastolatków. Dowodem tego są chociażby kliniczne badania poziomu hormonów stresowych (kortyzonu i katecholamin) przed i po wysiłku fizycznym [117,118]. W tym celu każdego tygodnia dziewczęta uprawiały jednogodzinny jogging, co w rezultacie skutkowało zmniejszeniem poziomu kortyzonu i katecholamin oraz poprawą fizycznej kondycji nastolatków [119]. Zmiana stylu życia związana z regularną aktywnością ruchową jest uważana za rodzaj terapii psychologicznej, gdyż przynosi skutki antydepresyjne [120]. Niektóre badania sugerują, że korzystnym następstwem są ćwiczenia fizyczne wykonywane w grupie a nie samodzielnie daje to efekty terapeutyczne [121].

Aktywność fizyczna ma wpływ na opóźnienie inicjacji tytoniowej wśród nastolatków uprawiających ćwiczenia fizyczne [122]. Badania wskazują na rolę mózgowych procesów neurofizjologicznych identycznych funkcjonalnie dla palenia i wysiłku związanego z ćwiczeniami fizycznymi [123]. Wyjaśnia się to tym, że osobnicy posiadający genotyp odpowiadający za skłonności do palenia mają również większe zdolności do aktywności fizycznej, co sugeruje, że odpowiada za to ten sam gen. Ćwiczenia ruchowe wypierają jakby ekspresję danego genu, prowadząc do wyraźnej niechęci w sięgnięciu po papierosa.

Na podstawie analizy związków pomiędzy aktywnością fizyczną a rozwojem chorób, możemy stwierdzić, że niedomagania stwierdzone już w wieku młodzieńczym rozpoczynają pasmo problemów zdrowotnych w wieku dorosłym [124]. Ważne jest, zatem aby typ jednostkowych zachowań młodzieży był przekazywany i kształtowany przez rodziców, środowisko szkolne oraz środki masowego przekazu. Należy pamiętać, że wiedza zdobyta przez młodzież nie tylko kształtuje odpowiednie umiejętności, przekonania i postawy, ale również poprawia zdrowie oraz jakość życia.

Palenie tytoniu należy do jednych z najważniejszych czynników zagrażających zdrowiu i przedwczesnej śmierci w krajach rozwiniętych. Stanowi nie tylko problem medyczny, ale również społeczny, obyczajowy i ekonomiczny. Z danych epidemiologicznych wynika, że rozpowszechnienie palenia tytoniu w społeczeństwie polskim obejmuje 9 mln ludzi zaś na świecie ponad miliard, co stanowi jedną czwartą

dorosłych osób. Palenie zabija rocznie około 5,2 milionów ludzi w skali całego globu. Szacuje się, że liczba ta może wzrosnąć nawet do 8 milionów w roku 2030 [125,126,127]. Analizując dane dotyczące postawy ludności wobec konsumpcji wyrobów tytoniowych należy stwierdzić, że ilość jego spożycia zmienia się w różnych przedziałach czasowych. Dzięki temu możemy poznać mechanizmy zdrowotne i warunki społeczno-ekonomiczne danej populacji. Według GUS pierwsze dane dotyczące konsumpcji papierosów w Polsce pochodzą z 1923 roku. Wtedy to sprzedaż papierosów na jednego mieszkańca wynosiła około 500 sztuk. Ilość wypalanych papierosów stopniowo rosła od okresu tuż po II wojnie światowej aż do lat 70. i 80. XX w., kiedy to odnotowano najwyższy poziom ich spożycia, wynoszący 3600 sztuk na dorosłego mieszkańca [128]. W latach tych stwierdzono również najwyższą śmiertelność z powodu raka płuc [129,130]. Spadek konsumpcji papierosów zaobserwowano w połowie lat 90. XX wieku, wówczas ich sprzedaż utrzymywała się na poziomie 90-100 miliardów sztuk rocznie. Między rokiem 1995 a 2004 ilość wypalanych papierosów oscylowała w granicach 2724 sztuk rocznie [128]. Zmiany w postawach Polaków były wynikiem wprowadzenia ustawodawstwa i rządowego programu ograniczającego palenie oraz różnorodnych działań edukacyjnych dotyczących zdrowotnych następstw palenia tytoniu [131]. Najnowsze dane przemysłu tytoniowego dotyczące sprzedaży papierosów wskazują, że obecnie proces ten ma charakter malejący [127].

Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że próby palenia ma za sobą 90% młodzieży przed 18 rokiem życia, zaś 60% czyni to przed 14 rokiem życia. Z najnowszych danych wynika, iż młodzi mężczyźni rozpoczęli codzienne palenie w wieku 18,2 lat, podczas gdy dziewczęta z tej samej grupy wiekowej zaczęły palić prawie dwa lata później (20,1 lat) [132]. Nawyk regularnego palenia w Polsce inicjuje codziennie około 500 dzieci sięgając po swojego pierwszego papierosa [133]. Wyjątkiem nie jest, że nastolatki palą nawet do 20 papierosów dziennie [134]. Istnieje zatem ryzyko, że połowa młodocianych palaczy, która rozpoczyna regularne palenie w wieku kilkunastu lat, pozostanie w nałogu do późnych lat życia, umierając z powodu chorób odtytoniowych [129,135]. Należy tym samym mieć na uwadze, że wzrost palenia tytoniu wśród młodzieży może w przyszłości zahamować dotychczasowy spadek wśród dorosłych [136].

W skład dymu tytoniowego wchodzi 6 tysięcy substancji chemicznych, z których wiele zostało zidentyfikowanych, jako związki toksyczne, natomiast 40 z nich

ma udowodnione działanie rakotwórcze [4]. Do najważniejszych związków dymu tytoniowego - pod względem toksykologicznym i kancerogennym - zalicza się: nikotynę, tlenek węgla, tlenek azotu, amoniak, formaldehyd, aldehyd octowy, cyjanowodor, pirydynę i lotne N-nitrozoaminy [137,138]. W wyrobach tytoniowych nikotyna jest silnym środkiem uzależniającym, najpowszechniej używanym na całym świecie w postaci papierosów, cygar, tytoniu do żucia, tytoniu fajkowego oraz tabaki. Nikotyna nie tylko pobudza układ współczulny, ale również wywołuje w podwzgórzu reakcje neurohormonalne wywierając wielokierunkowe działanie biologiczne osób narażonych na dym tytoniowy [139]. Wiąże się z receptorami nikotynowymi acetylocholin, które biorą udział w procesie zapamiętywania i uczenia się. Receptory te aktywizuje acetylocholina, ale jak się okazuje, są one również pobudzane przez nikotynę, co czyni ją generatorem wywołującym ożywienie. Następstwem tego jest poczucie lepszej koncentracji oraz pamięci, co prowadzi do polepszenia wyników w nauce. Ponadto nikotyna pobudza wydzielanie dopaminy w jądrze pólężącym, które jest częścią ośrodka przyjemności człowieka, głównego systemu związanego z motywacją i kontrolą zachowania. Jednocześnie stanowi biologiczną podstawę takich zjawisk jak natręctwa i uzależnienia. Dlatego też uważa się, że uczucie zadowolenia odczuwane podczas palenia czy zażywania takich środków, jak: kokaina, amfetamina i morfina, ma związek ze wzrostem dopaminy w tym jądrze. Inny mechanizm powstały w wyniku palenia polega na zahamowaniu w mózgu enzymu monoaminooksydazy B (MAO-B), odpowiedzialnego za rozkład takich substancji jak dopamina, serotonina i noradrenalina. Wywołują one lepsze samopoczucie wśród ludzi, dlatego też inhibitory monoaminooksydazy używane są, jako leki przeciwdepresyjne, a nikotyna może zmniejszać depresję u niektórych osób [4]. Stąd też prawdopodobieństwo popadnięcia w nałóg jest czterokrotnie wyższe u osób, które mają skłonność do depresji. Analizując powyższą strukturę procesów mózgowych, bezpośrednio związanych z paleniem tytoniu, należy stwierdzić, że nikotyna, mając działanie psychoaktywujące o charakterze euforyzującym, wprowadza w nałóg, utrudniając proces rzucenia palenia.

Następstwem w zażywaniu wyrobów tytoniowych są stale rosnące problemy zdrowotne ludności. Z paleniem papierosów związane są choroby tytoniozależne, które - według częstości występowania - dotyczą: płuc, serca i przewodu pokarmowego. Rak płuc zajmuje pierwsze miejsce wśród zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn i trzecie wśród kobiet, stanowiąc odpowiednio 29,2% i 7,5%. Główną przyczyną zachorowalności są substancje kancerogenne zawarte w dymie tytoniowym,

w dalszej kolejności wymienia się również czynniki środowiskowe bądź genetyczne [140]. Nowotwory złośliwe płuc są w 90% spowodowane paleniem, przede wszystkim rak płaskonabłonkowy i drobnokomórkowy [141]. Badania epidemiologiczne wskazują, że osoby palące - w przeciwieństwie do niepalących - cechują się 30-krotnie większym ryzykiem zachorowania na raka płuc oraz 20-krotnie zwiększonym ryzykiem zachorowania na pozostałe choroby nowotworowe [142,143]. Należy również zauważyć, że w populacji niepalących nie odnotowano wzrostu zachorowalności na tego typu nowotwór, co zaobserwowano chociażby w USA w przeciągu ostatnich 100 lat [144]. Palenie tytoniu prowadzi zarówno do zwiększenia czynników ryzyka wystąpienia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, rozstrzeni oskrzeli oraz astmy oskrzelowej. Ryzyko wystąpienia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc wśród osób regularnie palących jest 20-30-krotnie wyższe niż u osób niepalących [145,146,147]. Zwiększeniu podlega również podatność na zakażenia bakteryjne i wirusowe układu oddechowego, zaś wszelkie infekcje mają cięższy przebieg. Kolejną najczęstszą przyczyną śmierci, spowodowaną chorobą odytoniową, są choroby serca. Zawał mięśnia sercowego spowodowany jest chorobą niedokrwienną serca, następstwem tego stanu jest niedostateczne zaopatrzenie komórek mięśnia sercowego w tlen i substancje odżywcze. Do zawału mięśnia sercowego najczęściej dochodzi w wyniku choroby wieńcowej [148]. Występuje na skutek ograniczenia przepływu krwi przez naczynia wieńcowe, które zostały zwężone w następstwie zmian miażdżycowych. Mechanizmem, który bezpośrednio prowadzi do zawału, jest nagle powstający zakrzep w miejscu uszkodzenia w tętnicy wieńcowej [149]. Palenie papierosów jest czynnikiem 2-krotnie zwiększającym narażenie na śmiertelny przebieg choroby niedokrwiennej [150]. Wynika to z tego, że nikotyna powoduje obniżenie kurczliwości mięśnia sercowego w miejscu niedokrwienia, pogłębiając je. Ponadto czynnikami wzmagającymi ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego są: stres psychiczny, nadciśnienie tętnicze, gwałtowny wysiłek fizyczny oraz zaburzenia gospodarki lipidowej [151,152].

Do chorób odytoniowych zalicza się również nowotwory złośliwe: gardła, jamy ustnej, ślinianek, krtani, jamy nosowej, pęcherza moczowego i nerek [153]. Nadużywanie wyrobów tytoniowych w rezultacie może doprowadzić do raka trzustki. W tych przypadkach odnotowuje się 70% wzrost zachorowań w grupie osób palących, dzieje się to na skutek tego, że dym tytoniowy wpływa na naczynia krwionośne trzustki, co osłabia przepływ krwi, powodujący zmiany w strukturze i funkcji

wewnątrzwydzielniczej tego narządu [154,155,156]. Poza działaniem mutagennym i kancerogennym palenie tytoniu wpływa na płodność, zdolność rozrodczą oraz potomstwo. Zmniejszenie płodności wzrasta wraz z liczbą wypalanych papierosów [157]. Narażenie płodu na dym tytoniowy w okresie prenatalnym zwiększa ryzyko obniżenia urodzeniowej masy ciała [158,159,160], zahamowania wzrostu wewnątrzmacicznego, wcześniactwa, chorób układu sercowo-naczyniowego, oddechowego i nerwowego [161]. Badania eksperymentalne wykazują bezpośredni związek między paleniem w ciąży a opóźnieniem rozwoju płuc potomstwa, a także ostrej niewydolności oddechowej [162].

Kolejnym, istotnym problemem, jest powszechne zjawisko biernego palenia, określane paleniem wymuszonym bądź mimowolnym [163,164,165]. Na dym ten narażone są osoby palące lub niepalące przebywające w środowisku palacza, które inhalują dym wydychany przez palącego do otaczającego powietrza oraz powstały w przerwach w wyniku tlenia się papierosa. Jest to tzw. dym tytoniowy w środowisku (ETS - *Environmental Tobacco Smoke*). Bierna ekspozycja jest zjawiskiem powszechnym i dotyczy znacznej części populacji w domu jak i w środowisku pracy [166,167]. Z badań GTSS (*Global Tobacco Surveillance System*) przeprowadzonych w latach 1999-2006 w 132 krajach wynika, że na szkodliwe działanie dymu tytoniowego w domu jest narażonych 44% dzieci do 15 lat [168] i 42% młodzieży w wieku 16-19 [166]. Badania GYTS (*Global Youth Tobacco Survey*) wykazały, że stopień narażenia na ETS może wynosić nawet do 90% [169]. W ostatnich latach ukazało się wiele prac dotyczących negatywnych skutków zdrowotnych narażenia na dym tytoniowy wśród dzieci i młodzieży [170,171,172]. Amerykańskie Stowarzyszenie ds. Chorób Serca (*American Heart Association*) wydało pierwsze udokumentowane oświadczenie na temat wpływu biernego palenia na stan zdrowia młodych ludzi [161]. Biernie palenie może być przyczyną wywołującą choroby układu oddechowego i krążenia zarówno w dzieciństwie jak i w późniejszych latach dorosłości [168,173,174]. Osoby narażone na dym tytoniowy skarżą się często na kaszel, duszności bądź łzawienie [175]. Odnaczają się mniejszą koncentracją, odczuwają przygnębienie oraz bóle głowy [170,173,176].

W Polsce w ciągu 20 lat dokonało się wiele pozytywnych przemian ograniczających palenie tytoniu. Chcąc przestrzec przed zagrożeniami zdrowotnymi związanymi z paleniem papierosów wprowadzono Ustawę o „Ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych” w 1995 roku z późniejszymi

kilkakrotnymi zmianami [Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.]. Ostatnie zmiany z dnia 15 listopada 2010 r. mające na celu ograniczenie narażenia na bierne palenie społeczeństwa polskiego, dotyczą zakazu palenia w miejscach publicznych i miejscach pracy. Polska przystąpiła również do Ramowej Konwencji WHO o „Ograniczeniu Użycia Tytoniu” w 2006 roku. Ma to zasadnicze znaczenie dla wzmocnienia polityki zdrowotnej państwa, celem ograniczenia następstw palenia tytoniu w najbliższych latach, obejmując przede wszystkim: palenie wśród osób o trudnej sytuacji materialnej, ochronę zdrowia dzieci i kobiet przed dymem tytoniowym, usuwanie palenia z miejsc publicznych [177]. Wprowadzono również programy interwencji, które określają profilaktykę zdrowotną państwa w ramach NPZ oraz wynikającego z niego „Krajowego Programu Ograniczenia Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu”, mającego swą ewaluację do roku 2011. W zasięgu tego programu realizowano liczne kampanie edukacyjne, kierowane do poszczególnych grup wiekowych, podnosząc świadomość ryzykownych zachowań związanych z epidemią nikotynizmu. Chcąc utrzymać obecny, spadkowy trend w paleniu tytoniu, należy prowadzić jeszcze bardziej skuteczne działania na rzecz poprawy zdrowia publicznego w Polsce. Pozostaje, więc zwiększyć efektywność polityki zdrowotnej, chociażby poprzez: programy interwencyjne i edukacyjne kierowane w szczególności do młodzieży oraz kobiet w ciąży, nakłanianie pracowników służby zdrowia do świadczenia pomocy osobom chcącym zerwać z nałogiem, egzekwowanie przepisów związanych z zakazem palenia w miejscach publicznych celem jego wyeliminowania, doskonalenie przepisów zakazujących całkowitej reklamy wyrobów tytoniowych, wyrównanie cen w odniesieniu do średniego ich poziomu w krajach Unii Europejskiej.

Spośród wielu substancji psychoaktywnych, powodujących uzależnienie, istotne miejsce w życiu człowieka zajmuje alkohol. Jest on powszechnie akceptowany, gdyż pomaga ludziom przetrwać trudne chwile życia, dając im poczucie przyjemności, odprężenia oraz pewności siebie. Działa jako środek pobudzający, ułatwiając szybsze nawiązywanie kontaktów, przez co nieśmiali stają się śmiałymi, małomówni - rozmownymi, zakompleksieni - atrakcyjnymi [178]. Powyższe prowadzi do ciągłego wzrostu spożycia napojów alkoholowych i tak na jednego dorosłego mieszkańca Europy wynosi ono 11 litrów czystego alkoholu w skali roku. Uwzględniając konsumpcję nierejestrowaną, należy zauważyć wyższe jego spożycie, szacując na wartość oscylującą wokół 15 litrów. W Polsce napojów spirytusowych nadużywa 10% społeczeństwa, co stanowi czteromilionową populację. Abstynentem jest, co piąta osoba

w naszym kraju, zaś około milion ludzi wykazuje uzależnienie od alkoholu, co stanowi 2,5% obywateli [179]. Należy również podkreślić, że istotnym czynnikiem warunkującym wzrost nadużywania alkoholu są libacje alkoholowe bądź spotkania biesiadne [180]. Alkoholizowanie się dorosłych nie jest jedynym problemem naszego społeczeństwa, gdyż zjawisko to znalazło swych następców pośród młodocianych. Coraz częściej po alkohol sięgają młodsze grupy wiekowe, w tym głównie osoby pomiędzy 15-19 rokiem życia. Prowadzi to do wczesnej inicjacji alkoholowej, hamując prawidłowy rozwój organizmu. Wpływ alkoholu na organizm człowieka jest zależny od wielkości stosowanej dawki. Wchłanianie zaczyna się bezpośrednio po wprowadzeniu alkoholu do organizmu, już w jamie ustnej. Następnie alkohol przedostaje się do żołądka, dwunastnicy i jelit, a stamtąd do kory mózgowej, która przetwarza sygnały odpowiedzialne za zachowanie człowieka. Początkowo pojawiają się pozytywne uczucia rozluźnienia i euforii, w miarę kiedy stężenie alkoholu rośnie we krwi, zostają one przytłumione negatywnymi emocjami. W zależności od wpływu napojów alkoholowych na zachowania jednostki emocje te prowadzą do konfliktów, agresji bądź senności. W rezultacie nadmiar alkoholu może prowadzić do zatrucia organizmu, prowadząc nawet do niewydolności krążeniowo - oddechowej i śmierci.

Toksyczne działanie alkoholu etylowego i produktów jego przemiany, głównie jego metabolitu - aldehydu octowego, powodują zmiany chorobowe w układzie:

- nerwowym, w którym najwcześniej ujawniają się skutki neurotoksycznego działania alkoholu; zmiany te są zauważalne w obwodowym jak i ośrodkowym układzie nerwowym; początkowo dochodzi do zwyrodnień w płatach czołowych i skroniowych, przy dalszym narastaniu zatrucia alkoholowego zaburzeniu ulegają ośrodki odpowiedzialne za koordynację wzrokowo-ruchową w korze mózgowej; ostatecznie może dojść do uszkodzenia czynności mózdzku, co wywołuje problemy związane z utrzymaniem równowagi przez człowieka [181]
- pokarmowym, narażonym na bezpośredni wpływ alkoholu na przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej [181], przełyku, żołądka, dwunastnicy, trzustki i wątroby [181,182] oraz zaburzenia perystaltyki jelit [183]
- krążenia, w którym na skutek nadużywania alkoholu dochodzi do schorzeń układu sercowo-naczyniowego tj. nadciśnienia tętniczego [183,184], kardiomiopatii alkoholowej, polegającej na zmianie zwyrodnieniowej włókien mięśnia sercowego, stłuszczenia i powiększenia serca [185,186]

- oddechowym, wywołującym przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli [187]
- moczowym, prowadzącym do ostrej niewydolności nerek, wzrostu stężenia kwasu moczowego we krwi i związanej z tym objawem dny moczanowej [188]
- hormonalnym, zaburzającym nieprawidłowe wydzielanie testosteronu; nieprawidłowości te mogą objawiać się hypogonadyzmem i feminizacją, które doprowadzają do zaniku jąder, jajników, zarostu na twarzy oraz nieregularnych menstruacji [181]
- odpornościowym, hamującym funkcje układu immunologicznego, przejawiające się zwiększoną wrażliwością na infekcje i choroby zakaźne, które powodują wystąpienie chorób nowotworowych przełyku, wątroby, części nosowej gardła, krtani, tchawicy [179].

Na uzależnienie od alkoholu, czyli potocznie alkoholizm, wpływają czynniki społeczne i ekonomiczne. Jest wiele obowiązujących powszechnie definicji choroby alkoholowej. Według Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego (AMA – *American Medical Association*) *„Alkoholizm jest chroniczną, postępującą chorobą, która charakteryzuje się tolerancją, uzależnieniem oraz zmianami patologicznymi w narządach wewnętrznych”*. Przyczyną tej choroby jest fizyczne i psychiczne uzależnienie od substancji psychoaktywnej, jaką stanowi alkohol. Uzależnienie fizyczne objawia się wzrostem tolerancji na alkohol etylowy oraz nieprzyjemnymi odczuciami wynikającymi z jego odstawienia tzw. alkoholowym zespołem abstynencyjnym, natomiast uzależnienie psychiczne wywoływane jest miłymi doznaniem [183]. Jednak przewlekłe nadużywanie napojów spirytusowych prowadzi do nieprawidłowości w funkcjonowaniu psychicznym, powodując zaburzenia emocjonalne wywołane stresem, bezsenność, depresję, odczucia niepokoju, próby samobójcze. Skutkiem powyższych mogą być takie schorzenia jak:

- psychoza Korsakowa, czy też zespół Wernickego-Korsakowa, są chorobami rzadko występującymi, głównie u osób w wieku ponad 50 lat długotrwale nadużywających alkoholu; zespół Wernickego-Korsakowa spowodowany jest niedoborem witaminy B₁ [183,189], co prowadzi do zmian w ośrodkowym układzie nerwowym powodując otępienie oraz upośledzenie funkcji poznawczych [179,188]

- otępienie alkoholowe, może stanowić kontynuację psychozy Korsakowa; charakteryzuje się postępującą niewydolnością umysłową, której towarzyszą zaburzenia pamięci; w chorobie tej są wyraźne zaniki mózgu, zwłaszcza w korze mózgowej płata czołowego [183]
- majaczenie alkoholowe występuje po kilku dniach/tygodniach intensywnego nadużywania alkoholu; towarzyszą mu urojenia, zaburzenia świadomości, halucynacje, lęki, drgawki, podwyższona temperatura ciała [183]
- halucynoza alkoholowa w przeciwieństwie do majaczenia alkoholowego, chory ma zachowaną świadomość; objawami halucynozy są - urojenia, omamy słuchowe oraz związane z nimi lęki [183]
- padaczka alkoholowa charakteryzuje się uogólnionymi napadami padaczkowymi po zaprzestaniu lub znacznym ograniczeniu picia, z drgawkami toniczno-klonicznymi całego ciała oraz bezdechem; stan ten trwa zazwyczaj około kilkunastu sekund, po odzyskaniu przytomności chory zapada w sen, zaś po przebudzeniu nie pamięta zaistniałych wcześniej zdarzeń [183].

Biologiczną podatność organizmu na alkohol mogą warunkować czynniki genetyczne, stan zdrowia, płeć i wiek. Amerykanie badając wpływ mechanizmu genetycznego stwierdzili, że podatność tą mogą kształtować zmiany w niektórych genach odpowiedzialnych za oznaczanie enzymów uczestniczących w metabolizmie alkoholu oraz w genach, kształtujących reakcje mózgu odpowiedzialnych za kodowanie receptorów w neuronach [190,191,192]. Odczuwanie negatywnych konsekwencji, wynikających z nadmiernej konsumpcji alkoholu, prowadzącej do uzależnienia jest cechą dziedziczną, uwarunkowaną genetycznie [193,194].

Toksyczne działanie alkoholu jest zróżnicowane w odniesieniu do płci, gdyż inaczej objawia się wśród pijących kobiet aniżeli mężczyzn. Większa podatność kobiet na toksyczne działanie alkoholu jest związana z przeważającą ilością tkanki tłuszczowej i mniejszą ilością płynów w ich ustroju, przez co dochodzi do wyższej koncentracji alkoholu we krwi [195]. Ponadto w organizmie kobiety znajduje się około 70-80% mniej niż u mężczyzn enzymu dehydrogenazy alkoholowej, odpowiedzialnej za rozkładanie etanolu [196,197]. Pomimo tego, że kobiety spożywają znacznie mniej napojów spirytusowych niż mężczyźni, to jednak w ostatnich latach odnotowuje się rosnącą liczbę nadmiernie konsumujących alkohol kobiet i dziewcząt, a i ich poziom picia zbliża się do poziomu mężczyzn. Grupę tą stanowią przede wszystkim osoby

w wieku 18-29 lat będące w stanie wolnym, uczące się, studiujące oraz bezrobotne. Szacuje się, że około 80% młodych kobiet spożywa alkohol, zaś co dziesiąta z nich wypija 7,5 l czystego alkoholu etylowego, stwarza to ryzyko poważnych szkód zdrowotnych. Badania sugerują, że kobiety, silniej niż mężczyźni, doświadczają dysfunkcji mózgowych, w tym zaburzeń nastroju o charakterze lękowym i depresyjnym, dysfunkcji hormonalnych, złamań i urazów spowodowanych wypadkami drogowymi bądź aktami przemocy.

Szczególne niebezpieczeństwo to spożywanie przez kobiety alkoholu podczas ciąży. Z szacunków wynika, że liczba ta waha się między 25% a nawet 50%. Zachowania te szkodliwie wpływają na rozwój płodu, powodując ponadto częste porody przedwczesne oraz poronienia samoistne. Najpoważniejszym powikłaniem jest tzw. alkoholowy zespół płodowy FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*). Jest on diagnozowany u ponad 10% noworodków [198], przy czym liczba ta może być większa, gdyż większość przypadków jest nierozpoznana bądź określana niewłaściwie [199]. Zespół ten objawia się powolniejszym wzrastaniem w życiu płodowym i po urodzeniu, wadami twarzoczaszki (płaska twarz, zez rozbieżny, brak rynienki wargowej, cienka górna warga), niedorozwojem umysłowym [200]. Obok powyższego, skutkiem nadużywania alkoholu przez kobiety w czasie ciąży są zmiany w mózgu rozwijającego się płodu, które mogą zwiększać w przyszłości częstotliwość sięgania po napoje alkoholowe przez zrodzone z takich ciąż potomstwo [201]. Z badań przeprowadzonych wśród młodzieży, których matki nadużywały alkoholu w czasie ciąży wynika, że większość nastolatków miała za sobą doświadczenia z napojami alkoholowymi już w wieku 14 lat, zaś 83% 21-latków uważało siebie za osoby pijące dosyć często, przy czym 10% spośród tych osób było już tak wcześnie uzależnionych od alkoholu.

Na konsekwencje zdrowotne wynikające z nadużywania alkoholu etylowego ma wpływ jego powszechna dostępność oraz stosunkowo niska cena [202,203,204]. Zwiększenie dostępności alkoholu prowadzi do popytu na napoje alkoholowe, to z kolei podwyższa ryzyko licznych urazów, wypadków, aktów agresji przemocy rodzinnej, zachowań przestępczych bądź samobójczych [205,206]. Zatem alkohol zwiększa ryzyko problemów w rodzinie i społeczeństwie, co odnosi się do 40-60% zgonów bądź okaleczeń i odnotowywane jest z dużym nasileniem w Polsce [207,208].

WHO, jako organizacja międzynarodowa, podejmuje liczne inicjatywy zmierzające do ograniczenia negatywnych skutków nadużywania alkoholu [209]. Należą do nich m.in. Europejska Karta w Sprawie Alkoholu i Ramy Polityki wobec

Alkoholu w Regionie Europejskim. W Polsce w tym zakresie obowiązuje Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku, która została znowelizowana w 1996 roku [Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 z późn. zm.]. W zakresie rozwiązywania programów profilaktycznych i naprawczych działania prowadzi Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), natomiast pomoc dla osób uzależnionych oferuje od lat 70-tych XX wieku Klub Anonimowych Alkoholików [210].

Narkomania jest jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego, gdyż jest współprzyczyną szeregu chorób, w tym społecznych. Złożoność problemu wynika z tego, że stale obniża się wiek osób uzależnionych oraz rozpoczynających pierwszą inicjację z substancjami psychotropowymi. Szacuje się, że substancje nielegalne spożywa około 185 milionów ludzi naszego globu, co stanowi 3% populacji światowej, w tym około 5% ludności z przedziału wiekowego od 15 do 64 lat [211]. W Polsce rozpowszechnienie używania narkotyków jest bardzo zróżnicowane. Odnotowuje się, że w najmłodszych grupach wiekowych doświadczenie z narkotykami ma ponad 30% młodzieży, są jednak miejsca gdzie tego nie potwierdzono. Choć zjawisko to niesie ze sobą dramatyczne konsekwencje, to jednak wiedza na temat narkomanii i konsumpcji innych substancji psychoaktywnych jest stale ograniczona. Stąd jest przedmiotem badań licznych dyscyplin naukowych z dziedziny medycyny, pedagogiki, psychologii, prawa i kryminalistyki [212].

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, terminem tym określamy „*stałe lub okresowe przyjmowanie w celach niemedycznych środków odurzających, psychotropowych lub zastępczych, w wyniku, czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich*” [Dz. U. Nr 179, poz. 1485].

W piśmiennictwie używa się również zamiennie określenia „lekomania” lub „toksykomania”. Lekomania wywołuje zmiany psychiczne lub fizyczne, wynikające z interakcji leku i organizmu, które wpływają na sposób zachowania. Łączy się one z przymusem stałego lub okresowego zażywania leku w celu uniknięcia nieprzyjemnych doznań związanych z jego brakiem. Szacuje się, że około 25-33% ludności na całym świecie przyjmuje legalne środki farmakologiczne bez wyraźnych wskazań lekarskich. Należą do nich leki uspakajające, nasenne i przeciwłękowe [213].

Narkomania obejmuje, zatem substancje nielegalne jak i niektóre legalne, do których zaliczamy leki psychotropowe bądź substancje wziewne używane w celu odurzenia się. Powyższe substancje, czynne zakazane przez prawo międzynarodowe,

określane są mianem narkotyków. Do najpopularniejszych, dostępnych, nielegalnych narkotyków należą konopie indyjskie (marihuana i haszysz) oraz amfetamina, których używanie jest najbardziej rozpowszechnione, zwłaszcza przez młodzież. Do ich zażywania przyznaje się odpowiednio 14,2% i 3,6% 15-16-latków oraz 31,5% i 12,4% 17-18-latków [214]. Istotne zagrożenie zdrowotne związane ze zwiększonym ryzykiem przedawkowania, mogącym doprowadzić do zgonu, niesie ze sobą wstrzykiwanie pochodnych amfetamin i opioidów. W ostatnim czasie odnotowuje się również rosnący problem użytkowania pochodnej amfetaminy - metamfetaminy, głównie w Czechach, Słowacji, USA, Australii oraz Azji Południowo-Wschodniej. W Europie często tendencję wzrostową wykazuje ecstazy, wyprzedzając zażywanie amfetaminy, przez co zajmuje drugie miejsce, tuż po pochodnych konopi indyjskich.

Kolejnym zagrożeniem zdrowotnym jest politoksykomania - naprzemienne lub jednoczesne stosowanie różnych substancji psychoaktywnych. Pojęcie to zostało zdefiniowane w 1994 roku przez WHO [215], choć używanie poszczególnych substancji w różnych kombinacjach było odnotowywane już na przełomie lat 70-tych i 80-tych XX wieku. Łączono wówczas opiaty z lekami psychotropowymi celem wzmocnienia pożądanego efektu, poprzez wprowadzenie innej dodatkowej substancji w tym samym czasie. Obecnie wzory politoksykomanii obejmują różnorakie powiązania, łącząc zarówno substancje legalną z nielegalną np. marihuana i ecstazy, benzodiazepiny i alkohol. Najczęściej jednak używaną substancją psychoaktywną, w odniesieniu do politoksykomanii, jest alkohol. Skutkiem politoksykomanii są agresywne zachowania, depresja, urojenia, bezsenność. Dlatego też jest ona monitorowana, zarówno w krajach Unii Europejskiej, jak i w Stanach Zjednoczonych. Z badań przeprowadzonych w USA przez Departament Zdrowia i Usług dla Ludności wynika, że w grupie wiekowej 12-17 lat i 18-25 lat, deklarowało spożywanie alkoholu i stosowanie nielegalnych narkotyków odpowiednio 13% i 24% respondentów [216].

Zażywanie narkotyków jest najczęściej zjawiskiem nielegalnym i ukrywanym, dlatego trudno jest ocenić nowe trendy w sposobie ich zażywania. Jednak pierwsze eksperymenty w doświadczeniu z narkotykami wykazuje młodzież w wieku wczesnoszkolnym. Siła, z jaką działa na nich narkotyk zależy od: przyjętej dawki, częstości zażywania, tolerancji i drogi wprowadzenia środka odurzającego do organizmu. Różnorodność, przechodzenie do coraz silniejszych narkotyków oraz poszerzenie liczby rodzajów zażywanych substancji w celu narkotyzowania się, stanowi podstawową przyczynę uzależnienia. Uzależnienie z kolei prowadzi do wzrostu

częstotliwości intoksykowania się oraz lęku przed skutkami wynikającymi z odstawienia substancji psychoaktywnej. Osoba uzależniona, nazywana narkomanem, jest często marginalizowana i potępiana, będąc dla innych jednostką z pogranicza społecznego [217]. Należy jednak mieć na uwadze, że choć w uzależnieniach okresy abstynencji są często łamane, to poprzez dostęp do różnych form pomocy możemy to łamanie abstynencji redukować. Formę tą stanowi właściwa terapia, która pozwala na uzyskanie poprawy zdrowia i powrót do pierwotnego, czyli przed uzależnieniem, środowiska życia. Miejscem, w którym odbywa się pierwszy kontakt osoby uzależnionej z terapeutą są placówki ambulatoryjne. Najczęściej osoby uzależnione szukają pomocy w ośrodkach pozarządowych, ze względu na łatwiejszy dostęp do nich, zapewnienie większej anonimowości oraz mniej oficjalne podejście do pacjenta. Do organizacji tych zaliczamy m.in. Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Stowarzyszenie MONAR, Karan, Fundacja Pedagogium.

Ważnym aspektem w długotrwałym procesie leczenia jest wsparcie społeczne oraz chęć niesienia pomocy przez najbliższych. Z badań wynika, że osoby otoczone opieką ze strony rodziny bądź przyjaciół lepiej radzą sobie w trudnych sytuacjach oraz w mniejszym stopniu odczuwają niekorzystne skutki zażywania narkotyków [218,219]. Pośród pacjentów pozostawionych samym sobie często dochodzi do obwiniania się i przyjmowania wyłącznej odpowiedzialności za to, co się wydarzyło. Nie przynosi to zadowalających efektów w procesie leczenia. Zaprzestanie terapii uzależnień osłabia stan zdrowia pacjenta oraz niesie ze sobą wzrost przemocy i przestępstw oraz kosztów społecznych związanych z większymi nakładami na leczenie [220].

Za hamowanie przestępczości narkotykowej, ograniczenie popytu na substancje psychoaktywne, zmniejszenie dostępności do nich oraz egzekwowanie prawa w stosunku do osób handlujących narkotykami, odpowiedzialna jest polityka zdrowotna [221,222]. Należy mieć na uwadze, że w zapobieganiu narkomanii istotne jest również skuteczne prowadzenie działań profilaktycznych, które obejmuje szeroką skalę zagadnień:

- terapeutycznych, prowadzących do redukcji uzależnienia od narkotyków i związanych z tym zachowań ryzykownych, poprzez możliwość dostępu do instytucji pomocowych celem zmniejszenia liczby osób uzależnionych
- społecznych, podejmujących liczne kampanie przeciwdziałające narkomanii [223].

3. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna

W działaniach wpływających na stan zdrowia ludności, istotną rolę ogrywa promocja zdrowia i ściśle z nią związana edukacja zdrowotna [224,225,226]. Promocję zdrowia próbowano zdefiniować pierwotnie w Alma-Acie w 1974 roku, a następnie podczas pierwszej międzynarodowej konferencji zajmującej się ową problematyką w Ottawie w 1986 roku. W kolejnych latach podjęto tematykę promocji zdrowia na konferencjach w Adelajdzie (Australia 1989 r.), w Sundsvall (Szwecja 1991 r.) i w Dżakarcie (Indonezja 1997 r.).

Według uchwalonej podczas konferencji w Kanadzie tzw. Karty Ottawskiej, promocję zdrowia zdefiniowano, jako „*proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania nad własnym zdrowiem w celu poprawy bądź umacniania zdrowia jak najdłużej i na jak najwyższym poziomie poprzez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu oraz kształtowaniu potrzeb i kompetencji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych*” [227]. Według danego dokumentu celem promocji zdrowia jest podjęcie takich obszarów działań, które będą dotyczyły:

- tworzenia środowisk wspierających i sprzyjających zdrowiu zarówno w domu, jak i we wszystkich miejscach gdzie człowiek pracuje, uczy się i odpoczywa; winniśmy być odpowiedzialni za kształtowanie środowiska naturalnego i społecznego, wpływającego korzystnie bądź szkodliwie na zdrowie ludzi
- wzmacniania działań społecznych na rzecz zdrowia, poprzez aktywne wsparcie ludności w ustalaniu priorytetów mających wzmocnić zachowania zdrowotne
- rozwijania umiejętności osobniczych, których następstwem jest edukacja zdrowotna kształtująca zdolność współżycia w społeczeństwie w szczególności w przypadku chorób przewlekłych bądź niepełnosprawności
- reorientacji świadczeń opieki zdrowotnej, za którą odpowiedzialny jest sektor państwowy, pracownicy służby zdrowia oraz poszczególne grupy społeczne aktywnie uczestniczące w działaniach na rzecz zdrowia [228].

Istotne znaczenie dla promocji zdrowia stanowi aktywne uczestnictwo całego społeczeństwa i jego struktur w działaniach na rzecz zdrowia. Ważne staje się tutaj partnerstwo ludzi w podejmowaniu decyzji oraz ich wdrażaniu w ramach wspólnej odpowiedzialności za zdrowie. Skuteczność tych działań jest niewątpliwie związana z nakładami finansowymi organów administracji państwowej.

Zakres ustalonych działań w obszarze promocji zdrowia reguluje program „Zdrowie 21”, którego założenia powinny być osiągnięte do roku 2020. Dokument ten jest odpowiedzialny za wyzwania tzw. Światowej Deklaracji Zdrowia, którą uchwalił Europejski Komitet Regionalny w 1998 roku. Spośród 21 celów polityki zdrowotnej do najważniejszych należą:

- zdrowie, jako podstawowe prawo człowieka
- równość w zdrowiu
- aktywne działanie ludzi i instytucji lokalnych w dążeniu do wzmacniania zdrowia poprzez wielosektorową odpowiedzialność za zdrowie [229].

Wielosektorowość promocji zdrowia wynika z zapewnienia prozdrowotnego charakteru polityki państwa nie tylko w sektorze zdrowia, ale również na wszystkich szczeblach administracji państwowej, wpływających na zdrowie obywateli. Zatem poszczególne resorty: zdrowotny, ekonomiczny, edukacyjny, kulturowy, winny ze sobą współpracować, podejmując odpowiednie decyzje i działania oraz wspólną odpowiedzialność za zdrowie obywateli [227,230]. Należy pamiętać, że wieloaspektowa, skuteczna promocja zdrowia, prowadzi do obniżenia kosztów przeznaczonych na opiekę medyczną [226,230,231].

Promocja zdrowia jest połączeniem polityki zdrowia publicznego oraz edukacji zdrowotnej [226,230,232,233]. Edukacja zdrowotna powinna zapewnić dostęp do informacji oraz różnych form kształcenia, dając ludziom szanse zdobywania odpowiedniej wiedzy i umiejętności, poprzez podejmowanie indywidualnych bądź zbiorowych decyzji, w celu modyfikowania zachowań i zmiany warunków środowiskowych przyczyniających się do wzmacniania zdrowia. Powinna stać się swoistą samokontrolą w utrzymaniu prawidłowego zdrowia. Z powyższego wynika, że jej głównym zadaniem jest:

- umacnianie zdrowia ludzi poprzez ich kształcenie
- zwiększenie powszechnego uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia poprzez powszechny dostęp do informacji
- podjęcie odpowiedzialności wobec postaw chroniących ich przed zagrożeniami zdrowotnymi
- dokonywanie korzystnych wyborów związanych ze zdrowym stylem życia.

Edukacja zdrowotna powinna chronić przed zagrożeniami zdrowotnymi poczynając od najmłodszych lat życia, co w szczególności dotyczy młodzieży szkolnej. Zagrożenia napotymane przez nastolatków w okresie dojrzewania, jak: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, zażywanie substancji psychoaktywnych, mogą prowadzić do uzależnień, stanowiących przyczynę przedwczesnych chorób a nawet śmierci. Zwiększona świadomość młodzieży umożliwia modyfikację szkodliwych stylów życia na zachowania sprzyjające zdrowiu. Zachowania te można utrwalić szczególnie w szkole, poprzez przekazywaną wiedzę, która pozwala ukształtować zdobyte umiejętności zdrowotne.

4. Polityka zdrowotna

Podstawowym warunkiem sprzyjającym zdrowiu społeczeństwa w środowisku życia i pracy jest tworzenie i realizacja właściwej polityki zdrowotnej państwa.

W strukturze tworzenia polityki zdrowotnej istotną rolę odgrywa:

- promocja zdrowia i edukacja zdrowotna
- organizacja i funkcjonowanie opieki medycznej
- wyeliminowanie zagrożeń środowiskowych [225,228,234].

Polityka zdrowotna poprzez regulacje prawne, wsparcie sektorów społeczno-gospodarczych, winna być ukierunkowana na działania promującym zdrowy styl życia społeczeństwa oraz zachęcaniu go do współtworzenia polityki społecznej w tym zakresie [235]. Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej państwo ma obowiązek zapewnić obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Uznając zdrowie za dobro publiczne winna usuwać nierówności społeczne poprzez poprawę warunków ekonomicznych ludności [230,236,237,238]. Polityka zdrowotna powinna więc rozwiązywać problemy bezrobocia, zapewnić właściwe warunki mieszkaniowe, umożliwić dostęp do edukacji. Nieodpowiednia polityka prozdrowotna państwa prowadzi do wzrostu zachorowań, co zwiększa wydatki przeznaczone na ochronę zdrowia oraz hamuje gospodarkę kraju.

W określeniu priorytetów polityki zdrowotnej od 1990 roku kluczową rolę odgrywa NPZ, który został opracowany w odpowiedzi na strategię WHO „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. Na skutek postępujących zmian ekonomicznych,

politycznych i społecznych program ulegał ewaluacji, mając na celu utrzymanie i poprawę zdrowia społeczeństwa polskiego. Systematyczne monitorowanie efektów NPZ do roku 2005 pozwoliło na opracowanie nowych wytycznych programu na lata 2007-2015. Jego głównym założeniem jest zmniejszenie nierówności i poprawy stanu zdrowia Polaków przy jednoczesnym współdziałaniu w tym zakresie innych sektorów administracji rządowej, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych.

Cel ten zostanie osiągnięty, jeżeli spełni takie warunki, jak:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Program powstał na skutek przeprowadzonej analizy, która wykazała, że pomimo wzrostu przeciętnego trwania życia nadal zmiany te są niekorzystne w porównaniu do krajów Unii Europejskiej. NPZ nawiązuje do Światowej Deklaracji Zdrowia, w której potwierdzono, że *„zdrowie jest jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej”*, strategii *„Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”* określającej kierunki polityki zdrowotnej WHO w Europie oraz założeń programu Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego [5].

Podstawą koncepcji NPZ jest zawarta w konstytucji WHO definicja, która określa zdrowie, jako *„stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”* [5]. Należy podkreślić, że w krajach rozwiniętych obecnie przeważa pogląd, że optymalne zdrowie (*wellness*) obejmuje wysoki poziom dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, socjalnego (społecznego), emocjonalnego i duchowego, w granicach określonych przez dziedziczność i możliwość jednostki [239].

Obok głównych celów strategicznych ukierunkowanych na zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności spowodowanej przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, NPZ zawiera cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia, które mają sprzyjać:

- zmniejszeniu rozpowszechniania palenia tytoniu
- zmniejszeniu i zmianie struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem

- ograniczeniu substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych
- poprawie sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszeniu występowania otyłości
- zwiększeniu aktywności fizycznej ludności
- zmniejszeniu narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia, pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

Zmianę dla powyższych mają przynieść programy zmierzające do ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu, spożycia alkoholu i popytu na narkotyki. Kolejnym etapem jest uaktywnienie społeczeństwa na rzecz działań zmniejszających ryzyko występowania chorób żywieniozależnych związanych z niską aktywnością fizyczną i nieodpowiednim sposobem odżywiania się oraz realizacja planów naprawczych w dziedzinie zdrowia środowiskowego.

5. Program „Trzymaj Formę”

Program „Trzymaj Formę” jest współorganizowany przez Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) oraz stowarzyszenie Polskiej Federacji Producentów Żywności (PFPŻ) w ramach realizacji strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia. Celem programu jest kształtowanie trwałych i dobrowolnych nawyków prozdrowotnych młodzieży szkolnej, poprzez promocję zasad aktywnego i zróżnicowanego stylu życia oraz pogłębienie wiedzy z zakresu odpowiednio zbilansowanej diety. Dodatkowo program przewiduje: pogłębienie wiedzy oraz zwiększenie świadomości nastolatków dotyczącej wpływu zachowań żywieniowych na utrzymanie zdrowia w okresie młodzieńczym jak i w późniejszych latach życia, nabycie umiejętności korzystania z informacji zamieszczonych na opakowaniach produktów spożywczych, zainteresowanie uczniów różnymi formami aktywności fizycznej poprzez zapewnienie zajęć pozalekcyjnych, zaoferowanie uczniom, rodzicom i nauczycielom aktywnych sposobów spędzania wolnego czasu [240].

Program w swym założeniu oparty jest na metodzie projektu, dlatego wykracza poza szkolny program nauczania, uwzględniając odpowiedzialność indywidualną za zdrowie i zasady wolnego wyboru jednostki. Metoda projektu polega na opracowaniu

wspólnie z nauczycielami, rodzicami i środowiskiem lokalnym, różnych form rozpowszechnienia zasad zdrowego stylu życia, co pozwala na rozwijanie zainteresowań i umiejętności uczniów. Nauczyciele pełnią tutaj rolę koordynatorów, dlatego wymaga się od nich dużego zaangażowania. Program jest ukierunkowywany na samodzielność oraz odpowiednią motywację i aktywizację uczniów w podejmowaniu różnorodnych działań prozdrowotnych. Ponadto, metoda projektu uczy odpowiedzialności, planowania i organizacji pracy, umiejętności współpracy w grupie, wspólnego rozwiązywania problemów i kompromisu w podejmowaniu decyzji oraz prezentowania końcowych efektów pracy.

Szkoły zainteresowane programem „Trzymaj Formę” otrzymują materiały edukacyjne dla uczniów i nauczycieli przygotowane przez PFPŻ przy współpracy z IŻŻ oraz Zakładem Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka. Materiały dydaktyczne obejmują: poradnik dla szkolnych koordynatorów programu, broszury dotyczące zbilansowanej diety i znaczenia aktywności fizycznej, plakaty z piramidą żywienia z uwzględnieniem aktywności fizycznej, przykładowe artykuły spożywcze zalecane do rozszerzenia asortymentu produktów żywnościowych w sklepikach szkolnych, zalecenia dietetyczne zawierające przykładowe jadłospisy oraz stronę internetową.

Począwszy od roku 2006, w którym projekt ten został zapoczątkowany, udział w nim wzięło niespełna 3 miliony uczniów i 7600 szkół. Do piątej edycji programu, rozpoczętej w roku szkolnym 2010/2011, zgłosiło się 6200 z wszystkich szkół przede wszystkim podstawowych i gimnazjalnych w Polsce. Choć program „Trzymaj Formę” jest nakierowany na populację 13-15-latków do udziału w nim zaproszono młodzież uczęszczającą do szkół średnich. Ma to na celu zdobycie informacji czy program należy realizować tak jak dotychczas, jednolicie w skali całej Polski, czy też w sposób zróżnicowany, dostosowując do różnych grup wiekowych, miejsca zamieszkania czy statusu społecznego i rodzinnego badanych respondentów. Do realizacji projektu przystąpiło około 8% szkół licealnych z całej Polski. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że w programie „Trzymaj Formę” wzięło udział 11,5% uczniów szkół licealnych z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza. Grupę tą stanowiły głównie nastolatki z klas pierwszych i drugich. W związku z powyższym, można porównać zachowania zdrowotne uczniów realizujących ten projekt z młodzieżą nieuczestniczącą w tym programie.

II. ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

1. Założenia pracy

Młodzież szkolna w wieku 16-19 lat znajduje się w końcowej fazie dorastania, uzyskując pełną dojrzałość płciową. Proces ten nie jednoczy się w równoznacznym stopniu z rozwojem psychicznym i społecznym. Nastolatki, przeżywając kryzys tożsamości, często nie radzą sobie ze zmianami zachodzącymi w budowie ich ciała jak i z towarzyszącymi emocjami w okresie adolescencji. Wiąże się z tym licznie podejmowane przez nich próby wielu ryzykownych zachowań zdrowotnych, takich jak: odchudzanie, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i zażywanie innych substancji psychoaktywnych. Należy podkreślić, że w okresie młodzieńczym utrwala się zachowania, które pierwotnie mają charakter eksperymentalny, zaś ostatecznie w wieku dorosłym mogą stanowić czynniki ryzyka zdrowotnego. Różnorakie niekorzystne zachowania w procesie kształtowania osobowości młodzieży stanowią niewątpliwie problem wychowawczy, zarówno dla rodziców jak i nauczycieli.

Dlatego też założeniem pracy jest zbadanie, zidentyfikowanie oraz poddanie ocenie ryzykownych zachowań zdrowotnych młodzieży licealnej i jej rodziców w celu szybkiego zapobiegania im poprzez tworzenie programów polityki zdrowotnej. Poznanie najbliższego środowiska społecznego nastolatków - tworzonego przez rodzinę, rówieśników i szkołę - umożliwia wprowadzenie licznych programów edukacyjnych, adresowanych do całej populacji młodzieży. Poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży jest jednym z najważniejszych celów, jakie przypisuje się edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

2. Cele pracy

1. Poznanie zachowań zdrowotnych młodzieży licealnej i jej rodziców celem wdrożenia optymalnych programów edukacyjnych i działań z zakresu promocji zdrowia.
2. Stwierdzenie czy istnieje korelacja pomiędzy wiedzą uczniów o zdrowiu i jego uwarunkowaniach a ich postawami zdrowotnymi.
3. Zbadanie związków między stanem zdrowia, zadowoleniem z życia i zachowaniami zdrowotnymi młodzieży a wiekiem, płcią, poziomem wykształcenia oraz statusem zatrudnienia rodziców.
4. Wskazanie zależności pomiędzy zwyczajami zdrowotnymi badanej młodzieży licealnej a jej miejscem zamieszkania (powiat miasto Kalisz a powiat ziemski Kalisz).
5. Ustalenie najczęstszych, zgodnych odpowiedzi licealistów i ich rodziców w kwestiach zwyczajów zdrowotnych.
6. Poznanie korelacji pomiędzy udziałem w programie „Trzymaj Formę” a kształtowaniem nawyków prozdrowotnych wśród młodzieży licealnej.

III. MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

1. Etap pierwszy: Konstrukcja kwestionariusza ankiety i badania pilotażowe

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany przez GIS. Pytania ujęte w ankietach konsultowane były z pracownikami naukowo-badawczymi:

1) IŻŻ w Warszawie, 2) Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH w Warszawie, 3) Instytutu Onkologii w Warszawie oraz 4) Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie.

Analiza pytań - zawartych we wspomnianym kwestionariuszu ankiety opracowanym przez GIS - miała miejsce w 2009 roku, kiedy został on użyty w badaniach zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Po tym badaniu pilotażowym dokonano korekty niektórych pytań - stwierdzając następnie, że poprawiony kwestionariusz ankiety może być zastosowany do badań uczniów liceów w całej Polsce.

2. Etap drugi: Badania właściwe

Badania właściwe - z użyciem poprawionego po etapie pierwszym kwestionariusza ankiety - przeprowadzono w maju i czerwcu 2009 roku na losowo wybranej, reprezentatywnej grupie:

- 1) 1100 uczniów i uczennic szkół liceów publicznych z przedziału wiekowego 16- 19 lat oraz
- 2) rodziców tychże 1100 uczniów i uczennic z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

Pytania zawarte w tym kwestionariuszu ankiety kierowane były nie tylko do kaliskich licealistów ale także ich rodziców – dla uzyskania bardziej wiarygodnych (przez porównanie odpowiedzi dzieci i ich rodziców) danych dotyczących wybranych zachowań prozdrowotnych oraz podejmowanych zachowań antyzdrowotnych przez licealistów. Podzielone na moduły obejmowały następujące zagadnienia: aktywność fizyczną, zwyczaje żywieniowe, budowę ciała, stosowanie używek, wiedzę dotyczącą

zachowań zdrowotnych, stan zdrowia oraz samoocenę i dobrostan młodzieży. Moduły z poszczególnymi grupami pytań zostały poprzedzone pytaniami dotyczącymi: wieku, płci, klasy do której uczęszcza respondent, statusu rodziny z jakiej pochodzi (rodzina pełna lub niepełna), liczby rodzeństwa, miejsca zamieszkania oraz sposobu dotarcia do szkoły. W związku z tym, że kwestionariusz ankiety porównuje zachowania zdrowotne uczniów realizujących program „Trzymaj Formę” z młodzieżą nieuczestniczącą w projekcie, w module zamieszczono pytania dotyczące tej kwestii.

Na przeprowadzenie badań za pomocą tak skonstruowanego kwestionariusza ankiety, wyraziła zgodę Komisja Biotyczna. Badania przeprowadzono na poziomie powiatowym, po dokonaniu uzgodnień z: Wydziałem Oświaty Urzędu Miejskiego w Kaliszu, Starostą Powiatu Kaliskiego Ziemskiego oraz Kuratorium Oświaty i Wychowania w Poznaniu. Na poziomie lokalnym współpracowano z urzędami gmin, na terenie których znajdowały się klasy biorące udział w badaniach. Po uzyskaniu zgody powyższych władz lokalnych, badania przeprowadzono na lekcjach wychowawczych, miały one charakter dobrowolny i anonimowy. Kwestionariusze ankiety przeznaczone do wypełnienia przez rodziców, uczniowie zabierali w zalakowanych kopertach do domu i po ich wypełnieniu, w wyznaczonym dniu, składali u wychowawcy danej klasy. W wyniku badań zebrano następującą liczbę ankiet:

- 1) 1018 spośród licealistów, zwrotność ankiet wynosiła 92% oraz
- 2) 670 spośród rodziców, zwrotność ankiet wynosiła 61%.

Spośród zebranych kwestionariuszy ankiet do dalszych badań zakwalifikowano:

- 1) 999 spośród licealistów, co stanowiło 91% poprawnie wypełnionych ankiet oraz
- 2) 667 spośród rodziców, co stanowiło 61% poprawnie wypełnionych ankiet (ryc. 1).

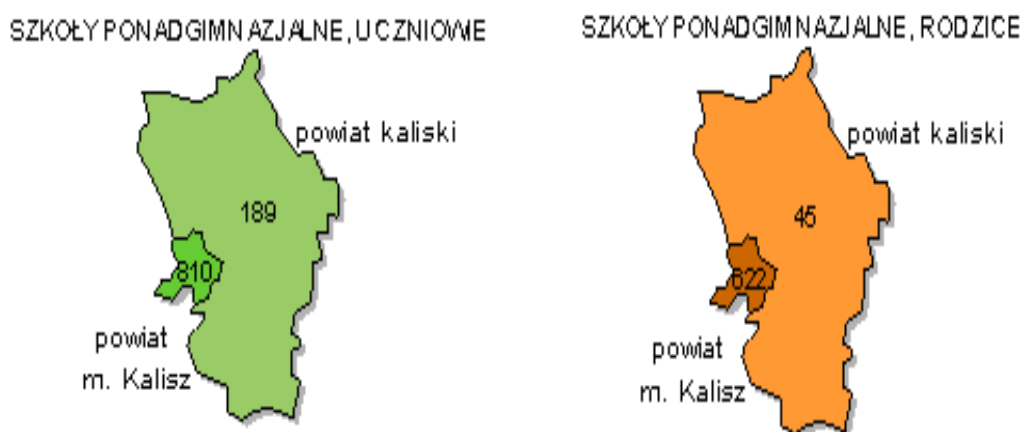
Łącznie od licealistów i ich rodziców uzyskano 1666 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy ankiet. Grupę licealistów i ich rodziców stanowi odpowiednio:

- 1) 799 i 620 ankietowanych z powiatu miasta Kalisza oraz
- 2) 200 i 47 respondentów z powiatu ziemskiego Kalisz.

W wyniku ankietyzacji rodziców uczniów szkół licealnych, uzyskano zwrotnie wypełnione kwestionariusze ankiety od 93% rodziców z powiatu miasta Kalisza i tylko od 7% z powiatu ziemskiego Kalisz. Rodzice z powiatu ziemskiego Kalisz, pomimo próśb i dwukrotnego wydłużania terminu dotyczącego zwrotności kwestionariuszy

ankiet, wykazali zdecydowanie mniejsze zainteresowanie badaniami w porównaniu do rodziców z powiatu miasta Kalisza.

Przy doborze jednostek do badań wzięto pod uwagę następujące kryteria: powiat, rodzaj szkoły, klasę (tab. II). Obliczenia liczebności próby w poszczególnych kategoriach wykonano w oparciu o dobór warstwowy proporcjonalny, (czyli zachowując proporcje z populacji generalnej). Szkoły wylosowano w sposób prosty, zależny.



Ryc. 1. Liczby ankietowanych uczniów i ich rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

Tab. II. Rodzaj szkoły ponadgimnazjalnej z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza - z podaniem liczb uczniów klas I i II, objętych badaniami ankietowymi.

SZKOŁY PONADGIMNAZJALNE (POWIAT MIASTO KALISZ)	KLASA	
	I	II
Zespół Szkół Ekonomicznych	196	185
Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych nr 1	290	260
SZKOŁY PONADGIMNAZJALNE (POWIAT ZIEMSKI KALISZ)	KLASA	
	I	II
Liceum Profilowane w Godzieszach	25	25
Zespół Szkół nr 1 w Liskowie	106	84

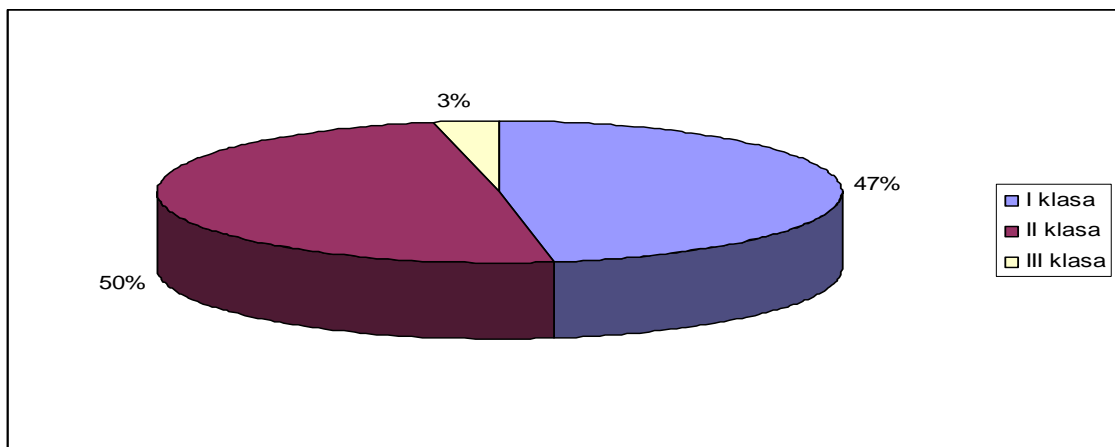
3. Etap trzeci: Opracowanie statystyczne

Dane z 1666 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy ankiet w wersji papierowej, zebranych od licealistów i ich rodziców, zostały następnie wprowadzone do centralnej, elektronicznej bazy danych. Do tego celu wykorzystano zintegrowany

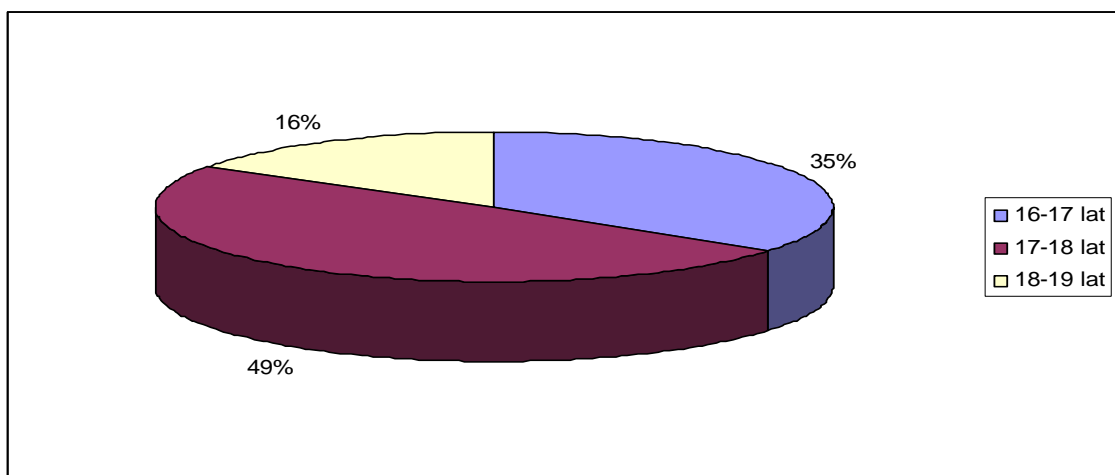
system wprowadzenia i gromadzenia danych ankietowych. Na podstawie danych zebranych w bazie, zostały przeprowadzone analizy statystyczne (program: STATISTICA). Do badań różnic statystycznych stosowano test χ^2 Pearsona i współczynnik zbieżności V Cramera. Za różnice istotne statystycznie uznano te, dla których poziom istotności $p \leq 0,05$.

4. Charakterystyka badanych

Poddani badaniom uczniowie z klas I-III szkół licealnych (ryc. 2) w większości mieścili się w przedziale wiekowym 17-18 lat (ryc. 3). Najmniej liczną grupę (3%) stanowiła młodzież z klas trzecich.

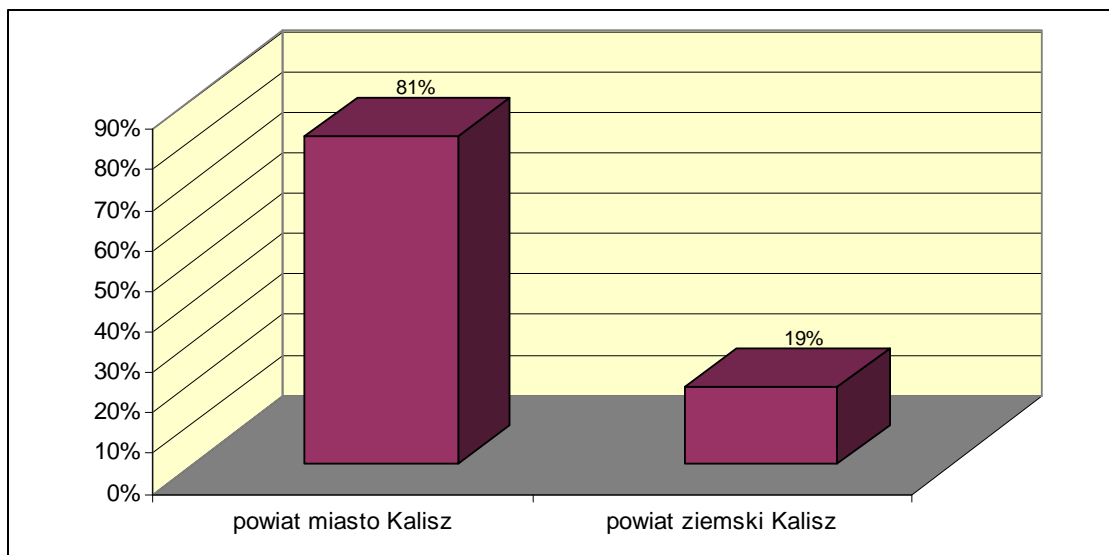


Ryc. 2. Rozkład procentowy - z podziałem na klasy I, II i III - uczniów biorących udział w badaniach.



Ryc. 3. Rozkład procentowy – wg wieku – uczniów biorących udział w badaniach.

W badaniach wzięło udział 679 dziewcząt i 320 chłopów, co stanowiło odpowiednio 68% i 32% kaliskich licealistów. Analizując strukturę ankietowanych można zauważyć, że zaledwie, co piąty uczeń mieszkał w powiecie ziemskim Kalisz (ryc. 4).

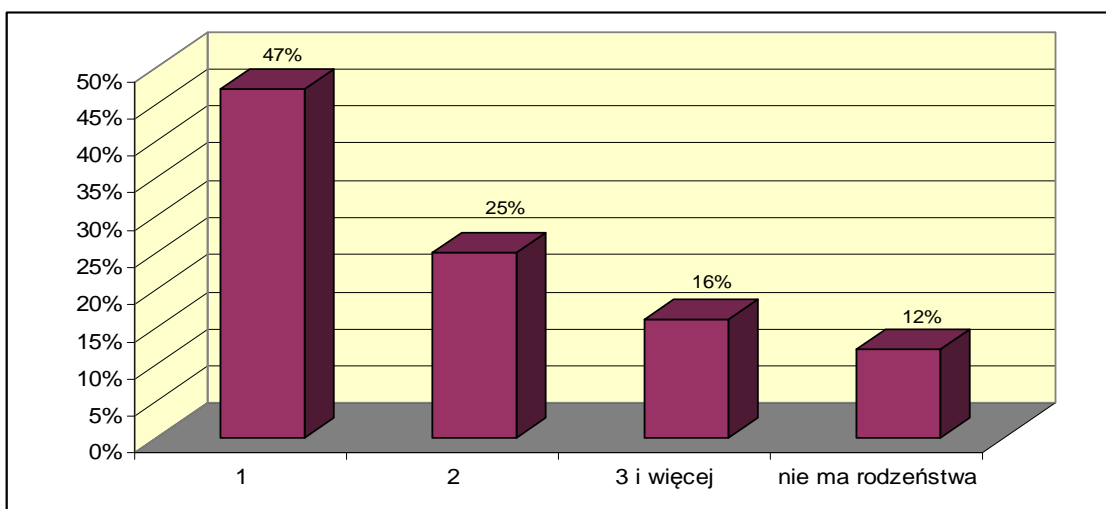


Ryc. 4. Odsetek ankietowanych spośród ogółu licealistów pochodzących z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

Większość uczniów mieszkała z matką, ojcem i rodzeństwem (tab. III). 47% respondentów miała jednego brata lub siostrę (ryc. 5). Spośród ankietowanej młodzieży 83% deklarowało, że pracuje ojciec, natomiast 79%, że matka (tab. IV).

Tab. III. Członkowie rodziny mieszkający z ankietowanymi licealistami z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

Członkowie rodziny	n	%
matka	964	96,8
ojciec	869	87,2
rodzeństwo	776	77,9
opiekun inny niż rodzic	73	7,3

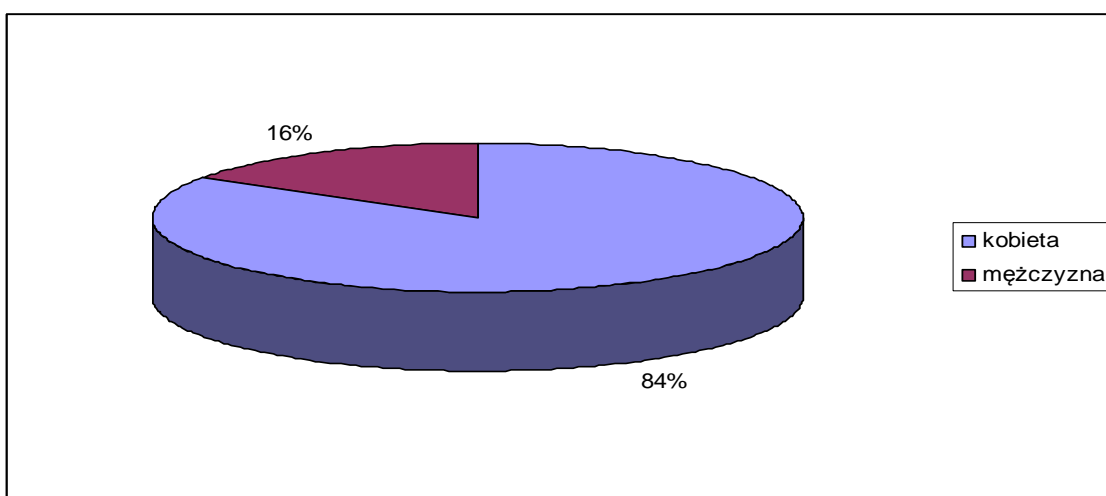


Ryc. 5. Liczba rodzeństwa ankietowanych licealistów kaliskich.

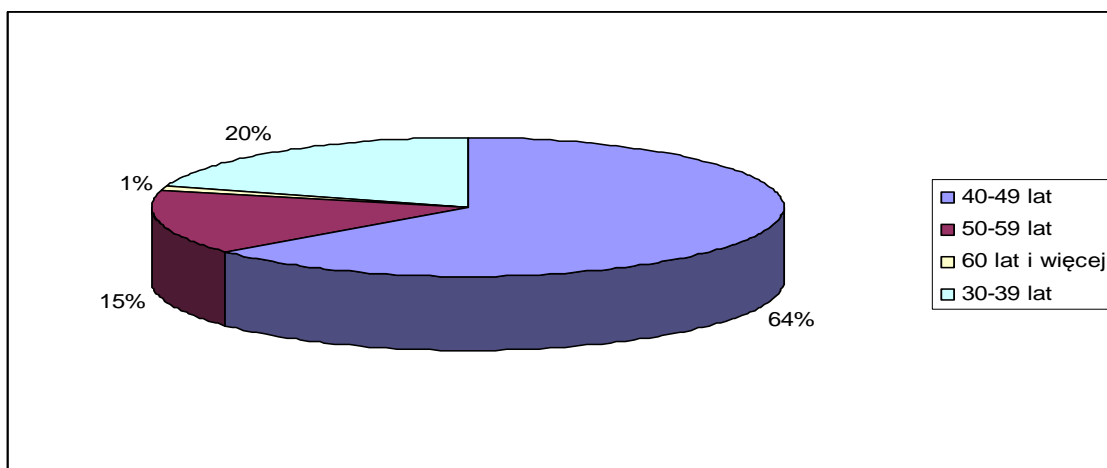
Tab. IV. Liczba pracujących rodziców bądź opiekunów - w opinii licealistów.

Pracujący rodzic bądź opiekun	n	%
ojciec	822	82,7
matka	786	79,1
opiekun	27	2,7
nikt	24	2,4

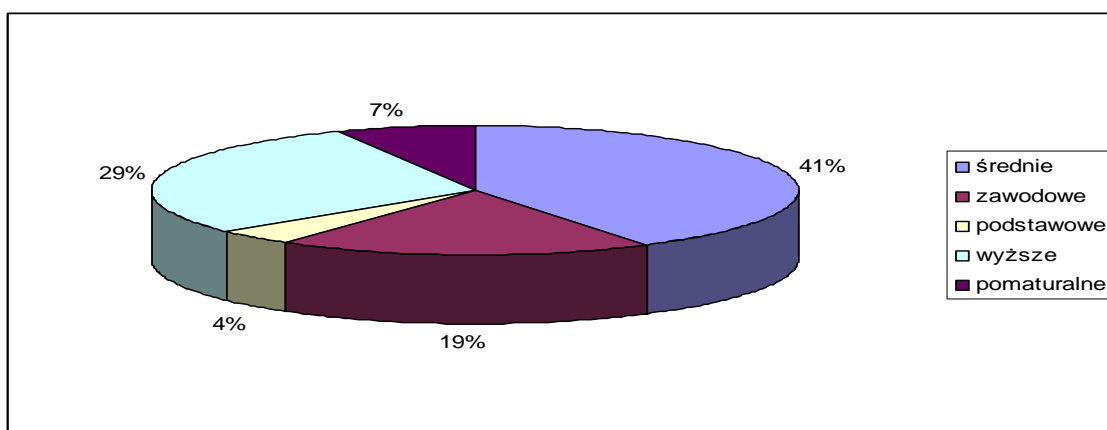
W grupie rodziców było 560 kobiet i 107 mężczyzn, co stanowiło odpowiednio 84% i 16% respondentów. Wśród rodziców, którzy wypełnili kwestionariusz ankiety, dominowały kobiety. Wynika z tego, że to one biorą głównie udział w procesie wychowywania dzieci (ryc. 6). 64% rodziców była w wieku 40-49 lat (ryc. 7), z najczęściej posiadanym wykształceniem średnim - 41% (ryc. 8).



Ryc. 6. Rodzice z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.



Ryc. 7. Wiek ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

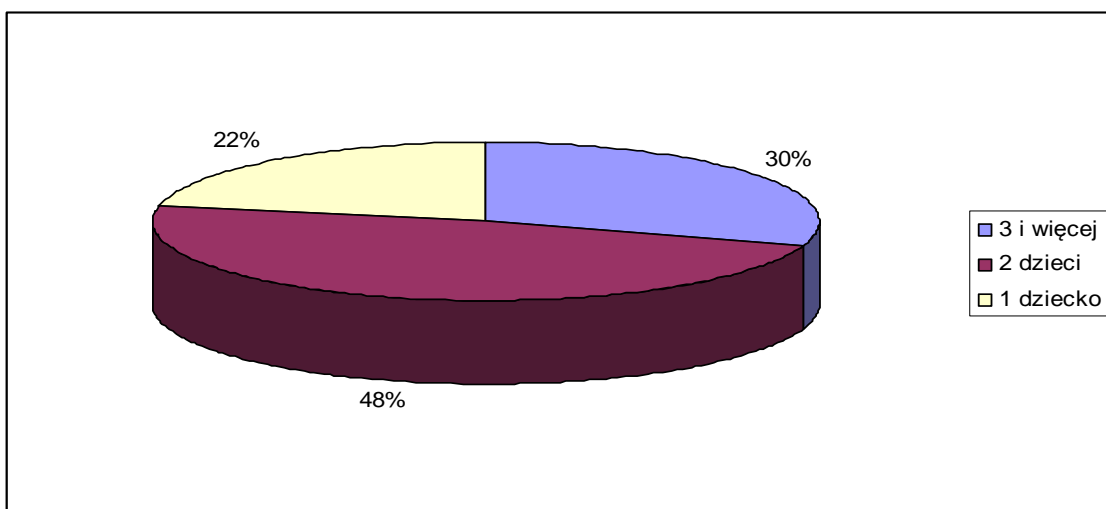


Ryc. 8. Wykształcenie ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

Zdecydowana większość badanych rodziców (88%) tworzyła rodzinę pełną (tab. V), przy czym z co najmniej dwójką dzieci było 48% rodzin (ryc. 9).

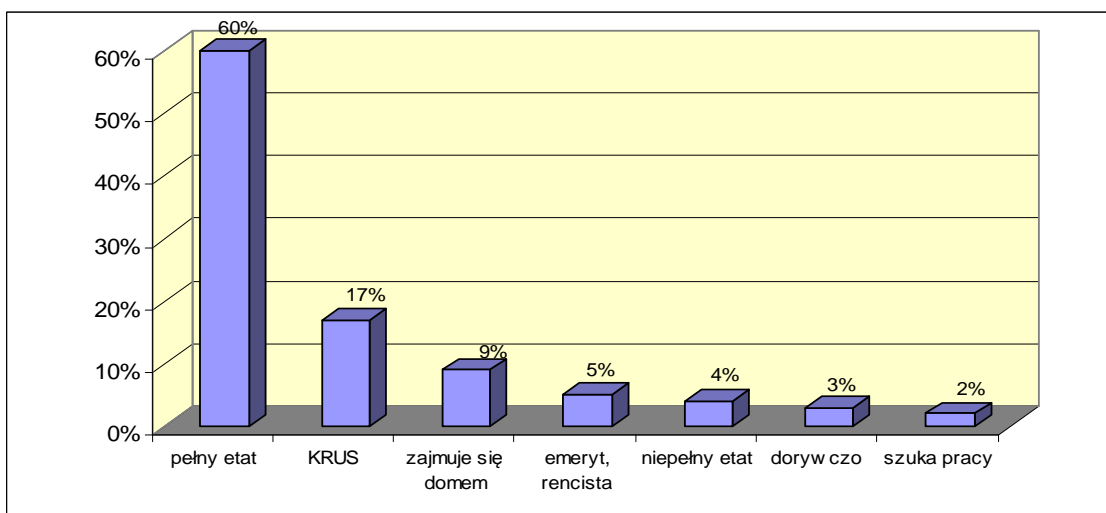
Tab. V. Struktura rodziny przedstawiana przez rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

Struktura rodziny	n	%
pełna	579	88,0
niepełna	76	11,5
zastępcza	3	0,5



Ryc. 9. Liczba dzieci w rodzinie – podana przez ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

Większość ankietowanych rodziców (60%) pracowało w pełnym wymiarze (ryc. 10). Analizując zawód wykonywany przez badanych rodziców stwierdzono, że byli to przede wszystkim specjaliści - 36%, technicy i inny średni personel - 16%, pracownicy usług osobistych i sprzedawcy - 15%, pracownicy biurowi - 12% oraz robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy - 9% (tab. VI).



Ryc. 10. Status zatrudnienia ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

Tab. VI. Zawody ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

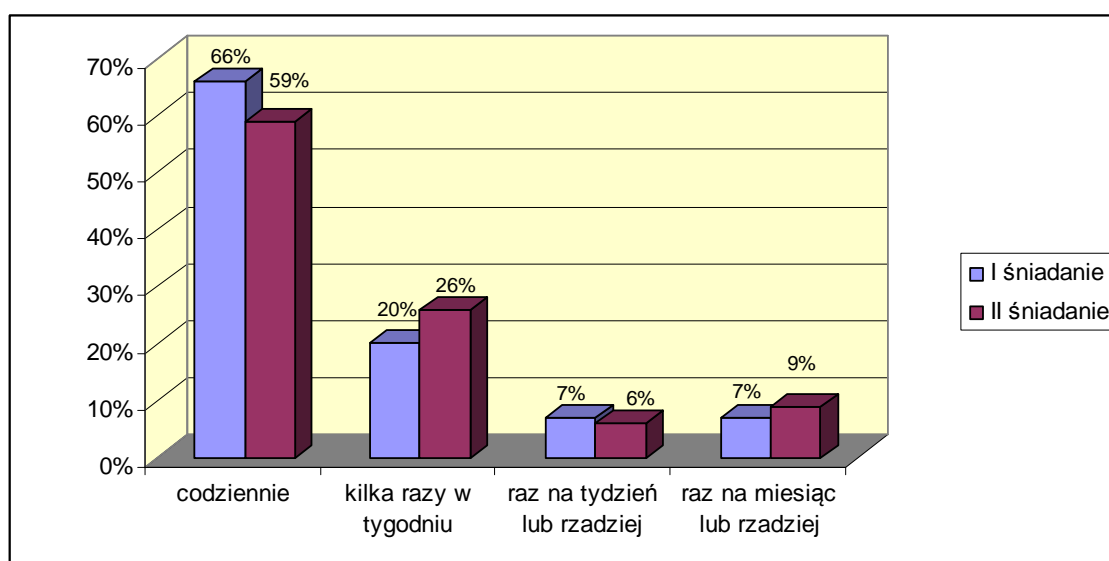
Zawody rodziców	n	%
specjaliści (m.in. informatycy, inżynierowie, nauczyciele, lekarze, ekonomiści, prawnicy, filolodzy)	160	36,0
technicy i inny średni personel (m.in. technicy budowlani, elektrycy, mechanicy, optycy, pośrednicy ubezpieczeniowi, instruktorzy prawa jazdy, księgowi)	70	15,7
pracownicy usług osobistych i sprzedawcy (m.in. przewodnicy turystyczni, kucharze, kelnerzy, opiekunki dziecięce, fryzjerzy, ochroniarze, sprzedawcy, modelki)	67	15,1
pracownicy biurowi (m.in. sekretarki, magazynierzy, recepcjoniści, kasjerzy, telefoniści, pracownicy biur podróży)	54	12,1
robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy (m.in. górnicy, murarze, posadzkarze, tynkarze, monterzy instalacji, malarze, piekarze, cukiernicy, stolarze, krawcy)	42	9,4
pracownicy przy pracach prostych (sprzedawcy uliczni, pomoce i sprzątaczkę biurowe, pomoc kuchenna, gospodarze budynków, gońcy, bagażowi, portierzy, ładowacze nieczystości)	21	4,7
rolnicy, leśnicy (m.in. hodowcy zwierząt)	16	3,6
operatorzy oraz monterzy maszyn i urządzeń (m.in. operatorzy urządzeń do obróbki drewna, metalu, kierowcy, maszyniści operatorzy maszyn budowlanych, hutniczych, górniczych)	9	2,0
władze publiczne, kierownicy	3	0,7
własna działalność	3	0,7

IV. WYNIKI BADAŃ

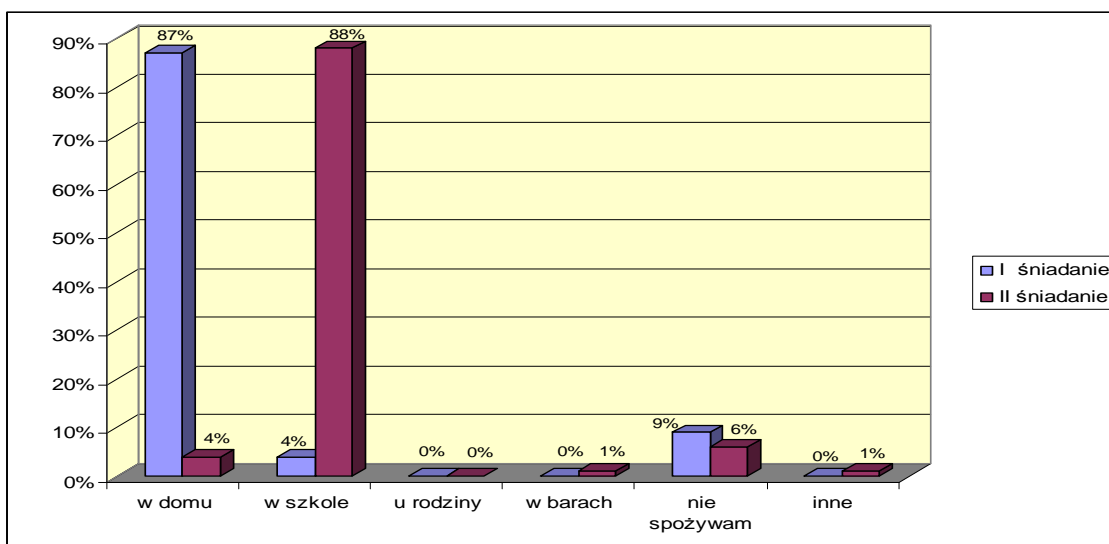
1. Zachowania zdrowotne uczniów szkół licealnych

Zwyczaje żywieniowe

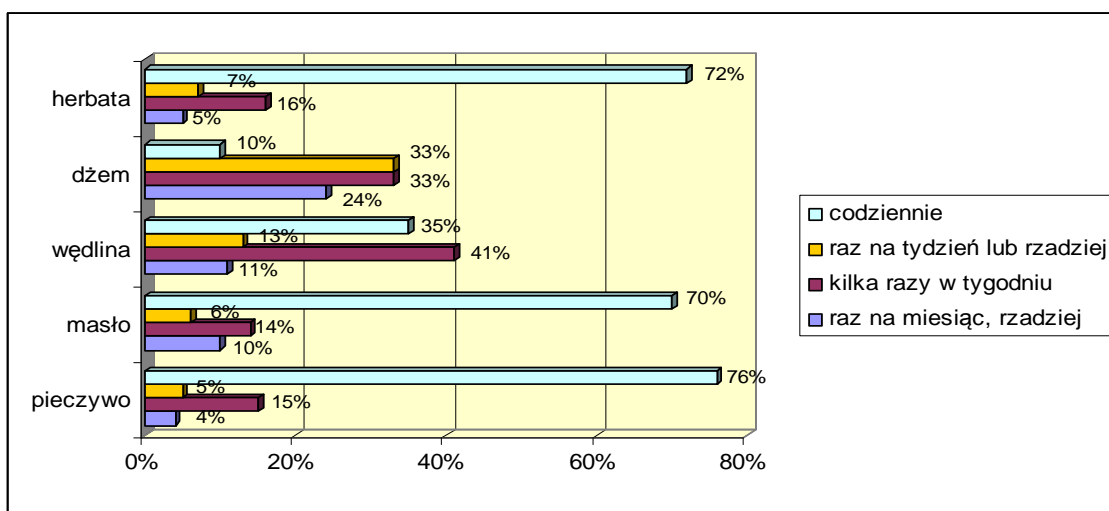
Pierwsze śniadanie spożywało codziennie 66% badanych (ryc. 11), z czego 87% jadło w domu, rzadziej w szkole - 4% (ryc. 12). Podstawę śniadania każdego dnia stanowiło pieczywo - 76%, masło - 70%, kubek herbaty - 72% i wędlina - 35% (ryc. 13). Licealiści podczas ранego posiłku rzadko pili mleko - 15% i przetwory mleczne - 11% (ryc. 14). Drugie śniadanie, najczęściej w szkole, konsumowało 59% ankietowanych. Były to kanapki - 85%, drożdżówki - 51% i owoce - 45% (tab. VII).



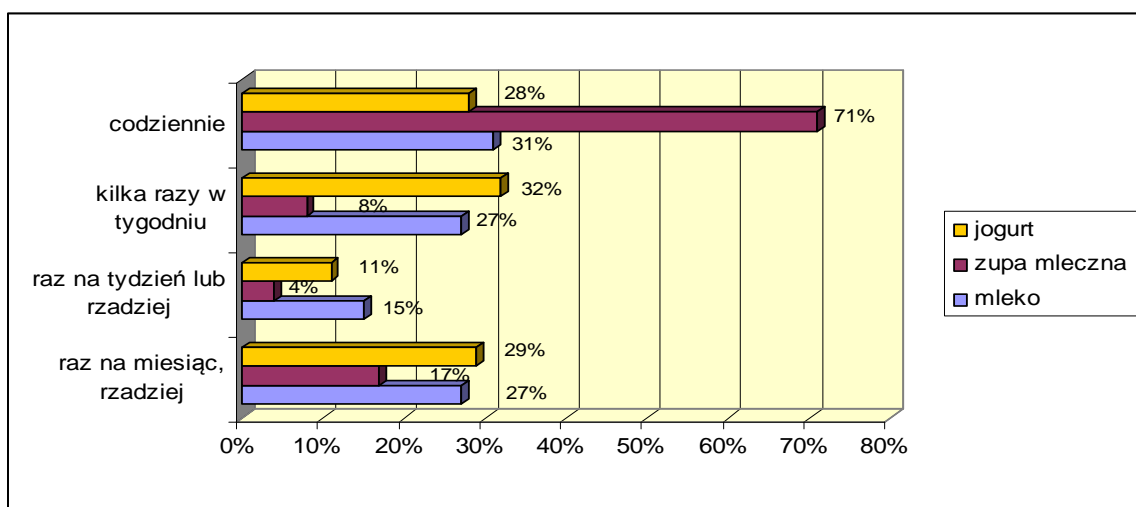
Ryc. 11. Częstość spożywania przez licealistów I. i II. śniadania.



Ryc. 12. Miejsca, w których licealiści spożywali I. i II. śniadania.



Ryc. 13. Częstość spożywania przez licealistów wybranych najpopularniejszych produktów na I. śniadanie.

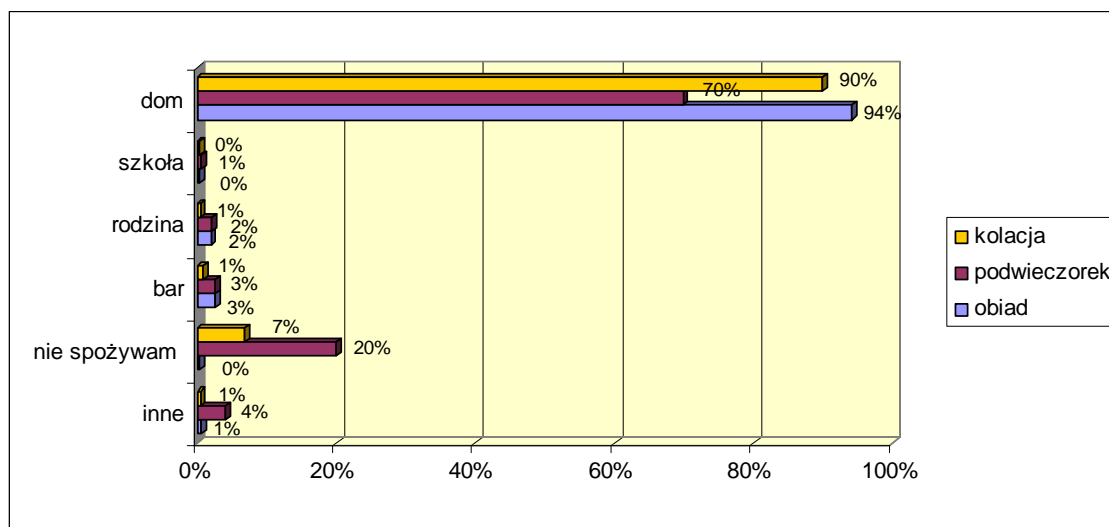


Ryc. 14. Częstość spożywania przez licealistów mleka i przetworów mlecznych podczas I. śniadania.

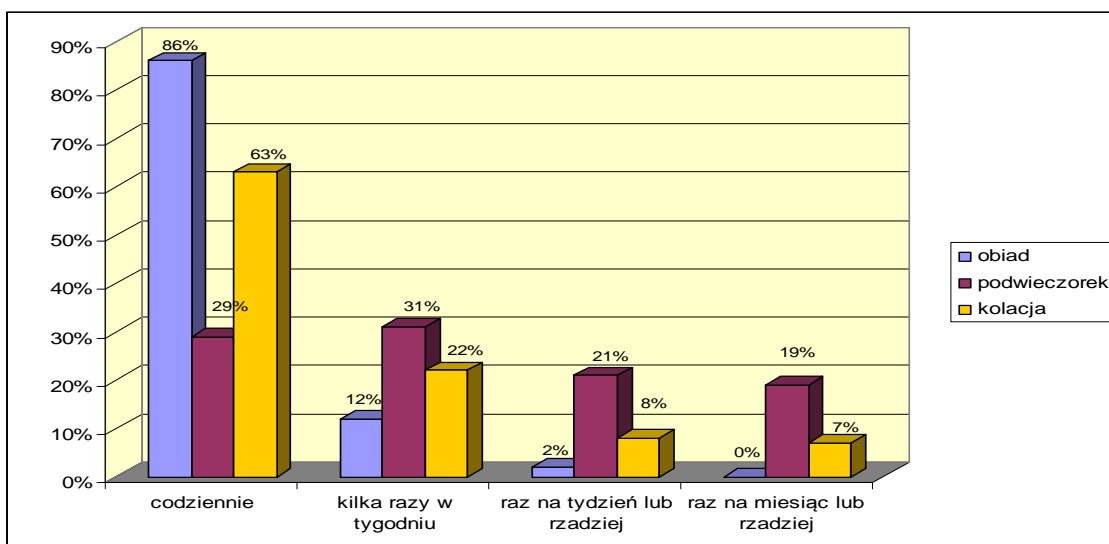
Tab. VII. Rodzaj najczęściej spożywanym przez licealistów produktów na II. śniadanie.

Najczęściej spożywane produkty przez licealistów	N=963	
	N	%
kanapka	821	85,2
drożdżówka	492	51,1
owoce	432	44,9
jogurt	303	31,5
słodycze	220	22,8
fast-food	94	9,8
herbata	89	9,2
chipsy	45	4,7
kubek mleka	21	2,2
inne	30	3,1

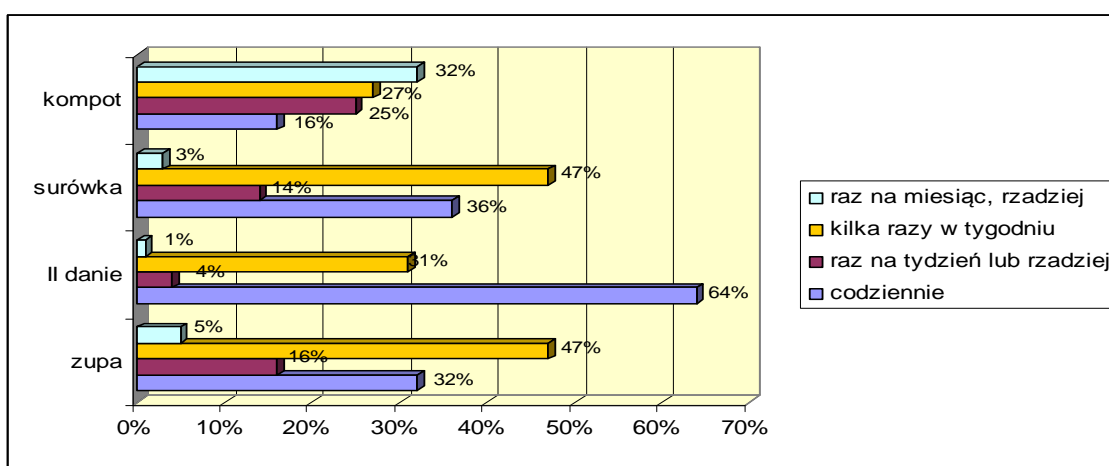
Obiad (ryc. 15), najczęściej w domu (94%), konsumowało 86% młodzieży (ryc. 16), z czego 32% badanych spożywało codziennie zupę, 64% drugie danie, 36% surówkę, a 16% kompot (ryc. 17). Co trzecia osoba przyznała, że codziennie jadła podwieczorek, były to najczęściej owoce - 75%, ciastka - 49% i słodycze 48% (tab. VIII). Kolację jadło codziennie 63% (ryc. 16) ankietowanych. Podstawę kolacji stanowiły kanapki - 91%, herbata - 78% i dania ciepłe - 33% (tab. IX).



Ryc. 15. Wskazywane przez licealistów miejsca spożywania obiadów, podwieczorków i kolacji.



Ryc. 16. Częstość spożywania obiadów przez licealistów.



Ryc. 17. Częstość spożywania poszczególnych dań obiadowych przez licealistów.

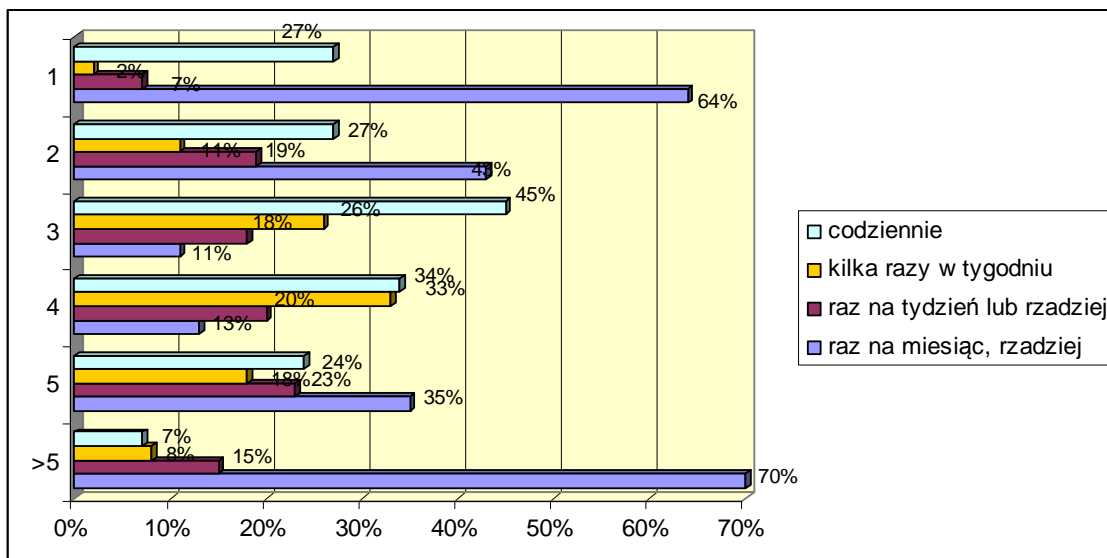
Tab. VIII. Rodzaj spożywanego przez licealistów produktów na podwieczerek.

Rodzaj produktów spożywanego na podwieczerek	N=933	
	n	%
owoce	700	75,0
ciastka	458	49,1
słodycze	449	48,1
inne	164	17,6

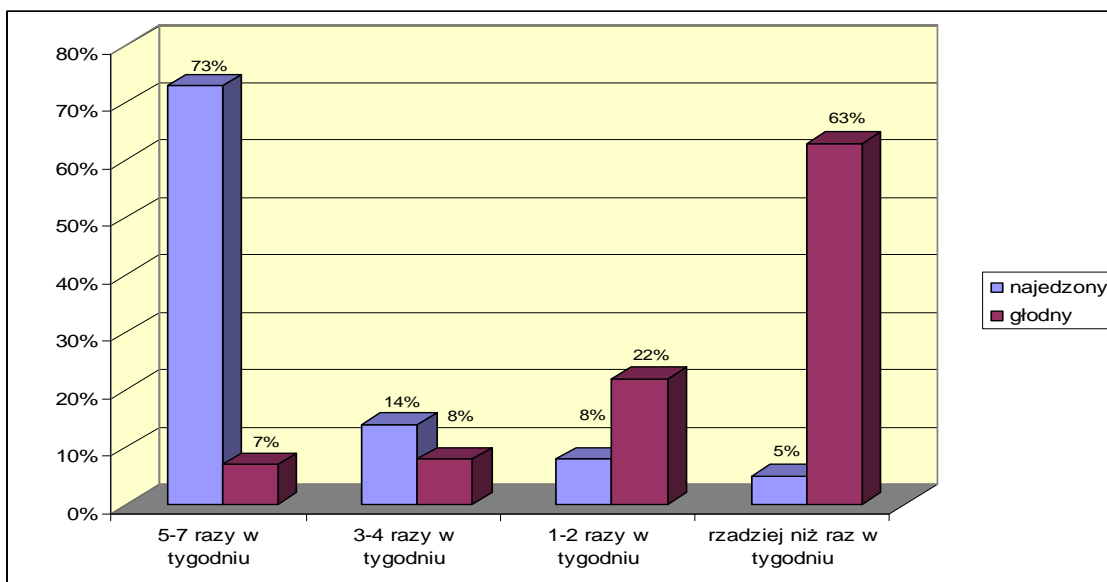
Tab. IX. Rodzaj spożywanego przez licealistów produktów na kolację.

Rodzaj produktów spożywanego na kolację	N=976	
	n	%
kanapki	884	90,6
herbata	761	78,0
dania ciepłe	321	32,9
mleko	190	19,5
inne	88	9,0

Licealiści spożywali najczęściej 3 lub 4 posiłki dziennie, ale aż 27% spośród nich twierdziło, że każdego dnia je tylko jeden posiłek (ryc. 18). Chociaż na ogół nie byli oni głodni, to jednak codzienne doświadczanie głodu deklarowało 7% ankietowanych (ryc. 19).



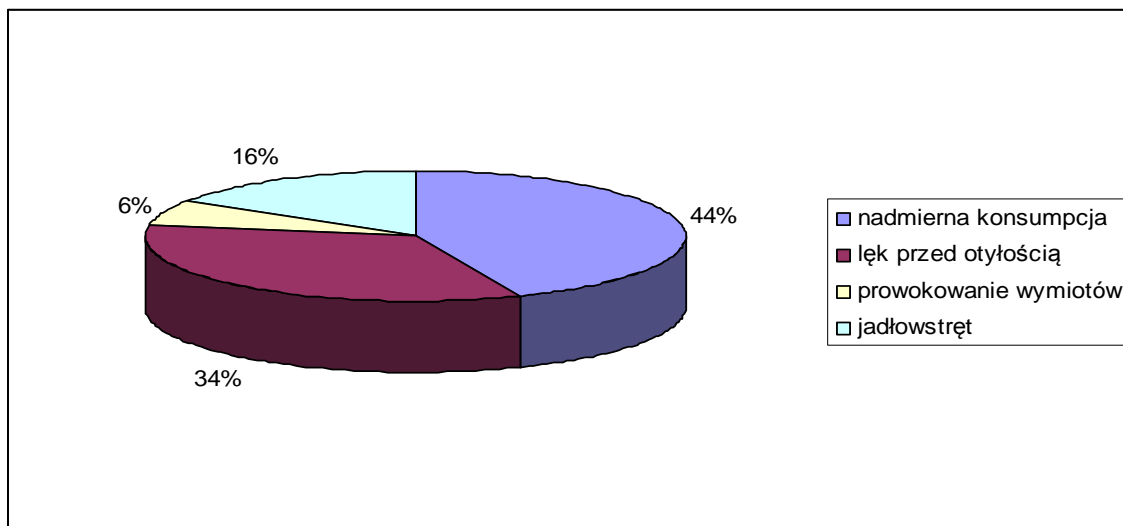
Ryc. 18. Liczba spożywanych dziennie posiłków przez licealistów.



Ryc. 19. Liczba dni w tygodniu, podczas których licealiści deklarowali, że są najedzeni bądź głodni.

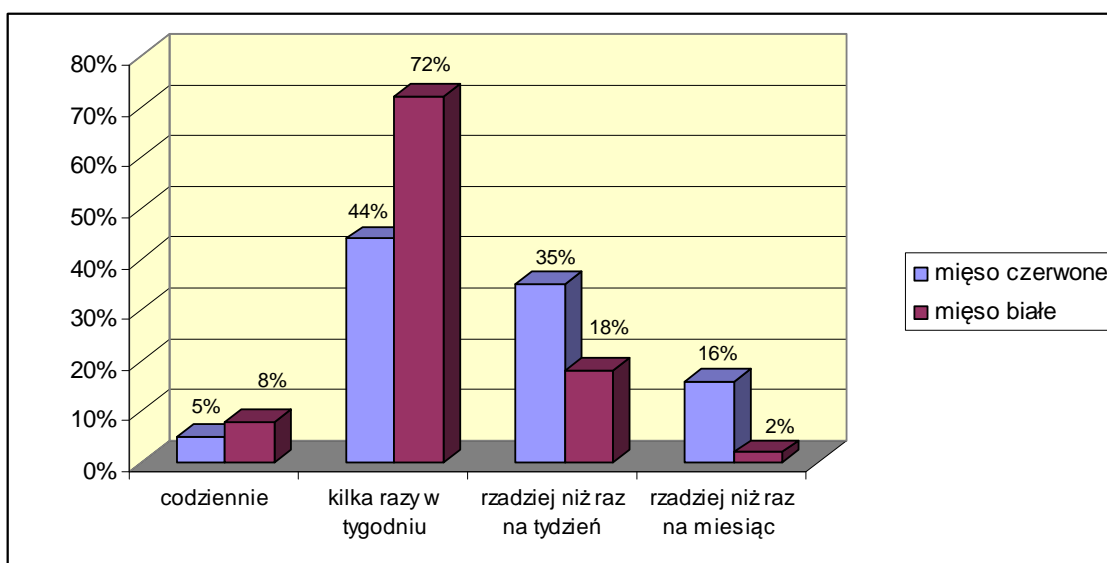
Spśród badanych licealistów aż 44% przyznało, że postrzega u siebie problemy spowodowane nadmierną konsumpcją pokarmów. Jednym z tych problemów była obawa przybrania na wadze, co wskazało aż 34% badanych (ryc. 20). Znacznie poważniejsze z punktu widzenia klinicznego było to, że 6% licealistów prowokowało

u siebie wymioty i aż 16% wykazywało niechęć do jedzenia (jadłowstręt). Te wyniki potwierdzają więc to, na co wskazuje szereg autorów, że anoreksja staje się coraz poważniejszym problemem klinicznym w odniesieniu do młodzieży szkolnej [241,242,243].

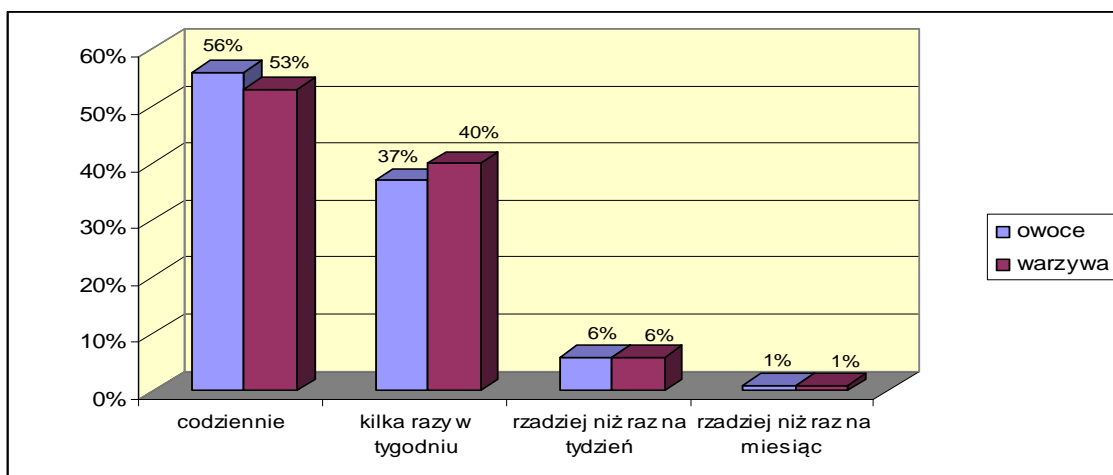


Ryc. 20. Postrzeżenie zmiany własnej sylwetki w opinii ankietowanych licealistów.

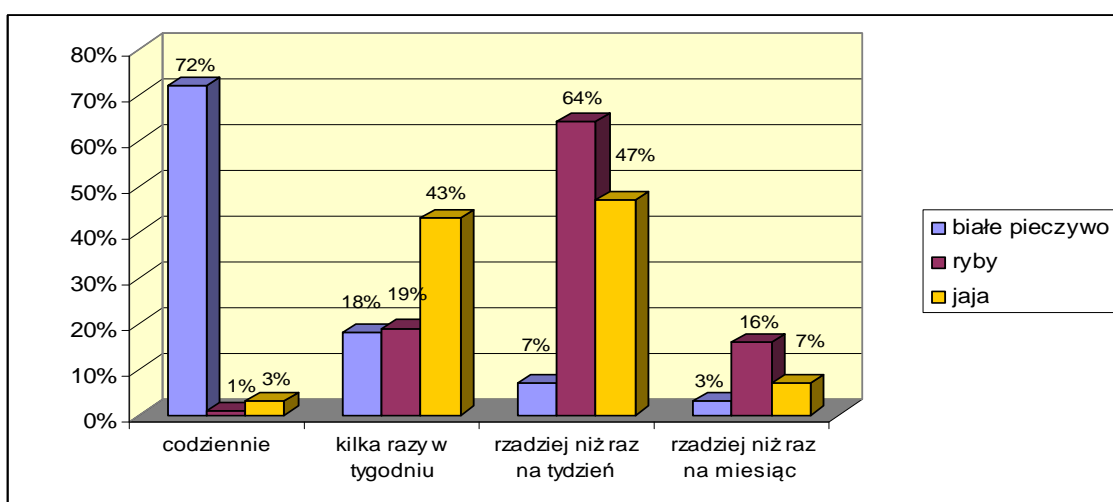
Z analizy rodzaju produktów spożywanych w ciągu dnia wynika, że uczniowie częściej jedli mięso białe - 8% niż mięso czerwone - 5% (ryc. 21). Porównywalna była częstotliwość konsumowania owoców - 56% i warzyw - 53% (ryc. 22). Codziennie aż 72% licealistów sięgało po niezalecane, jako prozdrowotne białe pieczywo, przy jednocześnie sporadycznej konsumpcji ryb - 16% i jaj - 7% (ryc. 23).



Ryc. 21. Porównanie częstości spożywania przez licealistów mięsa czerwonego i białego.

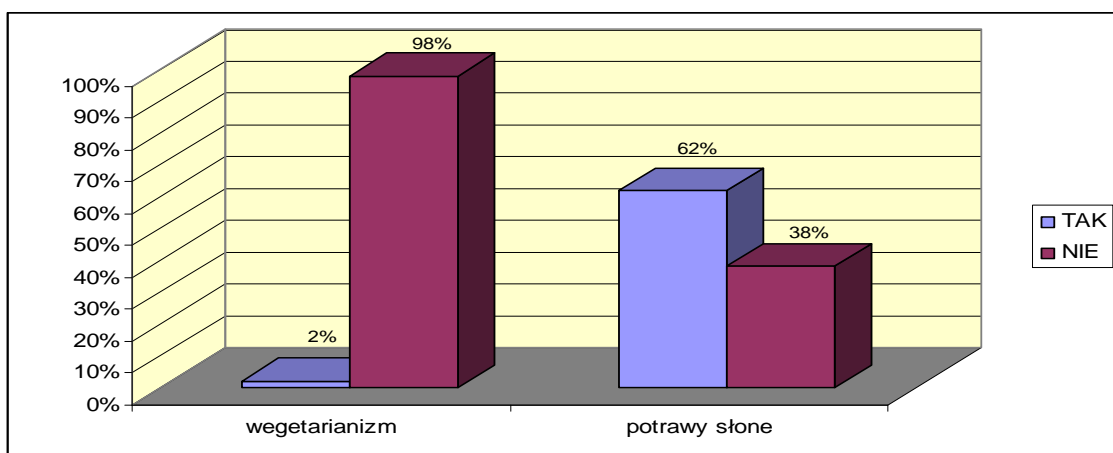


Ryc. 22. Częstość spożywania przez licealistów owoców i warzyw.



Ryc. 23. Częstość spożywania przez licealistów białego pieczywa, ryb i jaj.

2% badanych licealistów zadeklarowało wegetarianizm, natomiast 62% przyznało, że lubi potrawy słone (ryc. 24).



Ryc. 24 Odsetek licealistów deklarujących wegetarianizm oraz preferujących słone potrawy.

Wśród najbardziej lubianych potraw wymieniane były: zupy - 28%, spaghetti - 22%, lasagne - 22%, pizza - 21% oraz produkty pochodzenia mlecznego - 20% (tab. X). Do najczęściej wymienianych nielubianych potraw należały: zupy - 51%, warzywa - 36% i podroby - 20% (tab. X).

Tab. X. Najczęściej wymieniane przez licealistów lubiane i nielubiane potrawy.

Lubiane potrawy	N=929		Nielubiane potrawy	N=875	
	n	%		n	%
zupa	261	28,1	zupa	444	50,7
lasagne/spaghetti	207	22,3	warzywa	315	36,0
pizza	194	20,9	podroby	15	20,0
nabiał	184	19,8	dania mięsne	121	13,8
drób	171	18,4	ryby, owoce morza	110	12,6
danie mięsne	167	18,0	nabiał	100	11,4
naleśniki/ omlety	160	17,2	mięso czerwone	90	10,3
pierogi/ pyzy	143	15,4	mięso	68	7,8
kotlety	126	13,6	ziemniaki	63	7,2
sałatki, surówki	123	13,2	wędliny	62	7,1
ziemniaki	113	12,2	kotlety	47	5,4
słodycze, ciasta, desery	112	12,1	sosy	47	5,4
owoce	108	11,6	płatki, zupa mleczna	46	5,3
warzywa	95	10,2	potrawy jarskie	44	5,0
pieczywo, kanapki	68	7,3	słodycze, ciasta, desery	36	4,1
ryby, owoce morza	64	6,9	ryż, kasze	30	3,4
ryż, kasze	52	5,6	fast-foody	29	3,3
fast-food	48	5,2	pierogi, pyzy	24	2,7
makarony	41	4,4	sałatki, surówki	21	2,4
płatki, zupa mleczna	40	4,3	drób	19	2,2
mięso	26	2,8	naleśniki, omlety	14	1,6
wędliny	23	2,5	lasagne, spaghetti	12	1,4
mięso czerwone	17	1,8	owoce	12	1,4
potrawy jarskie	12	1,3	pieczywo, kanapki	9	1,0
sosy	10	1,1	inne	44	5,0

Młodzież najczęściej piła takie napoje, jak: soki - 76%, wodę mineralną - 58%, napoje niegazowane - 58%, herbatę - 57% (tab. XI).

Tab. XI. Najczęściej spożywane przez licealistów napoje.

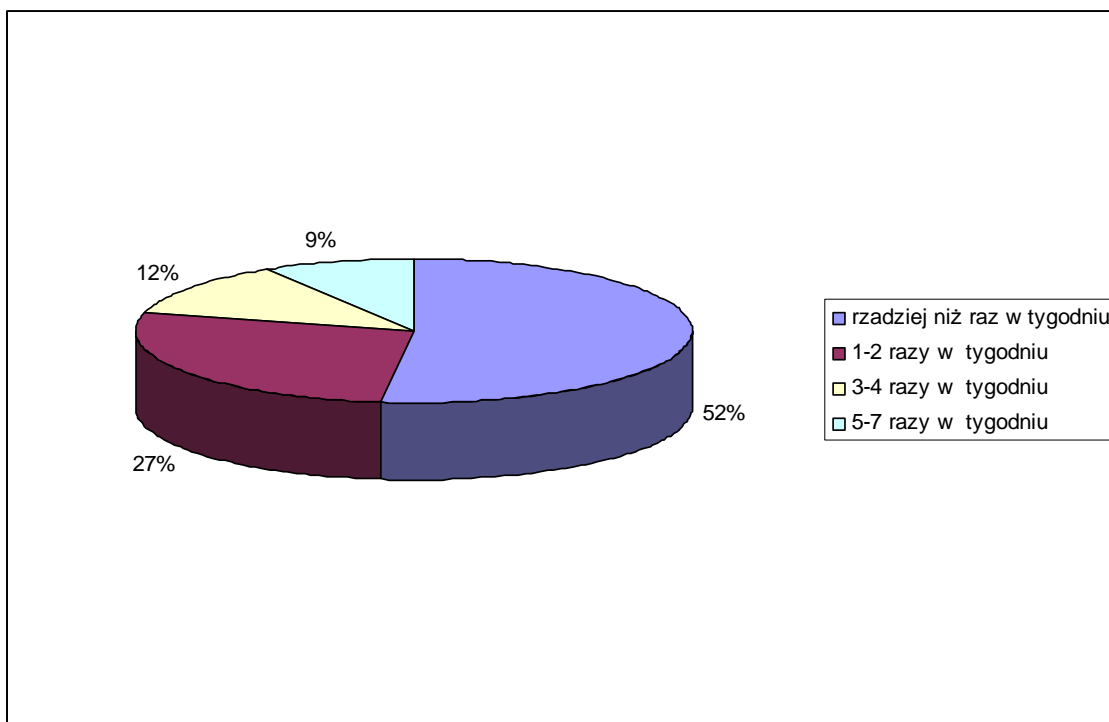
Rodzaj napoju	N=995	
	n	%
sok	753	75,7
woda mineralna	582	58,5
napój niegazowany	573	57,6
herbata	565	56,8
mleko	318	32,0
napój gazowany	440	44,2
napój energetyzujący	240	24,1
inne	77	7,7

78% respondentów dojadło w ciągu dnia. Zwykle spożywane były wtedy owoce - 80%, słodycze - 71%, jogurty - 56% oraz ciastka - 51% (tab. XII).

Tab. XII. Rodzaje produktów spożywanych przez licealistów podczas dojadania między posiłkami.

Rodzaje produktów	N=772	
	n	%
owoce	617	79,9
słodycze	545	70,6
jogurty	463	56,0
ciastka	397	51,4
pieczywo	185	24,0
inne	29	3,8

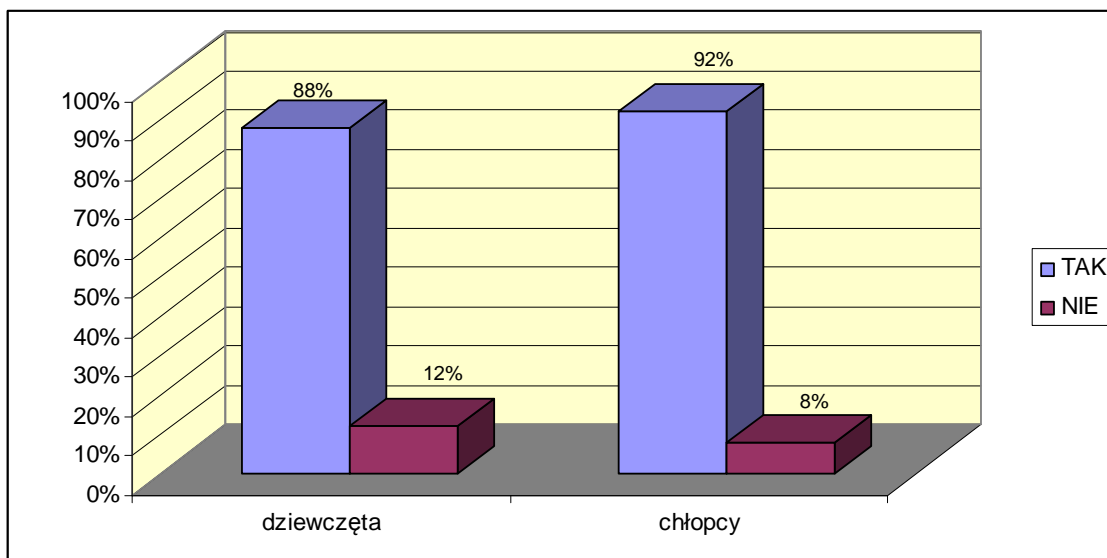
Część licealistów jadła nocami (24%) - przyznając, że robiła to, co noc lub prawie co noc (9%) (ryc. 25).



Ryc. 25 Częstotliwość dojadania przez uczniów w nocy.

Aktywność fizyczna

W zajęciach wychowania fizycznego uczestniczyło 89% licealistów: 599 dziewcząt i 293 chłopców, co stanowiło odpowiednio 88% i 92% (ryc. 26). Spośród 11% uczniów niebiorących udziału w zajęciach wychowania fizycznego przewagę wykazywały dziewczęta (12%) w porównaniu do chłopców (8%).



Ryc. 26. Odsetek licealistów uczestniczących w zajęciach wychowania fizycznego - wg płci.

Według 93% ankietowanych powodem nieuczestniczenia w lekcjach wychowania fizycznego było długoterminowe zwolnienie lekarskie (tab. XIII).

Tab. XIII. Najczęstsze powody nieuczestniczenia przez licealistów w lekcjach wychowania fizycznego.

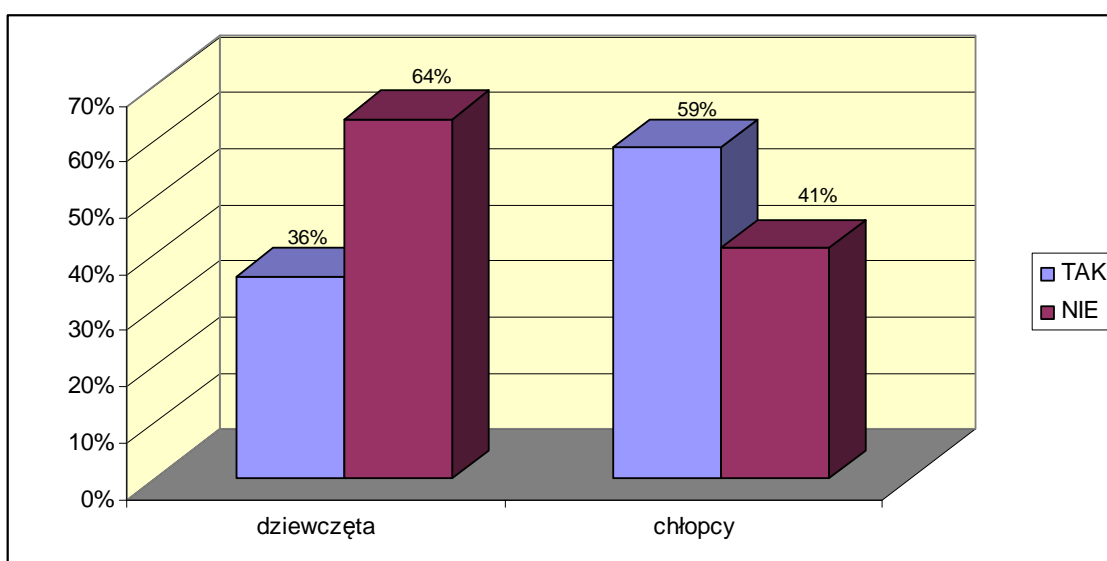
Powód nieuczestniczenia w lekcjach wychowania fizycznego	N=104	
	n	%
zwolnienie lekarskie	97	93,3
niepełnosprawność	2	1,9
inny powód	8	7,7

Spośród zestawionych w tabeli XIV przyczyn nieuczestniczenia w lekcjach wychowania fizycznego najczęstsze były: choroby narządu ruchu (46%) i choroby układu krążenia (16%).

Tab. XIV. Najczęstsze przyczyny nieuczestniczenia przez licealistów w lekcjach wychowania fizycznego.

Przyczyny nieuczestniczenia w lekcjach wychowania fizycznego	N=83	
	n	%
choroby narządu ruchu	38	45,8
choroby układu krążenia	13	15,7
choroby układu oddechowego	5	6,0
choroby układu moczowego	3	3,6
niechęć do lekcji wychowania fizycznego	4	4,8
inne	24	28,9

Chociaż 78% respondentów deklarowało, że lubi lekcje wychowania fizycznego, to jedynie 46% spośród nich chciałoby zwiększyć liczbę zajęć ruchowych. Do tej grupy należało 189 dziewcząt i 244 chłopców, co stanowiło odpowiednio 36% i 59% badanych (ryc. 27). Należy te wyniki ocenić jako niepokojące, świadczące o preferowaniu antyzdrowotnego, sedentarnego stylu życia, co jest narastającym problem wśród młodych ludzi [244].



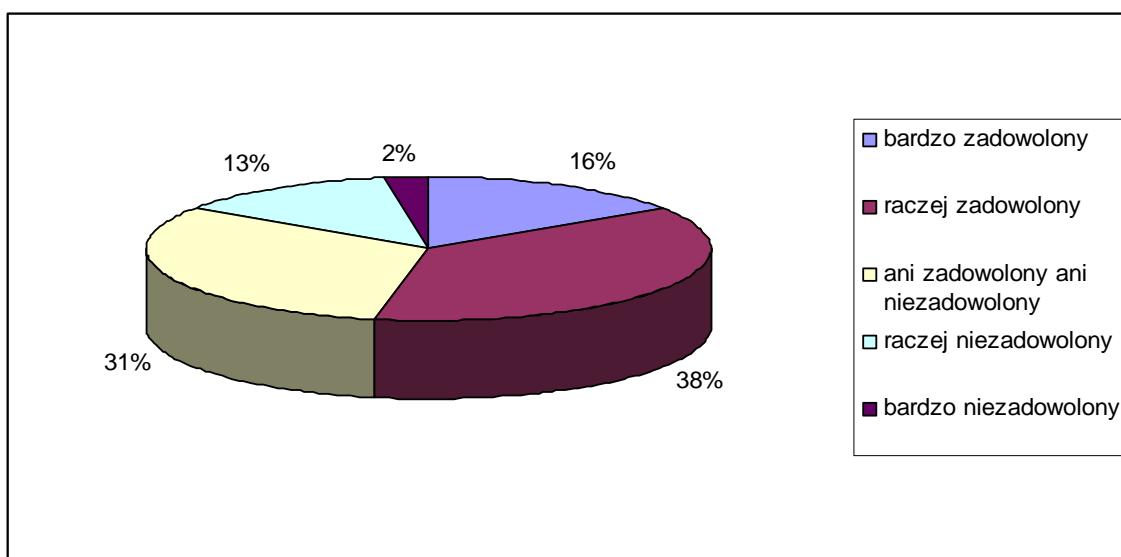
Ryc. 27. Odsetek licealistów deklarujących chęć zwiększenia liczby godzin wychowania fizycznego - wg płci.

Jako swój wysiłek fizyczny w ciągu dnia 81% młodzieży wskazało lekcję wychowania fizycznego a 76% dojście do szkoły (tab. XV).

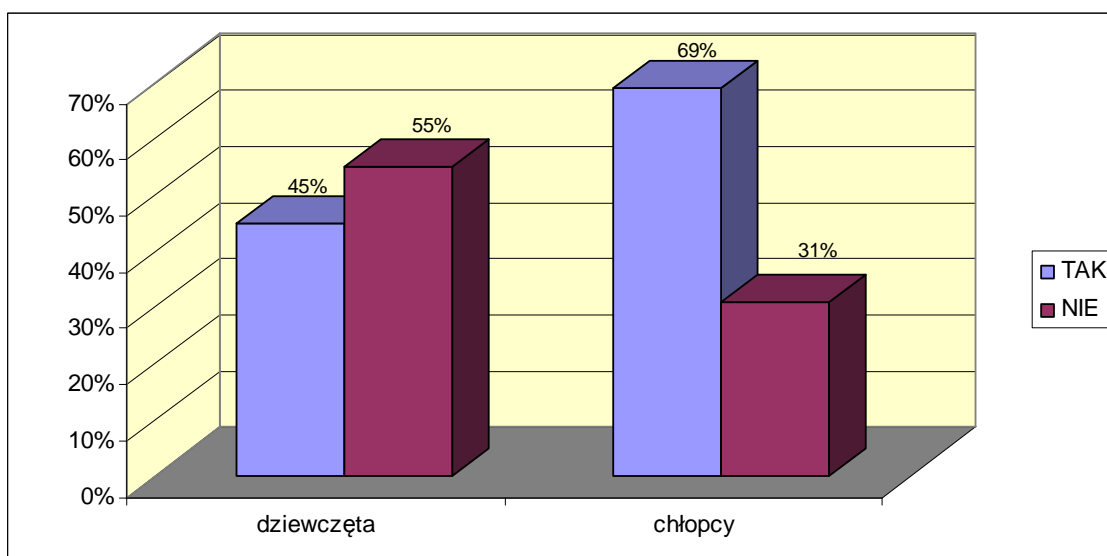
Tab. XV. Najczęściej wskazywany przez licealistów wysiłek fizyczny wykonywany w ciągu dnia.

Wskazywany wysiłek fizyczny	N=990	
	n	%
lekcje WF	804	81,2
dojście do szkoły	757	76,5
sport	421	42,5
gry i zabawy	325	32,8
spacery z psem	298	30,1
pozalekcyjne zajęcia sportowe	137	13,8
inne	72	7,3

Połowa młodzieży była zadowolona, bądź nawet bardzo zadowolona, ze swej aktywności fizycznej, pomimo tego, że była ona niewielka. Świadczy o tym fakt, że dla 76% licealistów największym wysiłkiem fizycznym w ciągu dnia było dojście do szkoły. Jednocześnie prawie tyle samo licealistów wykazywało brak satysfakcji z wykonywania zbyt niskiej aktywności ruchowej (ryc. 28). Do grupy bardzo zadowolonych i raczej zadowolonych z angażowania się we własną aktywność fizyczną należało 45% dziewcząt oraz 69% chłopców (ryc. 29).



Ryc. 28. Zadolenie licealistów z własnej aktywności fizycznej.



Ryc. 29. Odsetek licealistów „bardzo zadowolonych” i „raczej zadowolonych” ze swej własnej aktywności fizycznej - wg płci.

Brak czasu - 71% oraz brak obiektów sportowych - 37% to główne przyczyny niezadowolenia z niskiej aktywności fizycznej (tab. XVI).

Tab. XVI. Najczęstsze powody braku uczestnictwa w pozalekcyjnych zajęciach sportowych podane przez licealistów.

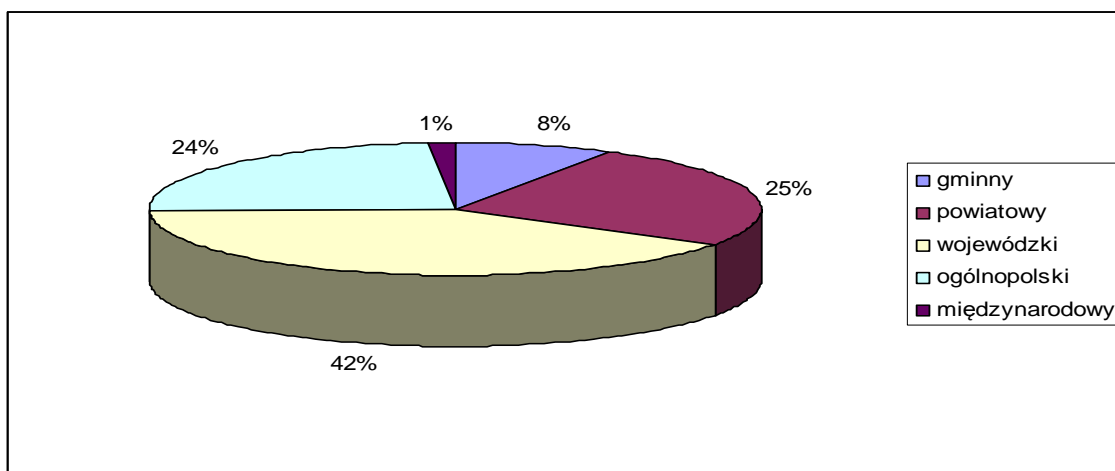
Powody braku uczestnictwa w pozalekcyjnych zajęciach sportowych	N=572	
	N	%
brak czasu	404	70,6
brak obiektów	210	36,7
brak klubu	201	35,1
„samemu trudno”	172	30,1
drogi wynajem	152	26,6
brak sprzętu	124	21,7
jestem leniwa/y	122	21,3
brak nawyku	77	13,5
brak tradycji rodzinnych	53	9,3
brak zainteresowania	21	3,7

Czynne uprawianie wybranej przez siebie dyscypliny sportowej wskazało 22% respondentów. Najpopularniejszymi dyscyplinami sportowymi uprawianymi przez ankietowaną młodzież były: piłka nożna - 34%, piłka siatkowa - 26% i pływanie - 17% (tab. XVII).

Tab. XVII. Najpopularniejsze dyscypliny sportowe uprawiane przez licealistów.

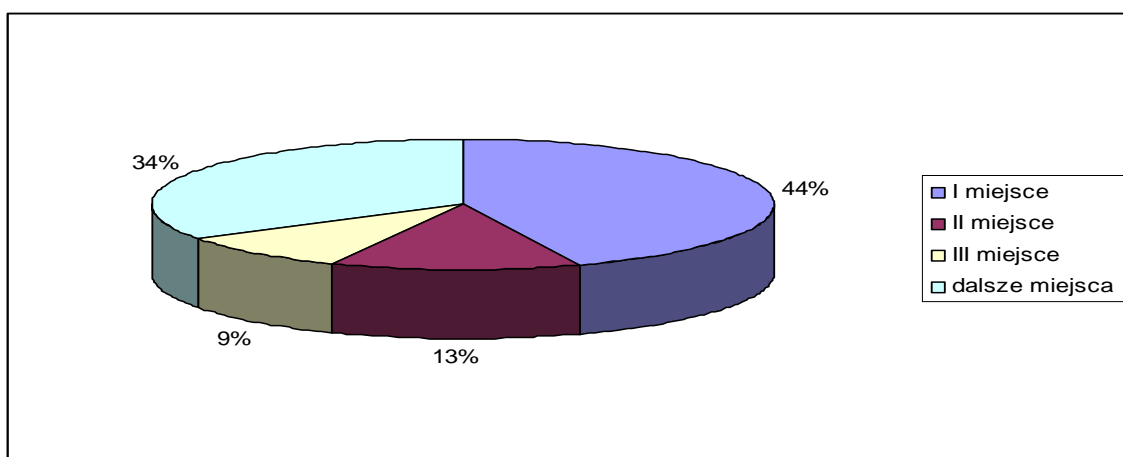
Najczęściej uprawiane dyscypliny sportowe	N=223	
	n	%
piłka nożna	77	34,5
piłka siatkowa	59	26,5
pływanie	37	16,6
gimnastyka	30	13,4
sporty walki	30	13,4
koszykówka	24	10,8
lekkoatletyka	24	10,8
taniec	22	9,9
piłka ręczna	20	9,0
kolarstwo	20	9,0
sporty zimowe	19	8,5
jeździectwo	19	8,5
tenis zimowy	11	4,9
inne	24	10,8

63% respondentów uprawiało rekreacyjnie wybraną przez siebie dyscyplinę sportową. Połowa ankietowanych licealistów twierdziła, że osiągnęła sukces sportowy, wymieniając głównie szczebel wojewódzki - 42% (ryc. 30).



Ryc. 30. Wskazywany przez licealistów z własnym sukcesem sportowym poziom najwyższego osiągnięcia sportowego.

Licealiści podali, że uczestnicząc w zajęciach sportowych wygrywali je, zdobywając wyróżnienia. I, II i III miejsce zdobyło łącznie 66% młodzieży (ryc. 31).



Ryc. 31. Najwyższe zajęte miejsca podczas zawodów, które wskazała młodzież odnosząca sukcesy sportowe.

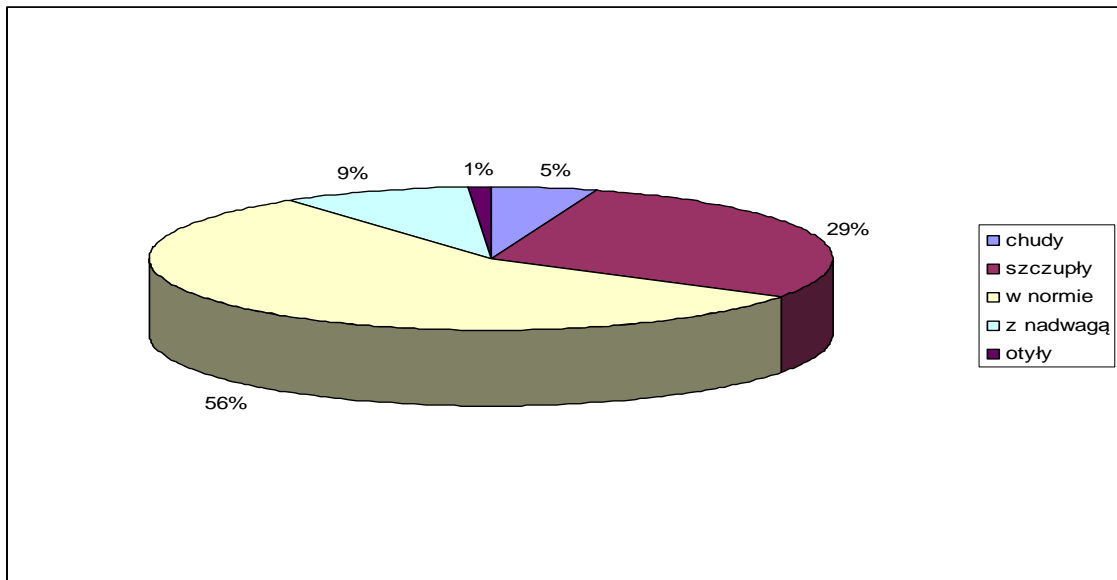
Młodzież była wyposażona we własny sprzęt sportowy. Najczęściej posiadanym sprzętem był rower (97%) bądź piłka (91%) (tab. XVIII).

Tab. XVIII. Najczęściej posiadany przez licealistów własny sprzęt sportowy.

Sprzęt sportowy	N=991	
	n	%
rower	966	97,5
piłka	900	90,8
łyżworolki	374	37,7
motorower	204	20,6
łyżwy	188	19,0
narty	170	17,1
fitness	105	10,6
tenis	41	4,1
skating	32	3,2
sporty zimowe	18	1,8
inne	36	3,6

Budowa ciała badanych

Większość badanych (56%) uważało, że ich masa ciała jest w normie, 5% twierdziło, że są chudzi, 29% - że są szczupli, 9% - że mają nadwagę a 1% - że są otyli (ryc. 32).

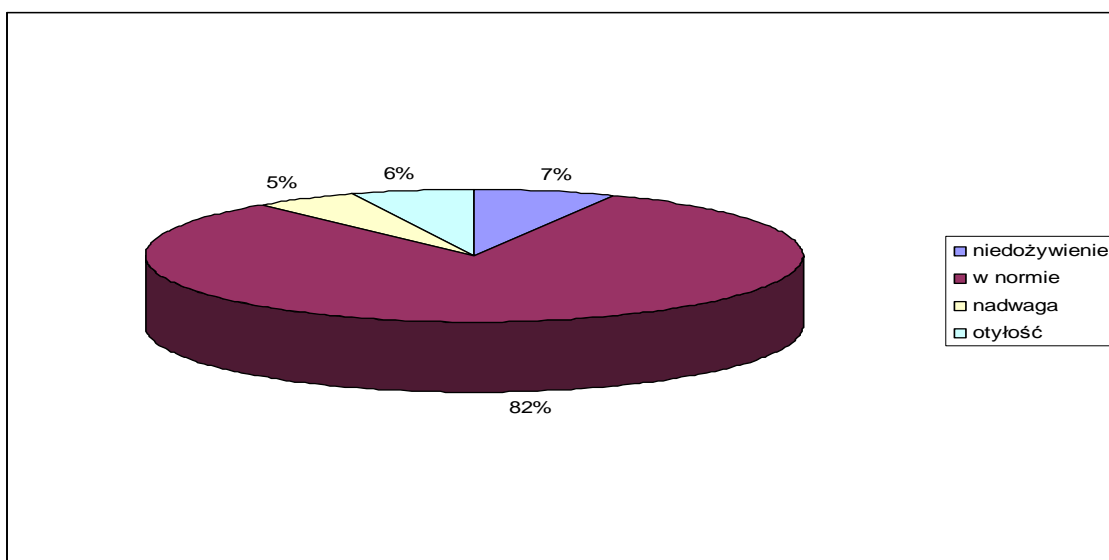


Ryc. 32. Ocena przez licealistów własnej masy ciała.

Jeśli skonfrontować te informacje z danymi dotyczącymi stanu odżywiania z ryciny 33, to można zauważyć pewne rozbieżności. Zgodnie z nimi bowiem, młodzieży z nadwagą było niespełna 5%, otyłych 6%, natomiast niedożywionych 7%. W przypadku młodzieży 17-18-letniej zastosowano obliczenia dotyczące masy ciała, które odnoszą się do metodologii siatek centylowych zalecanych przez WHO i dostosowanych do warunków polskich przez Instytut Matki i Dziecka [30]. W stosunku do młodzieży 19-letniej zastosowano obliczenia należnej masy ciała, BMI wg następującego wzoru:

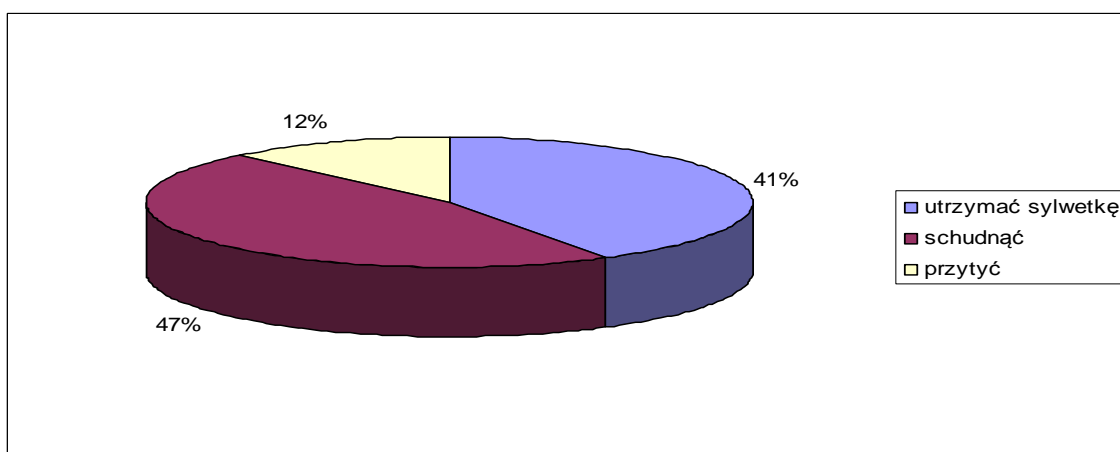
$$\text{BMI} = \text{masa ciała} / \text{wysokość ciała}^2 \text{ [kg/m}^2\text{]}$$

Przy obliczaniu wskaźnika BMI opierano się na podawanych przez respondentów wartościach masy i wysokości ciała.

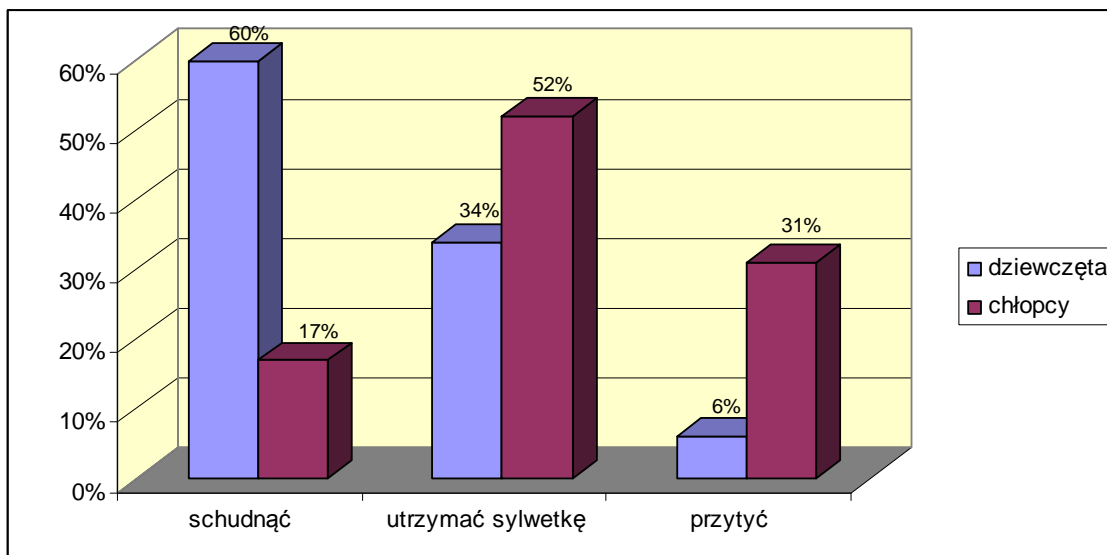


Ryc. 33. Ocena własnej masy ciała – w opinii licealistów.

Respondenci najczęściej deklarowali, że chcieliby ograniczyć przyrost masy ciała - 47% (ryc. 34). Wśród nich było wielokrotnie więcej dziewcząt aniżeli chłopców, o czym świadczy fakt, że spośród 679 dziewcząt i 320 chłopców chęć zrzucenia wagi wyrażało: 402 licealistek i 320 licealistów, co stanowiło odpowiednio 60% i 17% ogółu badanych. Zgodnie z powyższym utrzymać dotychczasową sylwetkę chciałoby 41% uczniów - 34% licealistek i 52% licealistów (ryc. 35).

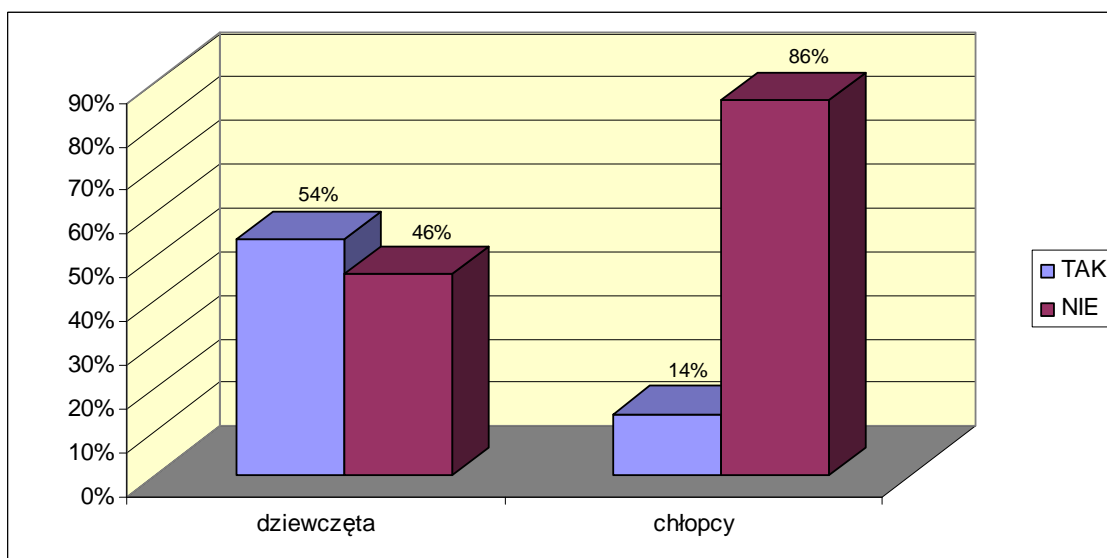


Ryc. 34. Zamierzenia w odniesieniu do zmiany własnej sylwetki - w opinii ankietowanych.

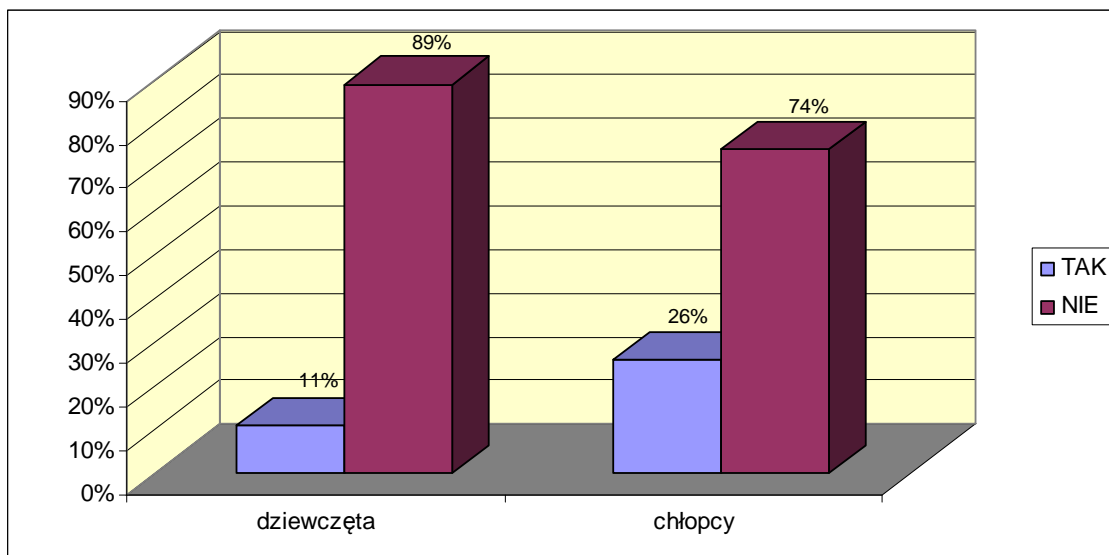


Ryc. 35. Zamierzenia w odniesieniu do zmiany własnej sylwetki – wg płci ankietowanych.

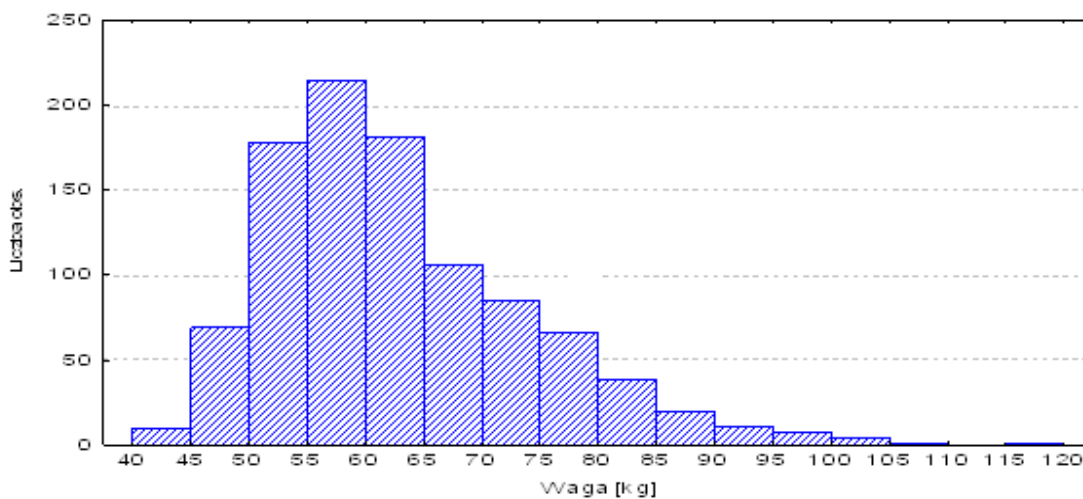
W okresie prowadzenia badań 42% młodzieży twierdziło, że próbowało się odchudzać - 54% dziewcząt i 14% chłopców (ryc. 36). Tylko 17% ankietowanych usiłowało przytyć - było to 11% licealistek i 26% licealistów (ryc. 37). Należy podkreślić, iż spośród osób, które kiedykolwiek próbowały się odchudzać, aż w 80% przypadków miały one BMI w normie (ryc. 38 i 39).



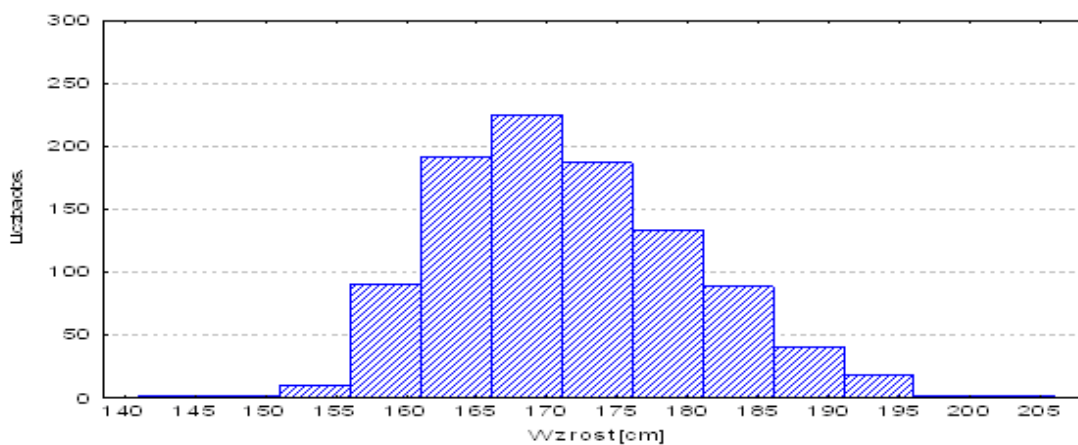
Ryc. 36. Odsetek licealistów, którzy kiedykolwiek próbowali się odchudzać – wg płci.



Ryc. 37. Odsetek licealistów, którzy kiedykolwiek próbowali przytyć - wg płci.

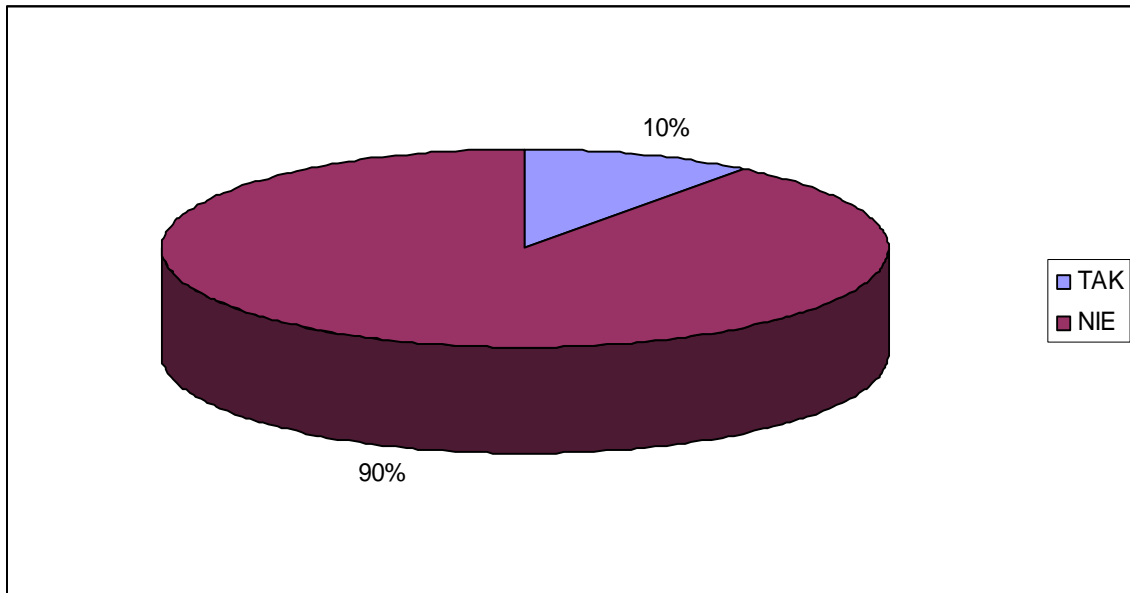


Ryc. 38. Charakterystyka ankieterowanych licealistów wg zmiennej „masa ciała”.



Ryc. 39. Charakterystyka ankieterowanych licealistów wg zmiennej „wysokość ciała”.

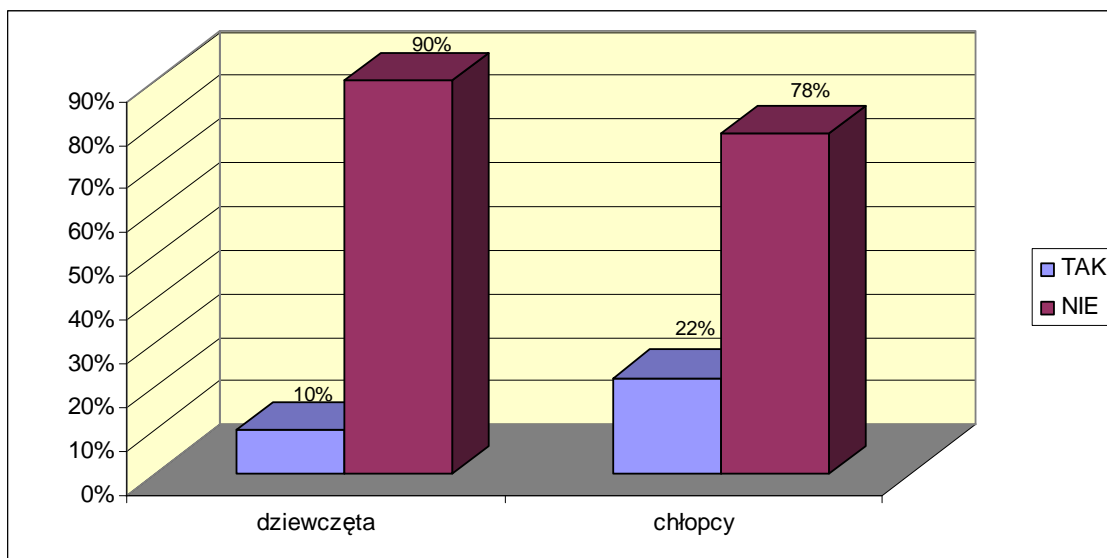
24% ankietowanych licealistów twierdziło, że co najmniej jedno z rodziców jest otyłe. Zaledwie 10% uczniów przyznało, że lekarz zwrócił im uwagę, iż mają nadwagę lub są otyłe (ryc. 40).



Ryc. 40. Odsetek uczniów, którzy przyznali się, że lekarz informował ich iż mają nadwagę bądź otyłość.

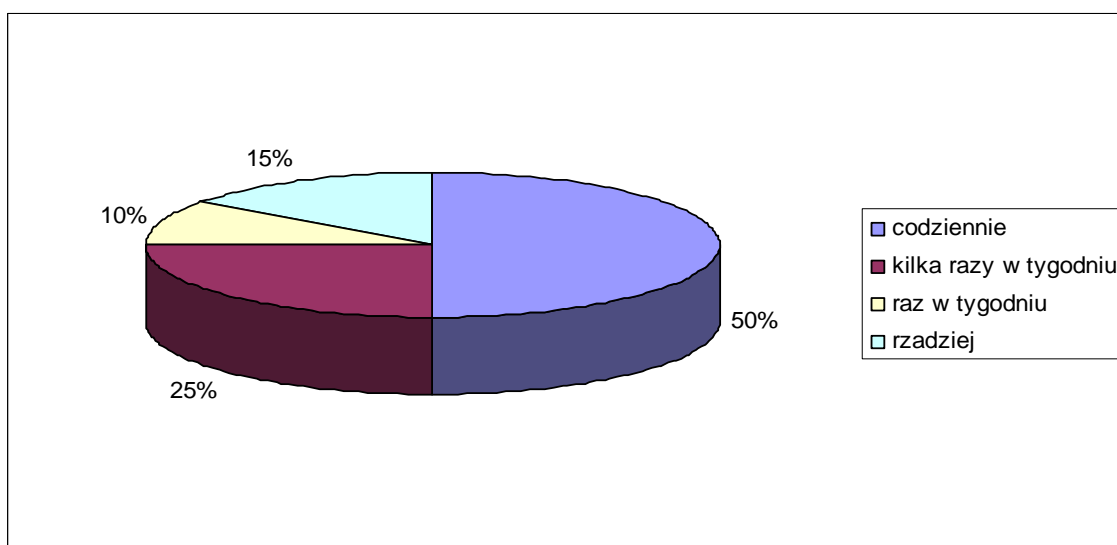
Stosowanie używek

W okresie prowadzenia badań paliło 14% uczniów, z czego aż 31% młodzieży kontynuowało nałóg w szkole. Spośród 679 dziewcząt i 320 chłopców do grupy palących należało: 69 licealistów i 70 licealistów, co stanowiło odpowiednio 10% i 22% ogółu respondentów (ryc. 41).



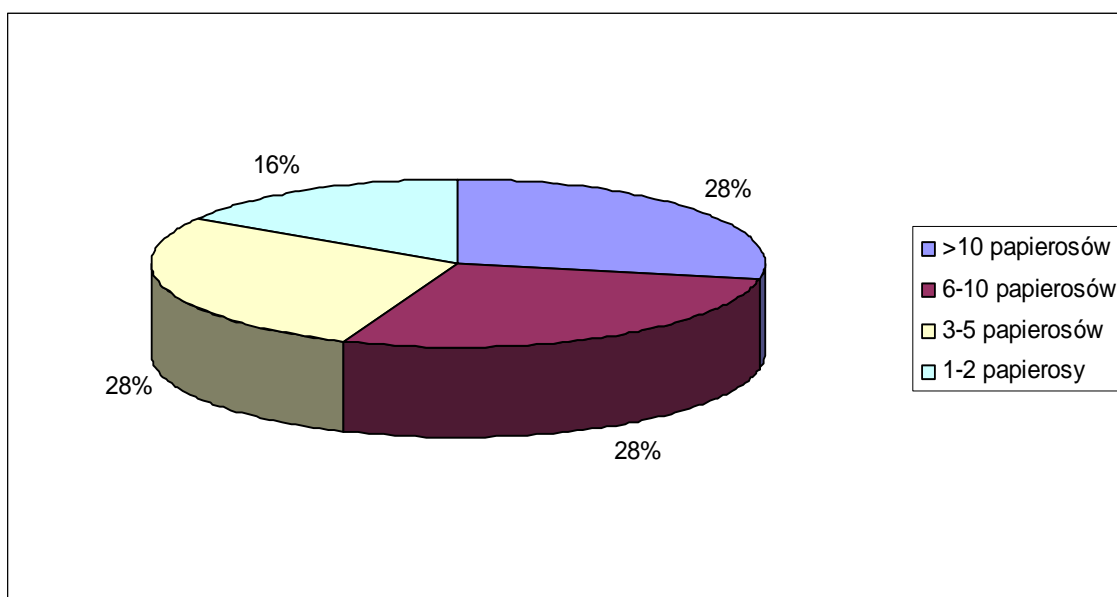
Ryc. 41. Odsetek palących licealistów - wg płci.

Jeśli spojrzeć na dane z ryciny 42, to okazuje się, że połowa palaczy paliła codziennie.



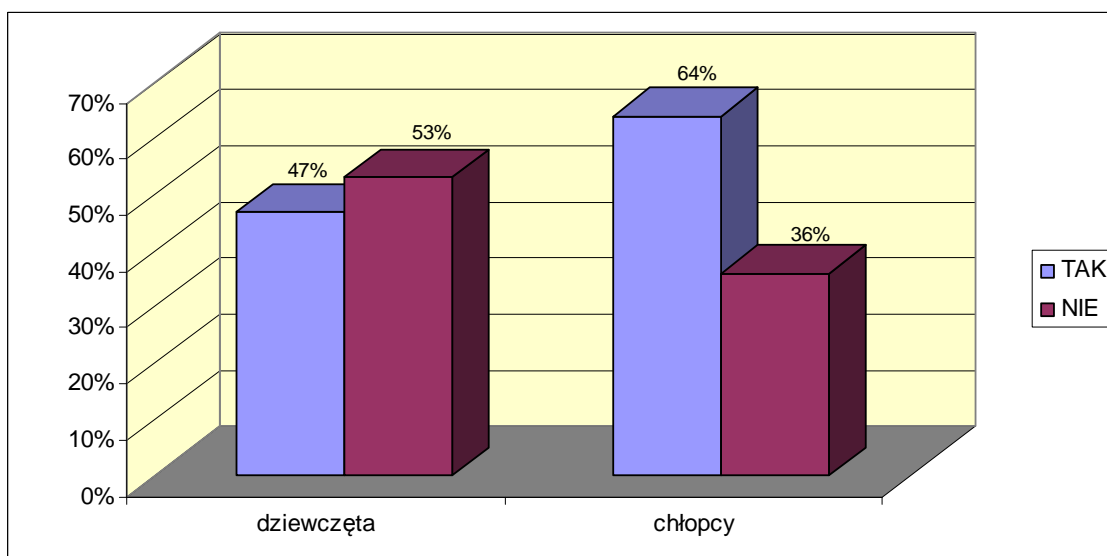
Ryc. 42. Częstotliwość palenia papierosów.

Szczegóły dotyczące liczby wypalanych dziennie papierosów przedstawiono na rycinie 43.



Ryc. 43. Liczba wypalanych dziennie papierosów.

Do konsumpcji alkoholu przyznało się 53% badanych, w tym 47% dziewcząt i 64% chłopców (ryc. 44). Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli XIX, 69% licealistów spożywało alkohol rzadziej niż raz w tygodniu, 26% raz w tygodniu, 5% kilka razy w tygodniu, a jedynie 1% codziennie.



Ryc. 44. Odsetek młodzieży konsumującej alkohol – wg płci.

Tab. XIX. Częstotliwość konsumpcji alkoholu.

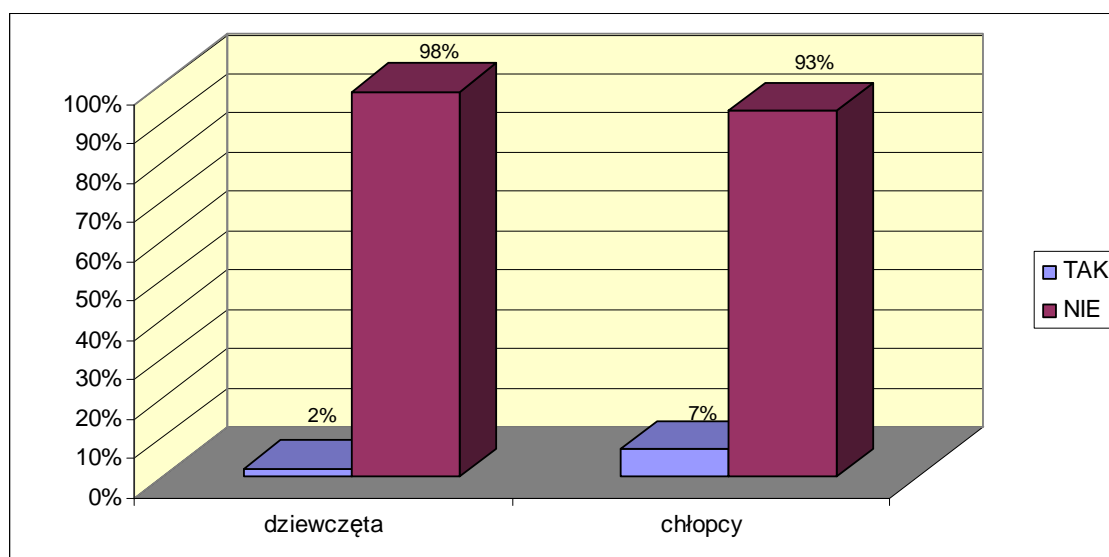
Częstotliwość konsumpcji alkoholu	N=512	
	N	%
rzadziej niż raz w tygodniu	352	68,7
raz w tygodniu	132	25,8
kilka razy w tygodniu	23	4,5
codziennie	5	1,0

Do najczęściej konsumowanych napojów alkoholowych należało piwo i wódka (tab. XX).

Tab. XX. Najczęściej konsumowane przez licealistów napoje alkoholowe.

Rodzaje napojów alkoholowych	N=520	
	N	%
piwo	462	88,9
wódka	372	71,5
wino	286	55,0
inne	32	6,1

Doświadczenie związane z zażywaniem narkotyków ma za sobą 4% respondentów. Do tej grupy należało 2% dziewcząt i 7% chłopców (ryc. 45). Najczęściej zażywanymi uzależniającymi substancjami psychoaktywnymi była marihuana - 80% i amfetamina - 14% (tab. XXI).



Ryc. 45. Odsetek licealistów przyznających się do zażywania środków odurzających - wg płci.

Tab. XXI. Najczęściej konsumowane przez licealistów substancje psychoaktywne.

Konsumowane substancje psychoaktywne	N=35	
	N	%
marihuana	28	80,0
amfetamina	5	14,3
leki	4	11,4
haszysz	3	8,6
ecstasy	3	8,6
inne	5	14,3

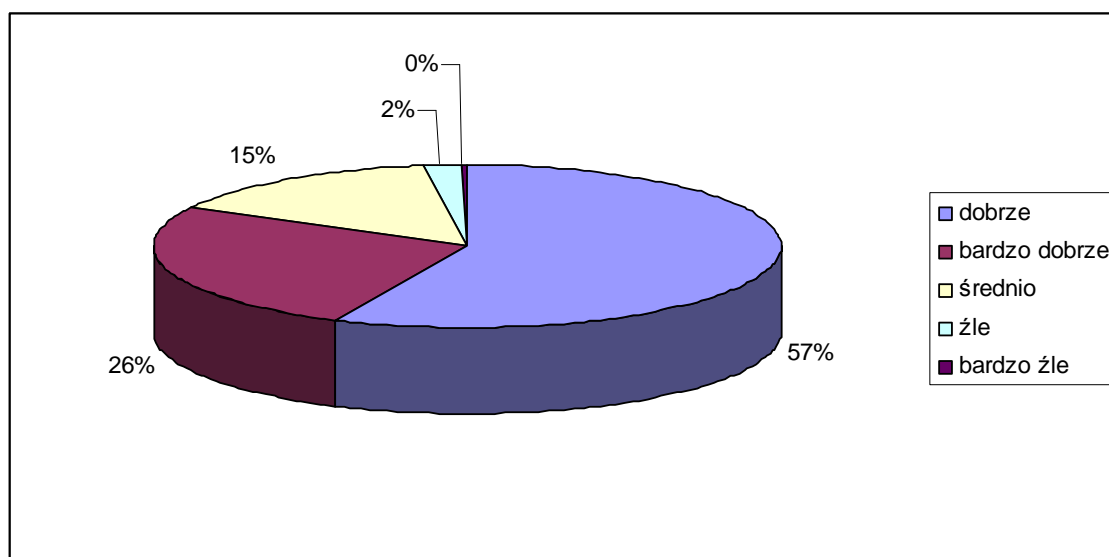
Jak wynika z tabeli XXII licealiści najczęściej tłumaczyli konsumowanie substancji psychoaktywnych: dobrą zabawą - 35%, „bo to lubią” - 24%, „bo inni to robią” - 11%.

Tab. XXII. Najczęstsze powody wskazywane przez licealistów, które skłaniają ich do sięgania po narkotyki.

Powody skłaniające do zażywania narkotyków	N=388	
	N	%
dobra zabawa	137	35,3
lubię to	95	24,5
bo inni to robią	41	10,6
dla zabicia czasu	34	8,8
lepiej radzę sobie w życiu	33	8,5
jestem uzależniony	19	4,9
aby dorównać kolegom	16	4,1
smakuje mi	12	3,1
inny powód	44	11,3

Stan zdrowia badanych

W opinii zdecydowanej większości licealistów ich stan zdrowia jest „dobry” lub „bardzo dobry” (ryc. 46), jednak co czwarty licealista twierdzi, że ma kłopoty ze zdrowiem.



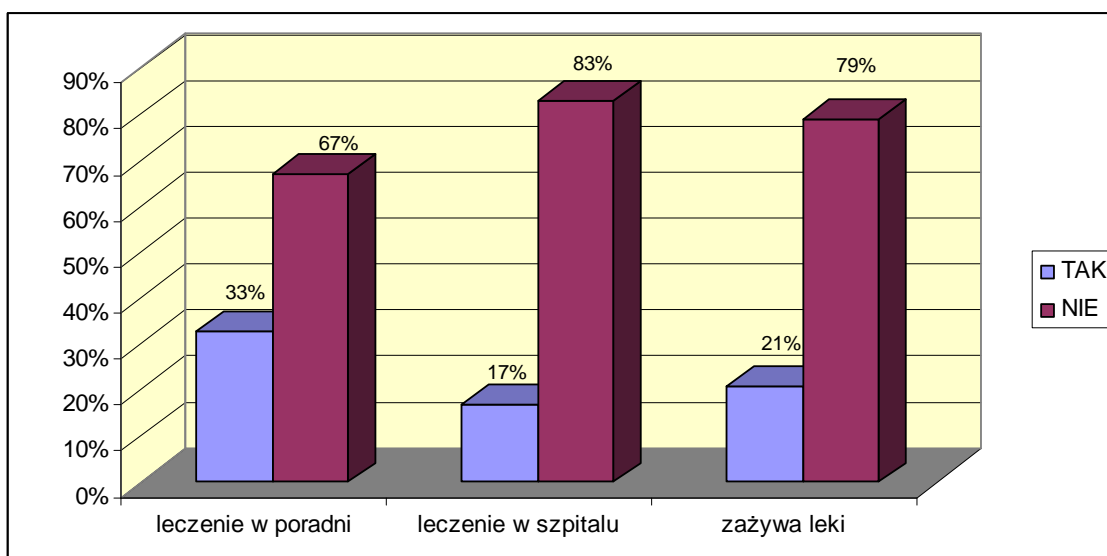
Ryc. 46. Samoocena stanu zdrowia w opinii licealistów.

Do najczęściej wymienianych przez młodzież problemów zdrowotnych należały: alergia lub astma - 28% oraz choroby narządu ruchu - 24% (tab. XXIII).

Tab. XXIII. Najczęstsze problemy zdrowotne wymieniane przez licealistów.

Problemy zdrowotne licealistów	N=247	
	N	%
alergia/astma	69	27,9
układ narządu ruchu (w tym wady i urazy)	59	23,9
wada wzroku	37	15,0
choroby układu krążenia	30	12,1
tarczyca	18	7,3
choroby nerek	15	6,1
katar/grypa/angina	16	6,1
choroby układu nerwowego	14	5,7
migrena/bóle głowy	11	4,4
inne	93	37,6

Nastolatki korzystali z opieki zdrowotnej. Co trzeci z nich leczył się ambulatoryjnie. W okresie ostatnich 2 lat przed ankietą 17% licealistów było leczonych szpitalnie, a co piąty systematycznie zażywał zalecane leki (ryc. 47).



Ryc. 47. Odsetek licealistów: leczących się w poradni i szpitalu oraz systematycznie stosujących leki przepisane przez lekarza.

Do najczęstszych poradni, z których korzystali licealiści, należały: okulistyczna - 37%, dermatologiczna - 28%, chirurgiczna bądź ortopedyczna - 18%, alergologiczna - 13% oraz kardiologiczna 11% (tab. XXIV).

Tab. XXIV. Poradnie, z których najczęściej korzystali licealiści.

Rodzaj poradni	N=324	
	n	%
okulistyczna	119	36,7
dermatologiczna	91	28,1
chirurgiczna/ortopedyczna	60	18,5
alergologiczna	42	13,0
kardiologiczna	36	11,1
endokrynologiczna	21	6,5
otolaryngologiczna	17	5,2
chorób nerek	16	4,9
psychiatryczna	14	4,3
neurologiczna	14	4,3
reumatologiczna	8	2,5
laryngologiczna	7	2,2
onkologiczna	6	1,8
urologiczna	5	1,5
chorób wewnętrznych	4	1,2
inna	39	12,0

Z tabeli XXV wynika, że respondenci najczęściej byli hospitalizowani w oddziałach chirurgicznych bądź ortopedycznych - 45% oraz chorób nerek - 7%.

Tab. XXV. Oddziały szpitalne, w których najczęściej byli hospitalizowani licealiści.

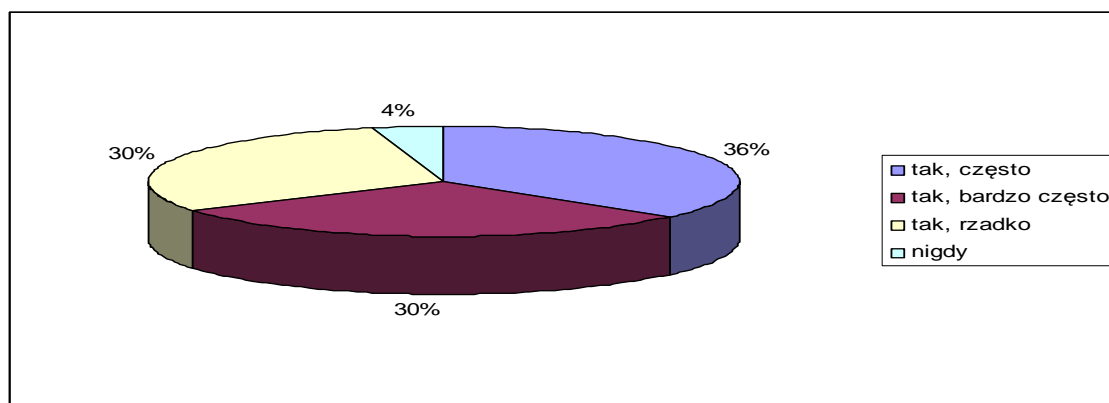
Oddział szpitalny	N=169	
	n	%
chirurgiczny/ortopedyczny	76	45,0
chorób nerek	12	7,1
chorób wewnętrznych	10	5,9
dermatologiczny	10	5,9
gastrologiczny	10	5,9
pediatryczny	10	5,9
kardiologiczny	9	5,3
neurologiczny	9	5,3
okulistyczny	6	3,5
otolaryngologiczny	6	3,5
psychiatryczny	5	3,0
urologiczny	2	1,2
reumatologiczny	2	1,2
onkologiczny	1	0,6
inny	20	11,8

Licealiści bez konsultacji lekarskiej najczęściej sięgali po leki: przeciwalergiczne - 41%, przeciwbólowe - 16% oraz witaminy - 11% (ryc. XXVI).

Tab. XXVI. Najczęściej stosowane leki przez licealistów.

Leki stosowane przez licealistów	N=172	
	n	%
przeciwalergiczne	71	41,3
przeciwbólowe	27	15,7
witaminy	19	11,5
przeciwdepresyjne/nasenne	12	6,7
leki hormonalne na tarczycę	8	4,7
inne	48	27,9

Na samoocenę stanu zdrowia respondentów wpływał również stres. Wskazywali bowiem, że „często” lub „bardzo często” zdarzało się im być zestresowanym. Jedynie 4% licealistów stwierdziło, że nigdy nie odczuwa stresu (ryc. 48).



Ryc. 48. Częstość z jaką licealiści odczuwali stres.

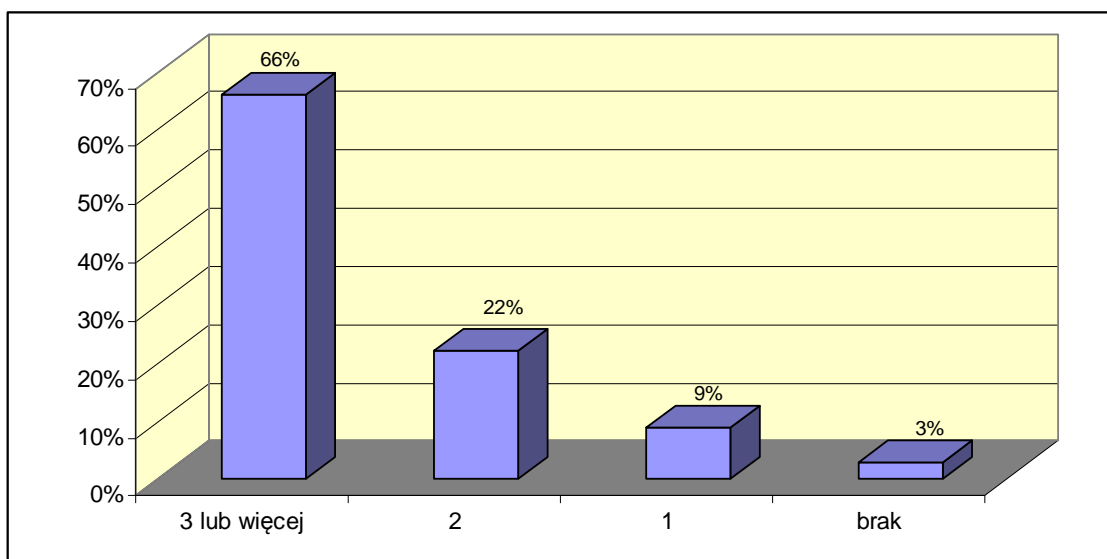
Samoocena i dobrostan

Spośród ankietowanych licealistów, 65% deklarowało brak zadowolenia z wyglądu zewnętrznego. Jako główną przyczynę niezadowolenia uczniowie podawali otyłość lub nadwagę (tab. XXVII).

Tab. XXVII. Główne przyczyny niezadowolenia z własnego wyglądu.

Przyczyny niezadowolenia z własnego wyglądu	N=281	
	n	%
otyłość, nadwaga	133	47,3
niski wzrost	26	9,2
duży brzuch, grube uda	26	9,2
brzydka cera	24	8,5
jestem brzydka/i	21	7,5
zbyt chuda/y	20	7,1
nieodpowiednia sylwetka	17	6,0
małe mięśnie	13	4,6
nieładne włosy	9	3,2
krzywe zęby	6	2,1
zbyt mały biust	5	1,8
inne	39	13,9

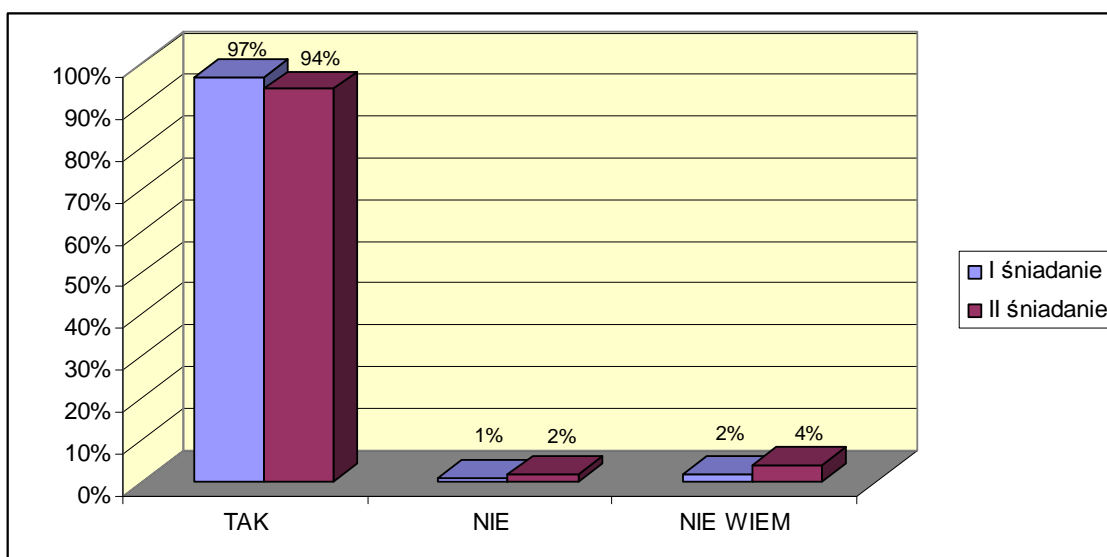
20% licealistów było nieszczęśliwych z powodu własnego wyglądu, pozostałe 80% akceptowało swą sylwetkę wykazując zadowolenie. Ponadto 66% respondentów zadeklarowało, że posiada 3 lub więcej przyjaciół (ryc. 49). Wynika z tego, że dobrostan młodzieży jest zadawalający w sensie zdrowia psychicznego, fizycznego, społecznego, emocjonalnego i duchowego.



Ryc. 49. Liczba posiadanych przyjaciół – wskazana przez licealistów.

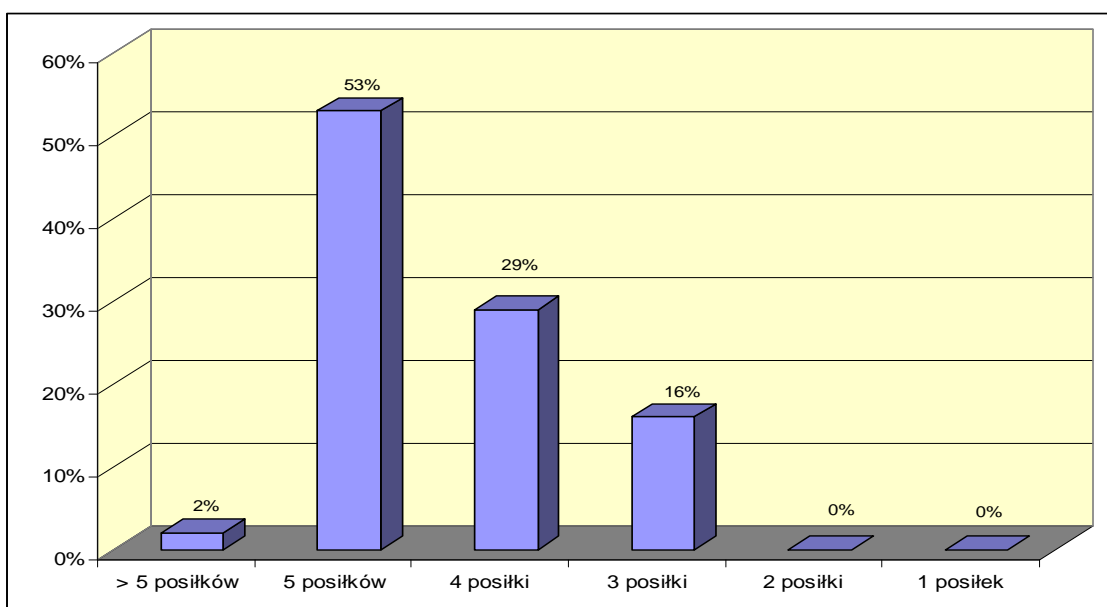
Wiedza badanych dotycząca zachowań zdrowotnych

Ankietowani licealiści byli przekonani co do znaczenia racjonalnego odżywiania dla zdrowia, wiedzieli bowiem, że każdy powinien jeść pierwsze - 97% oraz drugie śniadanie - 94% (ryc. 50).



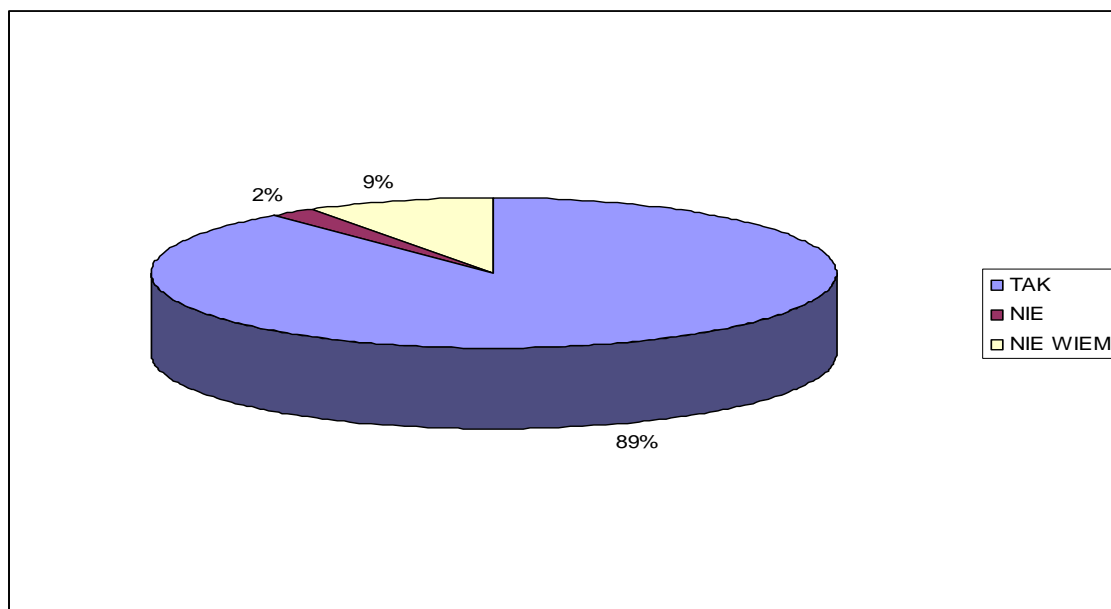
Ryc. 50. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca konieczności spożywania I. i II. śniadania.

W opinii 53% i 29% badanych liczba spożywanych dziennie posiłków powinna wynosić odpowiednio 5 i 4 (ryc. 51).

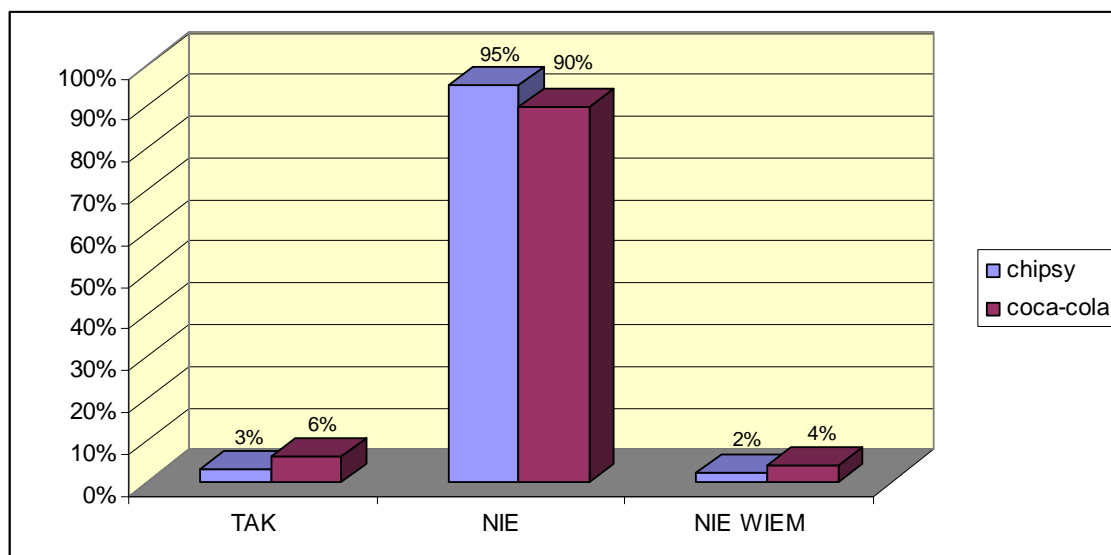


Ryc. 51. Opinie ankietowanych licealistów dotyczące zalecanej liczby posiłków w ciągu dnia.

89% uczniów uważało, że ważne jest spożywanie surówek, co jest zgodne z zasadami zdrowego żywienia (ryc. 52). Prawidłowo również oceniło konsumpcję chipsów - 95% i coca-coli - 90% (ryc. 53) jako niezdrowe.

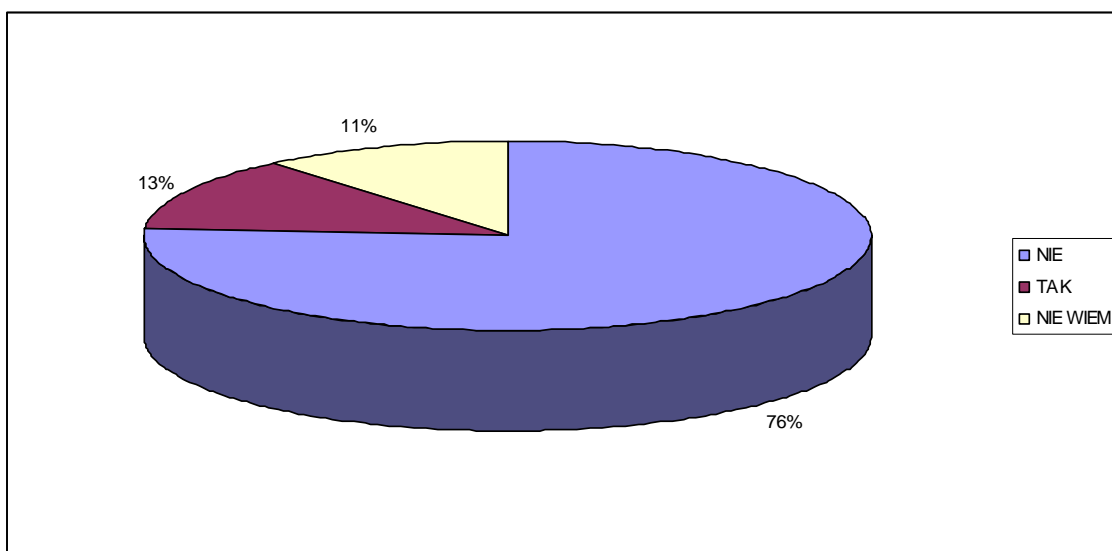


Ryc. 52. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca właściwego sposobu żywienia - spożywanie surówek.

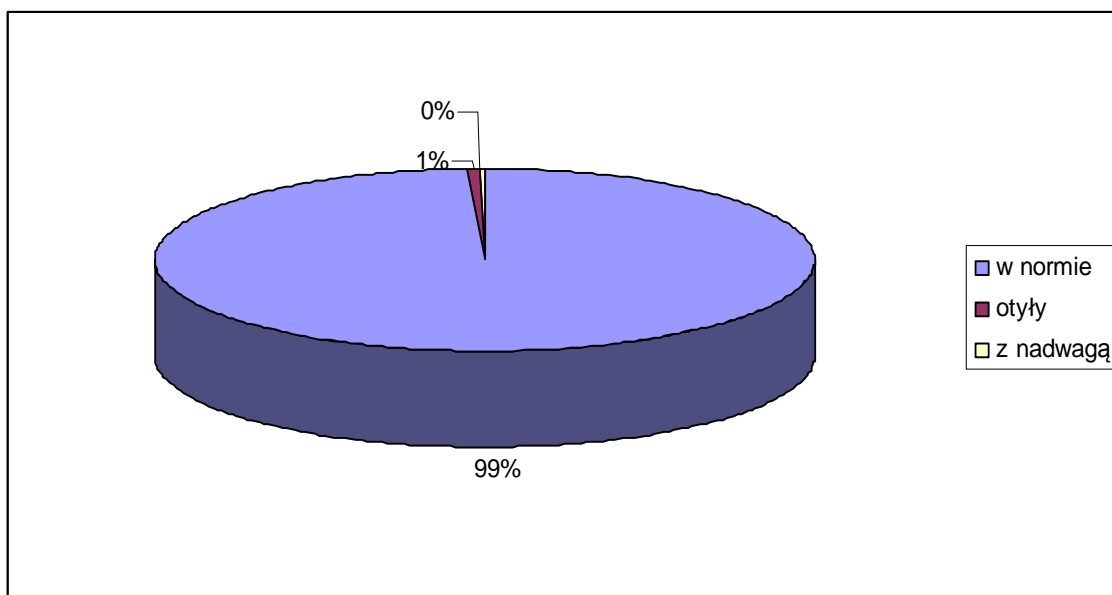


Ryc. 53. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca nieprawidłowego sposobu żywienia - jedzenie chipsów, picie coca-coli.

Uczniowie w zdecydowanej większości (76%) deklarowali, że nie należy dojadać w ciągu dnia (ryc. 54). 99% respondentów uważało, że młody człowiek winien być w normie – w odniesieniu do wskaźnika BMI (ryc. 55). Świadczy to o wysokiej wiedzy uczniów dotyczącej prawidłowej oceny stanu odżywiania.



Ryc. 54. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca dojadania w ciągu dnia.



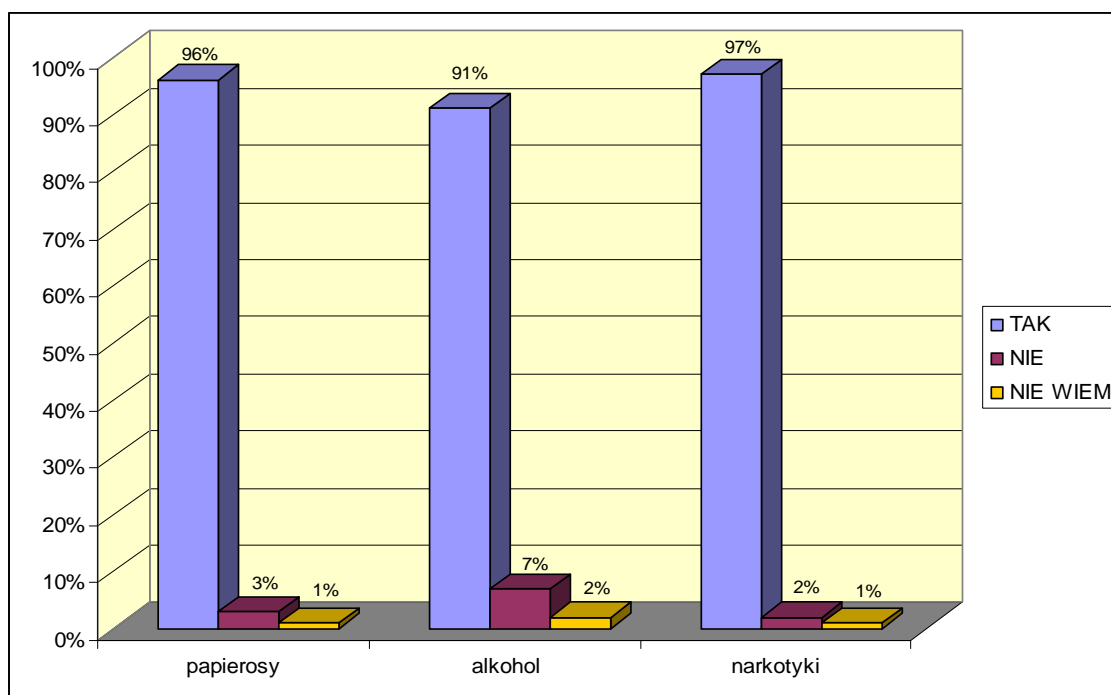
Ryc.55 Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca prawidłowej masy ciała.

Aż 62% badanych deklarowało chęć zmiany we własnym sposobie żywienia się poprzez: zwiększenie częstości konsumowania owoców i warzyw - 40%, przy jednoczesnym ograniczeniu jedzenia słodczy - 33% i bardziej regularnym spożywaniu posiłków - 22% (tab. XXVIII).

Tab. XXVIII. Deklarowane zmiany we własnym sposobie żywienia.

Zmiany we własnym sposobie żywienia	N=356	
	n	%
więcej owoców/warzyw	141	39,6
mniej słodczy	119	33,4
regularne posiłki	79	22,2
ograniczenie jedzenia	54	15,2
nie dojadać	50	14,0
zdrowe jedzenie	29	8,1
więcej napojów	25	7,0
mniej kalorii	21	5,9
mniej fast-foodów	20	5,6
mniej posiłków	15	4,2
inne	94	26,4

Niemalże wszyscy licealiści byli świadomi szkodliwych następstw zdrowotnych palenia papierosów - 96%, picia alkoholu - 91% i zażywania narkotyków - 97% (ryc. 56).



Ryc. 56. Wiedza ankieterów licealistów dotycząca następstw konsumpcji substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol, narkotyki).

2. Analiza zależności w zachowaniach zdrowotnych uczniów szkół licealnych

W kolejnych rozdziałach zostały przedstawione informacje dotyczące prostych zależności między określonymi pytaniami ankietowymi a stanem odżywienia ucznia, miejscem zamieszkania i udziałem badanego w programie „Trzymaj Formę”. Na początku umieszczono tabelę, której pierwsza kolumna zawiera nazwę zmiennej, druga - wartość prawdopodobieństwa testowego p dla testu niezależności χ^2 , zaś trzecia - wartość współczynnika V Cramera informującego o sile związku. Jeżeli nie spełniono założenia o minimalnej liczebności pól tabeli z wartościami oczekiwanymi, analiza zależności w oparciu o test χ^2 nie jest możliwa - takie przypadki oznaczono symbolem „xx” w drugiej kolumnie tabeli. Wartość w drugiej kolumnie niższa od 0,05 oznacza, że między zmiennymi istnieje statystycznie istotna zależność. W przypadku stwierdzenia istnienia związku należy sprawdzić jego siłę, o której informuje wartość z trzeciej kolumny. Współczynnik V Cramera przyjmuje wartości z przedziału od 0 do 1, obustronnie domkniętego. Wartości bliskie zeru oznaczają słaby związek, zaś wartości bliskie jedności silny związek między zestawionymi zmiennymi.

Spośród statystycznie istotnych zależności wybrano najsilniejsze oraz najbardziej interesujące z punktu widzenia analizy związku, które wyróżniono odcieniem szarości. W dalszej kolejności, dla tych wybranych zależności przedstawione zostały tabele dwudzielcze oraz wykresy przedstawiające odsetki badanych odpowiadające poszczególnym kategoriom

Zależności nieistotne statystycznie umieszczono w aneksie, dopisując do numeru określonej tabeli literę A.

Zależności między „zwyczajami żywieniowymi licealistów” a ich „stanem odżywiania” przedstawia tabela XXIX.

Tab. XXIX. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich zwyczajów żywieniowych (p. tab. XXIX A).

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
odchudzanie	0,00	0,24
zaburzenia odżywiania: jadłowstręt	0,03	0,15
rodzaj spożywanych produktów na podwieczerek: ciastko	0,00	0,12
rodzaj spożywanych produktów na podwieczerek: słodczy	0,00	0,12
ulubiony napój: energetyzujący	0,01	0,11
dojada: słodczy	0,01	0,12

Jeśli wziąć pod uwagę produkty spożywane przez badanych na podwieczerek, to okazuje się, że odsetek otyłych jest mniejszy w grupie uczniów, którzy deklarują, że spożywają ciastko (tab. XXX), słodczy (tab. XXXI) lub twierdzą, że dojadają słodczy (tab. XXXII). Zależności te pokazują, że otyłość i nadwaga nie zależy od jakości spożywanych pokarmów (młodzież z nadwagą, a nawet otyła często zjada na podwieczerek produkty wysokokaloryczne, np. ciasto), ale od regularności i większej częstości posiłków.

Tab. XXX. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od spożywanego posiłku - podwieczerek „ciastko”.

Podwieczerek ciastko:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	9,8%	81,0%	3,3%	5,9%	100,0%
Nie	4,7%	82,7%	5,8%	6,8%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

Tab. XXXI. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od spożywanego posiłku – podwieczerek „słodczy”.

Podwieczerek słodczy:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	7,6%	84,6%	4,7%	3,1%	100,0%
Nie	6,7%	79,6%	4,6%	9,1%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

Tab. XXXII. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od pojadania słodczy między posiłkami.

Co dojada?: słodczy	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	6,6%	85,3%	4,1%	4,0%	100,0%
Nie	9,3%	76,7%	4,9%	9,1%	100,0%
Ogół	7,4%	82,7%	4,3%	5,6%	100,0%

Z kolei wśród uczniów, których ulubionym napojem jest napój energetyzujący, udział osób w normie jest o około 10 punktów procentowych większy niż u osób, które nie wskazały tego napoju (tab. XXXIII).

Tab. XXXIII. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od spożywanego napoju energetyzującego.

Napój energetyzujący	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	4,2%	89,2%	3,3%	3,3%	100,0%
Nie	8,0%	79,6%	5,1%	7,3%	100,0%
Ogół	7,1%	82,0%	4,6%	6,3%	100,0%

Z analizy danych przedstawionych w tabeli XXXIV wynika, że większy odsetek osób otyłych lub z nadwagą zauważa się wśród respondentów deklarujących odchudzanie się oraz w grupie ankietowanych, którzy twierdzą, że nie występował u nich nigdy jadłowstręt (tab. XXXV). Zależności te wskazują na to, że nadwaga i otyłość ma miejsce wśród młodzieży, która cierpi na zaburzenia w odżywianiu (eating disorders) o podłożu psychicznym (odchudzanie się lub jadłowstręt).

Tab. XXXIV. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich częstości odchudzania się.

Odchudzanie się licealistów	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	1,3%	80,4%	7,9%	10,4%	100,0%
Nie	10,7%	82,8%	2,6%	3,9%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

Tab. XXXV. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich zaburzeń w odżywianiu – jadłowstręt.

Zaburzenia odżywiania: jadłowstręt	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	8,9%	84,5%	3,3%	3,3%	100,0%
Nie	3,4%	80,4%	7,4%	8,8%	100,0%
Ogół	4,7%	81,3%	6,5%	7,5%	100,0%

Zależność między „aktywnością fizyczną” a „stanem odżywiania” kaliskich licealistów przedstawia tabela XXXVI.

Tab. XXXVI. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od rodzaju podejmowanej przez nich aktywności fizycznej (p. tab. XXXVI A).

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
wysiłek dzienny: gry i zabawy	0,04	0,09
wysiłek dzienny: lekcje WF	0,03	0,10
wysiłek dzienny: sport	0,04	0,09
chęć zwiększenia lekcji WF	0,03	0,10
powód niezadowolenia z aktywności fizycznej: brak klubu	0,03	0,13

Jeśli wziąć pod uwagę pytania dotyczące aktywności fizycznej badanych, to okazuje się, że większy odsetek osób o prawidłowym współczynniku BMI (w normie) wystąpił w grupie respondentów, których wysiłek w ciągu dnia jest związany z grami i zabawami (tab. XXXVII), lekcjami wychowania fizycznego (tab. XXXVIII) i uprawianiem sportu (tab. XXXIX). Potwierdza to powszechną tezę, że wysiłek fizyczny, aktywność fizyczna i uprawianie sportu przez młodzież mają podstawowe znaczenie dla utrzymywania prawidłowej masy ciała.

Tab. XXXVII. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich dziennego wysiłku - gry i zabawy.

Wysiłek dzienny: gry i zabawy	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	4,3%	86,8%	4,0%	4,9%	100,0%
Nie	8,4%	79,5%	5,0%	7,1%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

Tab. XXXVIII. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich dziennego wysiłku - lekcje wychowania fizycznego.

Wysiłek dzienny: lekcje WF	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	6,9%	83,5%	4,1%	5,5%	100,0%
Nie	8,0%	75,0%	6,9%	10,1%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

Tab. XXXIX. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich dziennego wysiłku – uprawianie sportu.

Wysiłek dzienny: sport	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	8,3%	83,2%	2,6%	5,9%	100,0%
Nie	6,2%	81,0%	6,1%	6,7%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

W grupie licealistów, którzy chcieliby zwiększenia liczby godzin z lekcji wychowania fizycznego, udział osób w normie jest o około 3 punkty procentowe wyższy niż wśród uczniów, którzy są odmiennego zdania (tab. XL). Więcej nastolatków w normie jest również wśród ankietowanych, którzy jako powód niezadowolenia ze swojej aktywności fizycznej podali brak klubu sportowego (tab. XLI). Wskazuje to na zależność, że młodzież o prawidłowej masie ciała mierzonej BMI chętniej uczestniczy w zajęciach fizycznych i chciałaby większego dostępu do obiektów sportowych by to pragnienie spełnić.

Tab. XL. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od wykazywanej chęci zwiększenia liczby godzin wychowania fizycznego.

Chce więcej lekcji WF:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	4,9%	83,9%	5,4%	5,8%	100,0%
Nie	9,5%	80,8%	3,4%	6,3%	100,0%
Ogół	7,4%	82,2%	4,3%	6,1%	100,0%

Tab. XLI. Stan odżywiania ankietowanych licealistów spowodowany niezadowoleniem z własnej aktywności fizycznej – brak klubu.

Niezdrowienie powód: brak klubu	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	2,9%	87,6%	5,0%	4,5%	100,0%
Nie	8,1%	79,7%	4,1%	8,1%	100,0%
Ogół	6,3%	82,5%	4,4%	6,8%	100,0%

Zależność między „budową ciała” a „stanem odżywiania” ankietowanych licealistów przedstawia tabela XLII. Należy podkreślić, że stan odżywiania jest obiektywnie mierzony według wskaźnika BMI a budowa ciała jest odczuwana i deklarowana subiektywnie przez respondentów.

Tab. XLII. Zależność między „budową ciała” a „stanem odżywiania” licealistów.

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
lekarz informował o nadwadze bądź otyłości	0,00	0,45
otyli w rodzinie	0,00	0,15
chęć zmiany sylwetki	0,00	0,30
próby odchudzania	0,00	0,25
próby przytycia	0,00	0,25

Około 80% uczniów, którzy chcą schudnąć, stanowią osoby w normie. Z kolei, co trzecia osoba, która chciałaby przytyć, jest niedożywiona (tab. XLIII).

Tab. XLIII. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od chęci zmiany własnej sylwetki.

Zmiana sylwetki chce:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
schudnąć	0,4%	80,4%	8,5%	10,7%	100,0%
przytyć	30,3%	67,2%	0,0%	2,5%	100,0%
utrzymać sylwetkę	7,5%	88,1%	1,7%	2,7%	100,0%
ogół	7,1%	82,0%	4,6%	6,3%	100,0%

Spośród osób, które kiedykolwiek wcześniej próbowały się odchudzać, 80% jest w normie, a 2% stanowią osoby niedożywione (tab. XLIV).

Tab. XLIV. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od podejmowanych przez nich prób odchudzania.

Próby odchudzania:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	1,7%	80,3%	7,5%	10,5%	100,0%
Nie	10,8%	83,1%	2,6%	3,5%	100,0%
Ogół	7,1%	82,0%	4,6%	6,3%	100,0%

Przytyć próbował, co piąty niedożywiony uczeń z powiatu ziemskiego i miasta Kalisza (tab. XLV).

Tab. XLV. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od podejmowanych przez nich prób przytycia.

Próby przytycia:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	20,0%	77,6%	0,6%	1,8%	100,0%
Nie	4,5%	82,8%	5,4%	7,3%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

Połowa badanych, których lekarz kiedykolwiek informował o nadwadze lub otyłości to osoby z nadwagą lub otyłe (tab. XLVI).

Tab. XLVI. Zależność wśród ankietowanych licealistów między zmienną „lekarz informował” a zmienną „stan odżywiania”.

Lekarz informował o nadwadze lub otyłości:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	2,0%	46,5%	16,8%	34,7%	100,0%
Nie	7,6%	86,0%	3,3%	3,1%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

Co piąty uczeń, którego choć jeden z rodziców lub opiekunów jest otyły, ma również problem z nadwagą lub otyłością (tab. XLVII). Może to świadczyć o wpływie czynnika genetycznego na nadwagę i otyłość jak i wynikać ze zwyczajów żywieniowych obowiązujących w domu rodzinnym.

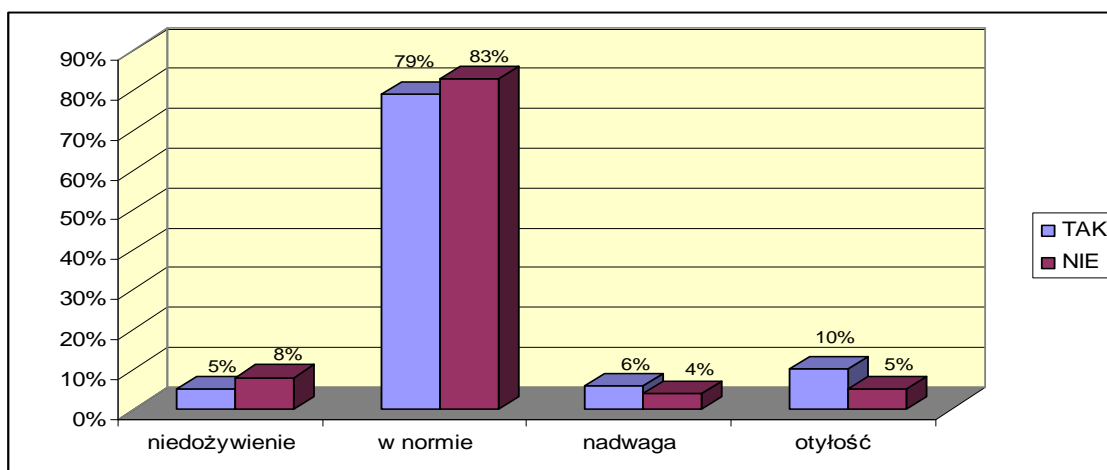
Tab. XLVII. Zależność wśród ankietyowanych licealistów między zmienną „otyli w rodzinie” a zmienną „stan odżywiania”.

Otyli w rodzinie:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	3,4%	78,0%	8,5%	10,1%	100,0%
Nie	8,2%	83,2%	3,4%	5,2%	100,0%
Ogół	7,1%	82,0%	4,6%	6,3%	100,0%

Analiza zależności między pytaniem „czy masz problemy ze zdrowiem?” a „stanem odżywiania” ucznia pokazuje, że co dziesiąty badany, który twierdzi, że ma problemy ze zdrowiem, ma również problem z otyłością (tab. XLVIII). W grupie osób, które twierdzą, że nie mają problemów ze zdrowiem, udział osób otyłych jest o 5 punktów procentowych mniejszy (ryc. 57). Wskazuje to na zależność otyłości i nadwagi wywołanych innymi czynnikami niż przyjmowanie nadmiaru kalorii z pokarmami np. czynnikami psychicznymi bądź też spowodowanymi zaburzeniami chorobowymi zgłaszanymi przez respondentów.

Tab. XLVIII. Stan zdrowia licealistów w zależności od ich stanu odżywiania.

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ocena swojego zdrowia	xx	Xx
problemy ze zdrowiem	0,02	0,10
leczone w poradni	0,76	Xx
leczone w szpitalu	0,84	Xx
przyjmuje leki	0,62	Xx
bywa zestresowany	0,27	Xx



Ryc. 57. Problemy zdrowotne ankietyowanych licealistów w zależności od ich stanu odżywiania.

Zależność między „samooceną i dobrostanem” a „stanem odżywiania” kaliskich licealistów przedstawia tabela XLIX.

Tab. XLIX. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich samooceny i dobrostanu.

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
zadowolony z wyglądu	0,00	0,17
jest szczęśliwy	0,88	Xx
ilość posiadanych przyjaciół	xx	Xx

Jeśli wziąć pod uwagę zadowolenie uczniów z wyglądu zewnętrznego, to okazuje się, że w tej grupie jest około 7% osób z nadwagą lub otyłych. Dla porównania, wśród młodzieży niezadowolonej z wyglądu odpowiedni odsetek wynosi około 18%, zgodnie z tabelą L. Potwierdza to, że nadwaga i otyłość ma zdecydowany wpływ na dobrostan, głównie emocjonalny nastolatków.

Tab. L. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w odniesieniu do ich zadowolenia z własnego wyglądu.

Zadowolony z wyglądu:	Stan odżywiania				Razem
	Niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	7,2%	85,5%	2,8%	4,5%	100,0%
Nie	6,7%	75,2%	8,2%	9,9%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

Zależność między „wiedzą dotyczącą zachowań zdrowotnych” a „stanem odżywiania” respondentów przedstawia tabela LI.

Tab. LI. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich wiedzy dotyczącej zachowań zdrowotnych (p .tab. LI A).

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
dojadanie	0,00	0,10
bez zmian w żywieniu	0,00	0,14

Z analizy powyższej tabeli wynika, że w grupie badanych, którzy chcieliby zmienić swój sposób żywienia, odsetek uczniów mających problem z nadwagą lub otyłością, jest wyższy (tab. LII). Ukazuje to, że młodzież z nadwagą i otyłością wykazuje się większą wiedzą na temat zachowań żywieniowych, a mimo to posiada zbyt dużą masę ciała. Tak więc otyłość i nadwaga są zdeterminowane innymi czynnikami nie tylko związanymi z nadmierną energią dostarczaną z pokarmami, ale również z czynnikami psychicznymi.

Tab. LII. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od wyrażenia chęci zmian w swym sposobie żywienia.

Bez zmian w żywieniu:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	8,8%	82,9%	3,1%	5,2%	100,0%
Nie	4,0%	80,4%	7,3%	8,3%	100,0%
Ogół	7,0%	82,0%	4,7%	6,3%	100,0%

Wśród uczniów, którzy twierdzą, że należy dojadać w ciągu dnia, występuje większy odsetek osób niedożywionych wynoszący około 15% niż pośród licealistów, którzy są odmiennego zdania. Niedożywienie w tej grupie stanowi 5%, zgodnie z wynikami przedstawionymi w tabeli LIII. Wynika z tego, że rodzice i domownicy oceniają młodzież, jako chudą bądź wychudzoną, przez co zachęcają ją do spożywania większej ilości pokarmów.

Tab. LIII. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich wiedzy dotyczącej pojadania między posiłkami.

Czy należy dojadać?:	Stan odżywiania				Razem
	niedożywienie	w normie	nadwaga	otyłość	
Tak	14,8%	78,9%	1,6%	4,7%	100,0%
Nie	5,3%	82,7%	5,5%	6,5%	100,0%
Nie wiem	10,0%	80,0%	2,7%	7,3%	100,0%
Ogół	7,1%	81,9%	4,6%	6,4%	100,0%

Analiza zależności między pytaniami związanymi ze stosowaniem używek a stanem odżywiania uczniów nie wykazała żadnego istotnego statystycznie związku (p. tab. LIV A).

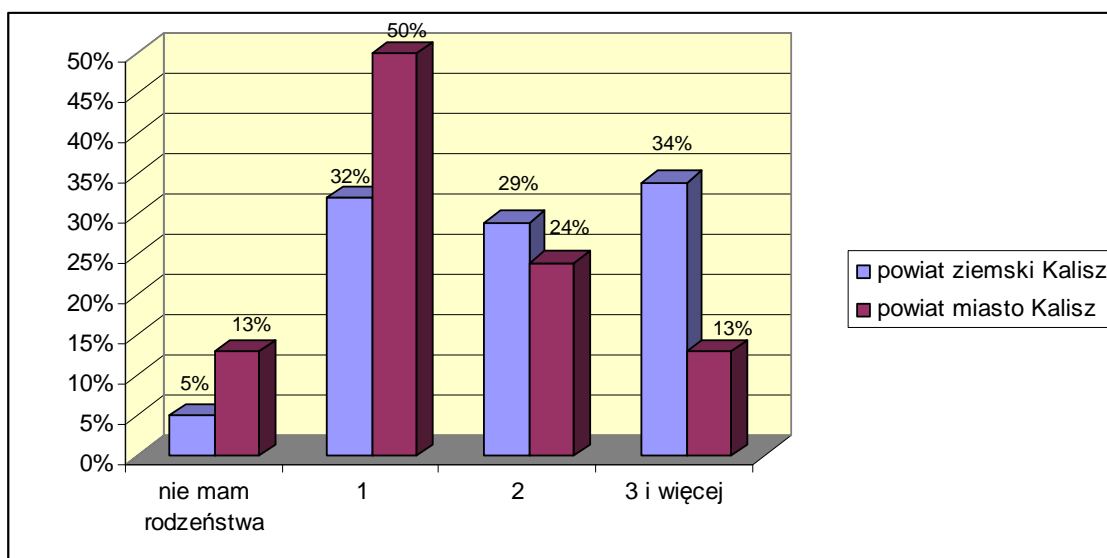
3. Analiza zachowań zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania uczniów szkół licealnych

Zależność między „miejszem zamieszkania uczniów” („powiat”) a „pytaniami metryczkowymi” zamieszczonymi w kwestionariuszu ankiety przedstawia tabela LV.

Tab. LV. Pytania metryczkowe kierowane do uczniów szkół licealnych w zależności od ich miejsca zamieszkania (p. LV A).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
liczba rodzeństwa	0,00	0,26
dojazd do szkoły	0,00	0,18
udział w programie „Trzymaj Formę”	0,00	0,22

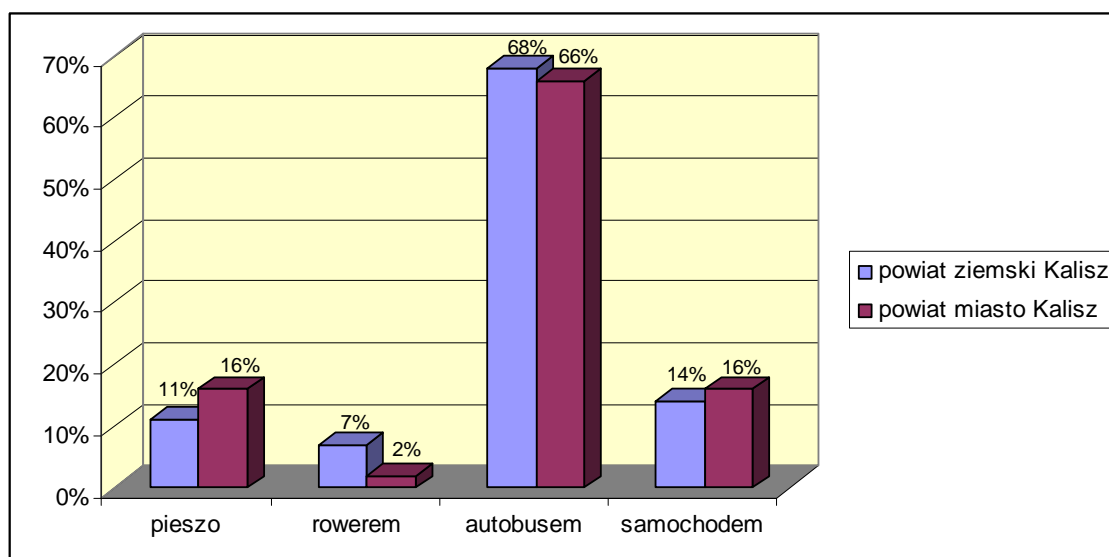
Zestawienie odpowiedzi na pytanie o liczbę rodzeństwa w odniesieniu do miejsca zamieszkania licealistów pokazuje, że co trzeci uczeń z powiatu ziemskiego i co ósmy z powiatu miasta Kalisza ma 3 lub więcej rodzeństwa (ryc. 58). Świadczy to o tym, że rodziny wiejskie są liczniejsze, głównie poprzez posiadanie większej ilości dzieci.



Ryc. 58. Ilość rodzeństwa ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.

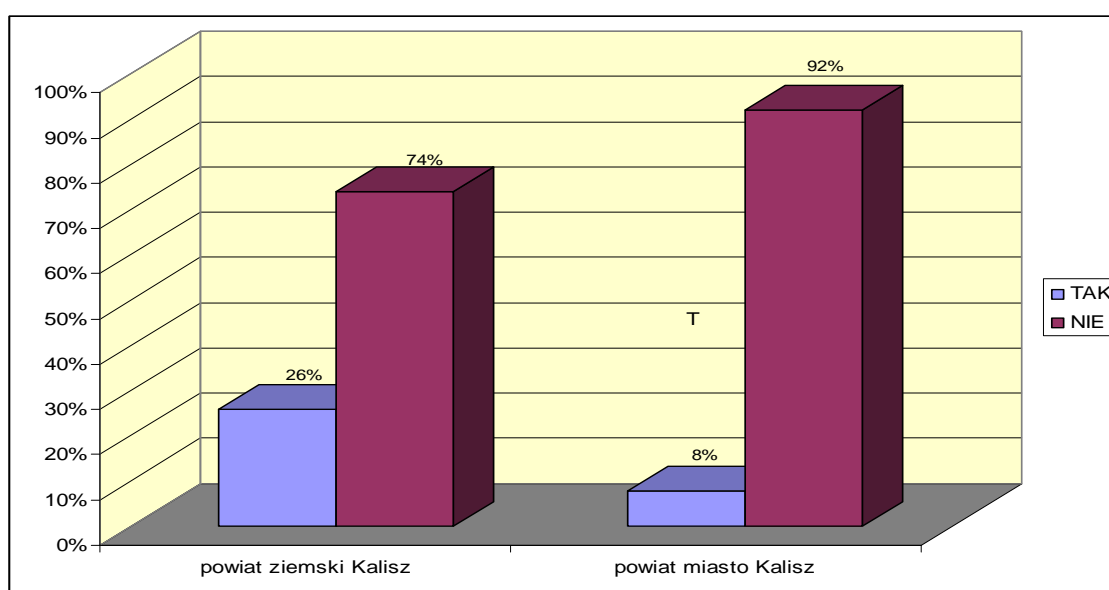
Uczniowie z powiatu ziemskiego i miasta Kalisza przeważnie docierają do szkoły środkiem komunikacji. Badani z powiatu grodzkiego częściej przybywają do

szkoły pieszo - 16% w porównaniu do ich rówieśników z powiatu ziemskiego - 11%. Z kolei licealiści z powiatu ziemskiego częściej dojeżdżają do szkoły na rowerze (ryc. 59). Potwierdza to fakt, że szkoła w mieście znajduje się bliżej miejsca zamieszkania, zaś młodzież ze wsi dojeżdża do szkoły środkami komunikacji miejskiej lub na rowerze ze względu na większą odległość do niej.



Ryc. 59. Sposób dotarcia do szkoły ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.

W programie „Trzymaj Formę” wzięło udział 26% licealistów z powiatu ziemskiego i 8% uczniów z powiatu miasta Kalisza (ryc. 60).



Ryc. 60. Udział licealistów w programie „Trzymaj Formę” w zależności od miejsca zamieszkania.

Zależność między „miejszem zamieszkania” a „zwyczajami żywieniowymi” wśród uczniów klas licealnych przedstawia tabela LVI.

Tab. LVI. Zwyczaje żywieniowe ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania p. (LVI A).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość spożywanymi posiłków dziennie: > 5	0,00	0,19
rodzaj spożywanymi produktów na I śniadanie: wędlina	0,00	0,29
rodzaj spożywanymi produktów na I śniadanie: dżem	0,00	0,26
rodzaj spożywanymi posiłków na obiad: zupa	0,00	0,27
rodzaj spożywanymi napojów na obiad: kompot	0,00	0,19

Jeśli wziąć pod uwagę spożywane produkty, to okazuje się, że uczniowie z powiatu ziemskiego częściej od ich rówieśników z powiatu miasta Kalisza deklarują codzienne spożywanie wędliny (tab. LVII) lub dżemu (tab. LVIII) na I śniadanie oraz zupy (tab. LIX) czy kompotu (tab. LX) na obiad.

Tab. LVII. Częstość spożywania przez licealistów wędliny na I śniadanie w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	I śniadanie: wędlina				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej	
ziemski Kalisz	63,5%	28,9%	5,7%	1,9%	100,0%
miasto Kalisz	28,8%	43,7%	15,1%	12,4%	100,0%
ogół	35,0%	41,0%	13,4%	10,6%	100,0%

Tab. LVIII. Częstość spożywania przez licealistów dżemu na I śniadanie w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	I śniadanie: dżem				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej	
ziemski Kalisz	26,8%	39,4%	19,7%	14,1%	100,0%
miasto Kalisz	7,3%	31,8%	35,1%	25,8%	100,0%
ogół	10,2%	33,0%	32,7%	24,1%	100,0%

Tab. LIX. Częstość spożywania przez licealistów zup na obiad w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Obiad: zupa				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej	
ziemski Kalisz	58,2%	33,5%	6,6%	1,7%	100,0%
miasto Kalisz	26,1%	50,4%	18,4%	5,1%	100,0%
ogół	32,2%	47,2%	16,2%	4,4%	100,0%

Tab. LX. Częstość spożywania przez licealistów kompotu na obiad w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Obiad: kompot				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej	
ziemski Kalisz	28,7%	30,4%	23,2%	17,7%	100,0%
miasto Kalisz	13,6%	26,7%	25,1%	34,6%	100,0%
ogół	16,3%	27,3%	24,8%	31,6%	100,0%

Z kolei uczniowie z powiatu miasta Kalisza częściej wskazują wodę mineralną, jako swój ulubiony napój (tab. LXI) oraz deklarują, że dojadają owoce (tab. LXII). Wynika z tego, że młodzież pochodząca z miasta może mieć większą wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia.

Tab. LXI. Częstość spożywania przez licealistów wody mineralnej w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Napój: woda mineralna		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	38,0%	62,0%	100,0%
miasto Kalisz	63,2%	36,8%	100,0%
ogół	58,5%	41,5%	100,0%

Tab. LXII. Odsetek licealistów pojadających owoce między posiłkami w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Co dojada?: owoce		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	62,5%	37,5%	100,0%
miasto Kalisz	83,3%	16,7%	100,0%
ogół	79,8%	20,2%	100,0%

Analiza zależności między „miejscem zamieszkania uczniów” a „zwyczajami żywieniowymi” pokazuje, że badani z powiatu ziemskiego częściej twierdzą, że jedzą

więcej niż 5 posiłków dziennie (tab. LXIII). Jest to związane ze zwyczajami żywieniowymi ludności wiejskiej, które dostosowują do fizycznej pracy w gospodarstwie rolnym.

Tab. LXIII. Liczba spożywanych dziennie posiłków przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Liczba posiłków spożywanych dziennie: > 5				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej	
ziemski Kalisz	17,2%	15,2%	13,1%	54,5%	100,0%
miasto Kalisz	6,0%	6,6%	15,0%	72,4%	100,0%
ogół	7,5%	7,8%	14,7%	70,0%	100,0%

Zależność między „miejscem zamieszkania licealistów” a „aktywnością fizyczną” przedstawia tabela LXIV.

Tab. LXIV. Dyscypliny sportowe uprawiane przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. tab. LXIV A).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
wysiłek dzienny: lekcje WF	0,00	0,21
uprawiana dyscyplina: koszykówka	0,00	0,20
uprawiana dyscyplina: piłka nożna	0,00	0,25
uprawiana dyscyplina: taniec	0,00	0,21
zadowolony z aktywności fizycznej	0,00	0,24
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak czasu	0,00	0,22

Uczniowie z powiatu grodzkiego częściej od swoich rówieśników z powiatu ziemskiego wskazują lekcje wychowania fizycznego, jako swój wysiłek w ciągu dnia (tab. LXV).

Tab. LXV. Lekcje wychowania fizycznego jako wysiłek dzienny ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Wysiłek dzienny: lekcje WF		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	63,6%	36,4%	100,0%
miasto Kalisz	85,1%	14,9%	100,0%
ogół	81,1%	18,9%	100,0%

Odpowiedzi na pytanie zadane w kwestionariuszu ankiety „czy czynnie uprawiasz jakąś dyscyplinę sportową?” dowodzą, że uczniowie z powiatu ziemskiego częściej grają w koszykówkę (tab. LXVI) lub piłkę nożną (tab. LXVII), natomiast taniec (tab. LXVIII) jest uprawiany jedynie przez uczniów z powiatu miasta Kalisz.

Tab. LXVI. Odsetek licealistów czynnie uprawiających dyscyplinę sportową – koszykówka w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Dyscyplina: koszykówka		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	20,3%	79,7%	100,0%
miasto Kalisz	6,9%	93,1%	100,0%
ogół	10,8%	89,2%	100,0%

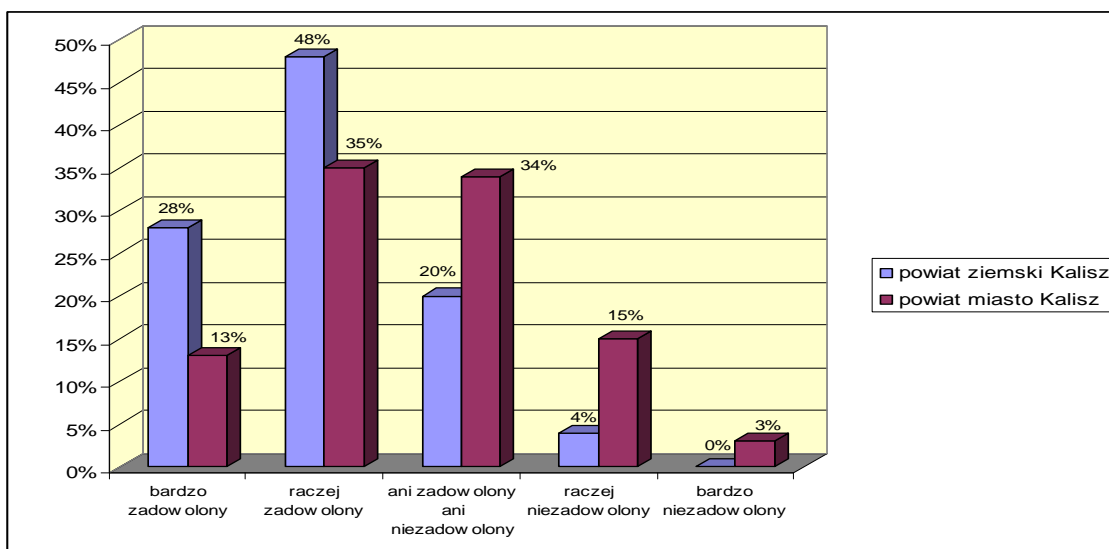
Tab. LXVII. Odsetek licealistów czynnie uprawiających dyscyplinę sportową – piłka nożna w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Dyscyplina: piłka nożna		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	53,1%	46,9%	100,0%
miasto Kalisz	27,0%	73,0%	100,0%
ogół	34,5%	65,5%	100,0%

Tab. LXVIII. Odsetek licealistów czynnie uprawiających dyscyplinę sportową – taniec w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Dyscyplina: taniec		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	0,0%	100,0%	100,0%
miasto Kalisz	13,8%	86,2%	100,0%
ogół	9,9%	90,1%	100,0%

Ankietowani z powiatu ziemskiego są w większym stopniu zadowoleni ze swojej codziennej aktywności fizycznej (ryc. 61).



Ryc. 61. Odsetek licealistów zadowolonych ze swej aktywności fizycznej w zależności od miejsca zamieszkania.

Brak czasu, jako powód niezadowolony z aktywności fizycznej wskazało 75% uczniów z powiatu grodzkiego i 46% uczniów z powiatu ziemskiego (tab. LXIX). Jest to zależność zaskakująca. Nastolatki ze wsi są bardziej obciążeni pracą w gospodarstwie i to oni w większym stopniu winni wskazywać na tą przyczynę. Być może dostęp młodzieży miejskiej do innych pozasportowych form spędzania czasu jest przyczyną tej zależności.

Tab. LXIX. Brak czasu jako powód niezadowolony z aktywności fizycznej wśród uczniów w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Niezadowolony powód: brak czasu		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	45,9%	54,1%	100,0%
miasto Kaliski	74,6%	25,4%	100,0%
ogół	70,4%	29,6%	100,0%

Zależność między „miejscem zamieszkania” licealistów a „budową ciała” ankietowanej młodzieży przedstawia tabela LXX.

Tab. LXX. Budowa ciała w opinii licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. LXX A).

Zależność między zmienną „powiat” a :	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
chęć zmiany sylwetki	0,00	0,20
próby odchudzania	0,00	0,17

Połowa uczniów z powiatu miasta Kalisza twierdzi, że chce zmienić sylwetkę. Dla porównania w grupie badanych z powiatu ziemskiego odpowiedni odsetek wynosi 30% (tab. LXXI). Wynika z tego, że na postrzeganie własnej sylwetki przez młodzież mają wpływ czynniki kulturowe bądź społeczne.

Tab. LXXI. Zamierzenia licealistów w odniesieniu do zmiany własnej sylwetki z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Powiat:	Zmiana sylwetki: chce			Razem
	schudnąć	przytyć	utrzymać sylwetkę	
ziemski Kalisz	29,9%	24,1%	46,0%	100,0%
miasto Kalisz	50,1%	9,5%	40,4%	100,0%
ogół	46,3%	12,3%	41,4%	100,0%

W powiecie grodzkim większy procent uczniów deklaruje również, że próbowało kiedykolwiek się odchudzać (tab. LXXII).

Tab. LXXII. Odsetek licealistów podejmujących próby odchudzania w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Próby odchudzania		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	24,6%	75,4%	100,0%
miasto Kalisz	45,5%	54,5%	100,0%
ogół	41,6%	58,4%	100,0%

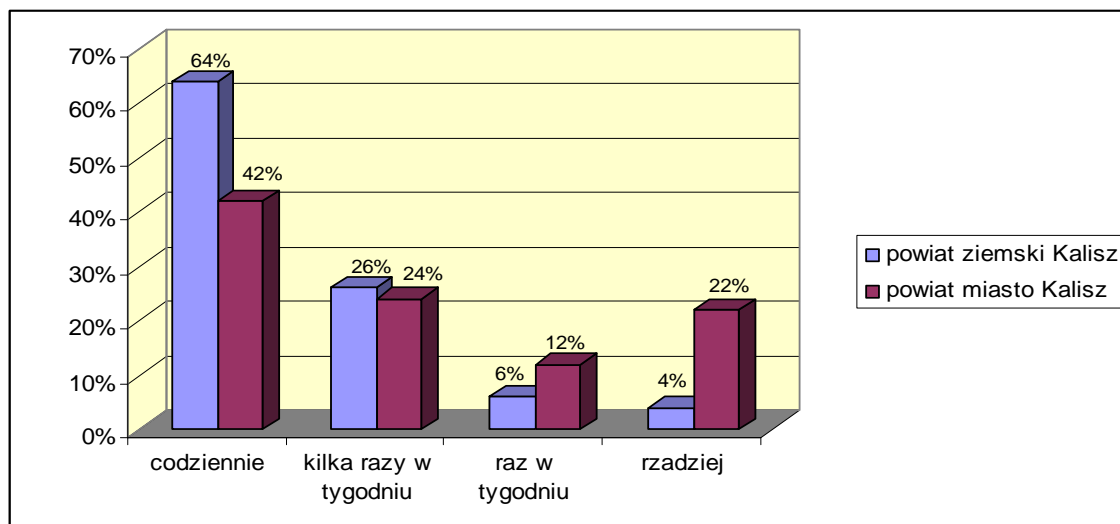
Zależność między „miejscem zamieszkania” licealistów a „stosowaniem używek” przedstawia tabela LXXIII.

Tab. LXXIII. Stosowanie środków uzależniających przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. tab. LXXIII A).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
częstość palenia	0,01	0,28
pali w szkole	0,00	0,44
pije alkohol: wino	0,00	0,24

Jeśli wziąć pod uwagę pytania o stosowanie używek, to okazuje się, że badani z powiatu ziemskiego częściej przyznają, że palą codziennie (ryc.62) oraz, że palą na terenie szkoły (tab. LXXIV). Jest to zależność zaskakująca, bo należało się spodziewać,

że w mniejszych szkołach na wsi kontrola w tym zakresie winna być większa. Należy postawić tezę, że społeczne przyzwolenie na tego typu antyzdrowotne zachowanie jest w środowisku wiejskim większe.



Ryc.62. Częstość palenia papierosów przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.

Tab. LXXIV. Odsetek licealistów palących w szkole w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Odsetek uczniów palących w szkole		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	59,6%	40,4%	100,0%
miasto Kalisz	16,5%	83,5%	100,0%
ogół	31,2%	68,8%	100,0%

Co trzeci uczeń z powiatu miasta Kalisza pytany o rodzaj spożywanego alkoholu twierdzi, że pije wino. Dla porównania w powiecie grodzkim picie wina deklaruje 62% badanych (tab. LXXV).

Tab. LXXV. Rodzaj spożywanego alkoholu przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Rodzaj konsumowanego alkoholu: wino		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	33,0%	67,0%	100,0%
miasto Kalisz	61,6%	38,4%	100,0%
ogół	55,0%	45,0%	100,0%

Zależność między „miejscem zamieszkania” licealistów a „stanem zdrowia” przedstawia tabela LXXVI.

Tab. LXXVI. Samoocena stanu zdrowia w opinii licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. tab. LXXVI A).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
problemy ze zdrowiem	0,00	0,17
leczy się w poradni	0,00	0,15
bywa zestresowany	0,00	0,16

Uczniowie z powiatu miasta Kalisza częściej od swoich rówieśników z powiatu ziemskiego twierdzą, że mają problemy ze zdrowiem i (tab. LXXVII) objęci są opieką ambulatoryjną (tab. LXXVIII). Potwierdza to powszechną tezę, że korzystanie z opieki zdrowotnej uzależnione jest od dostępności do ochrony zdrowia, a nie jest zależne od faktycznych potrzeb.

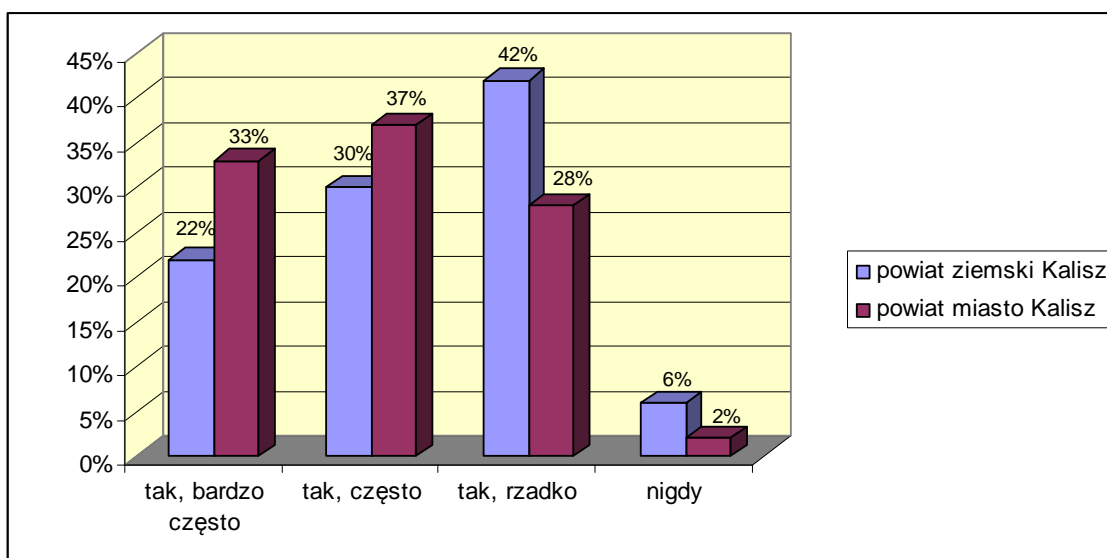
Tab. LXXVII. Odsetek licealistów deklarujących problemy zdrowotne w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Problemy ze zdrowiem		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	10,2%	89,8%	100,0%
miasto Kalisz	29,2%	70,8%	100,0%
ogół	25,7%	74,3%	100,0%

Tab. LXXVIII. Odsetek licealistów leczących się w poradni w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Leczenie w poradni		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	18,2%	81,8%	100,0%
miasto Kalisz	36,6%	63,4%	100,0%
ogół	33,2%	66,8%	100,0%

Okazuje się również, że badani z powiatu grodzkiego częściej twierdzą, że zdarza im się być zestresowanym. Szczegółowe wyniki przedstawia rycina 63.



Ryc. 63. Częstość z jaką licealiści odczuwają stres w zależności od miejsca zamieszkania.

Zależność między „miejscem zamieszkania” licealistów a „samooceną i dobrostanem” uczniów przedstawia tabela LXXIX.

Tab. LXXIX. Samoocena i dobrostan licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
zadowolony z wyglądu	0,00	0,15
jest szczęśliwy	0,92	Xx
ilość posiadanych przyjaciół	0,13	Xx

Porównanie samooceny uczniów z dwóch powiatów pokazuje, że licealiści z powiatu ziemskiego są w większym stopniu zadowoleni ze swojego wyglądu zewnętrznego. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli LXXX. Potwierdza to fakt związany z wpływem środowiska na postrzeganie własnego wyglądu i satysfakcji ze swej sylwetki przez nastoletnią młodzież.

Tab. LXXX. Odsetek licealistów zadowolonych z własnego wyglądu w zależności od miejsca zamieszkania.

Powiat:	Zadowolony z wyglądu		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	79,7%	20,3%	100,0%
miasto Kalisz	62,0%	38,0%	100,0%
ogół	65,3%	34,7%	100,0%

Zależność między „miejszem zamieszkania” licealistów a „wiedzą dotyczącą zachowań zdrowotnych” przedstawia tabela LXXXI.

Tab. LXXXI. Wiedza ankietowanych uczniów dotycząca zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania (p. tab. LXXXI A).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
dojadanie	0,00	0,20
picie coca-coli: zdrowe	0,00	0,18
chęć zmiany sposobu żywienia	0,00	0,22

W powiecie ziemskim większy odsetek - 84% uczniów twierdzi, że chcieliby zmienić swój sposób żywienia (tab. LXXXII).

Tab. LXXXII. Zamierzenia licealistów w odniesieniu do zmian w sposobie odżywiania z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Powiat:	Bez zmian w żywności		Razem
	TAK	NIE	
ziemski Kalisz	83,9%	16,1%	100,0%
miasto Kalisz	57,1%	42,9%	100,0%
ogół	62,1%	37,9%	100,0%

Co czwarty uczeń z powiatu ziemskiego i co dziesiąty z powiatu grodzkiego uważa, że należy dojadać (tab. LXXXIII). Jest to prawdopodobnie spowodowane większą wiedzą młodzieży miejskiej na temat prawidłowego żywienia, co być może związane jest z szerszym dostępem do mass mediów.

Tab. LXXXIII. Odsetek licealistów deklarujących pojadanie między posiłkami z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Powiat:	Czy należy dojadać?			Razem
	TAK	NIE	NIE WIEM	
ziemski Kalisz	26,7%	63,7%	9,6%	100,0%
miasto Kalisz	9,7%	78,8%	11,5%	100,0%
ogół	12,9%	75,9%	11,2%	100,0%

4. Analiza zachowań zdrowotnych w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” uczniów szkół licealnych

Zależność między udziałem w programie „Trzymaj Formę” a „zwyczajami żywieniowymi” wśród uczniów szkół licealnych przedstawia tabela LXXXIV.

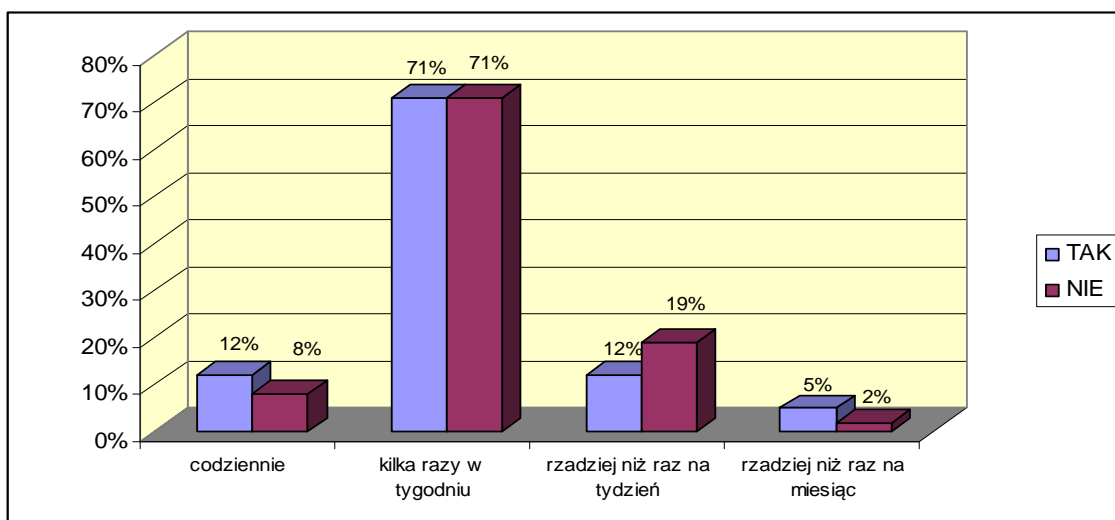
Tab. LXXXIV. Zwyczaje żywieniowe licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” (p. tab. LXXXIV A).

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
zaburzenia odżywiania: nadmierna konsumpcja	0,04	0,10
spożywane produkty: mięso białe	0,01	0,10
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: masło	0,04	0,10
rodzaj spożywanych produktów na obiad: kompot	0,01	0,11

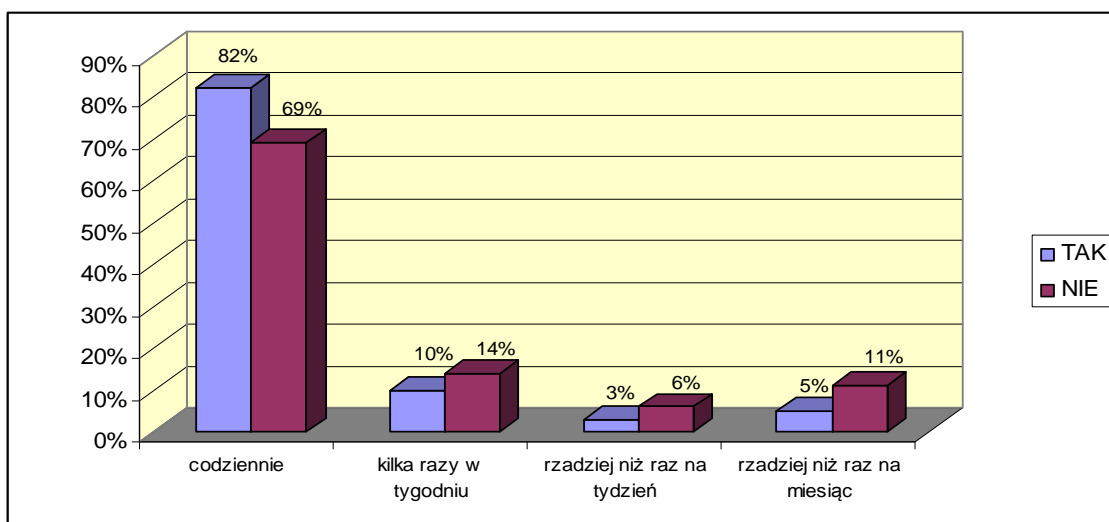
Analiza zwyczajów żywieniowych w kontekście udziału ucznia w programie „Trzymaj Formę” pokazuje, że młodzież, która uczestniczyła w projekcie, rzadziej deklaruje występowanie nadmiernej konsumpcji (tab. LXXXV), z kolei częściej twierdzi, że spożywa codziennie mięso białe (ryc. 64), masło (ryc.65) oraz zupę (ryc. 66). Wynika z tego, że uczestnicy programu posiadają większą wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia. Należy również zauważyć, że zalecana w metodzie projektu piramida żywienia preferuje spożywanie większej ilości białego mięsa.

Tab. LXXXV. Odsetek licealistów deklarujących zaburzenia odżywiania - nadmierna konsumpcja w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

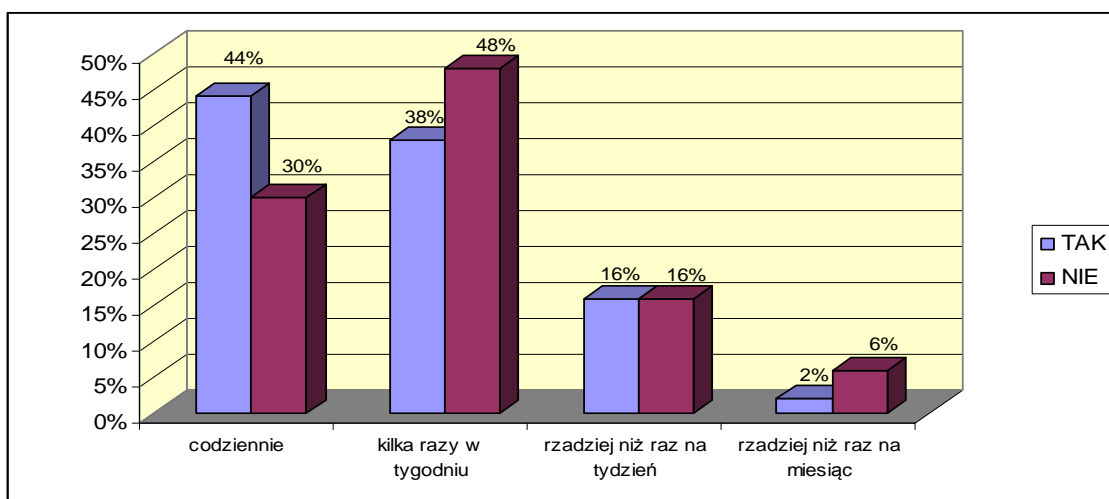
Udział w programie „Trzymaj Formę”:	Zaburzenia odżywiania: nadmierna konsumpcja		Razem
	TAK	NIE	
Tak	47,5%	52,5%	100,0%
Nie	64,1%	35,9%	100,0%
Ogół	62,4%	37,6%	100,0%



Ryc. 64. Częstość spożywania przez licealistów mięsa białego w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.



Ryc. 65. Częstość spożywania przez licealistów masła w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.



Ryc. 66. Częstość spożywania przez licealistów zup w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

Natomiast wśród osób nieobjętych programem większy odsetek deklaruje, że ich ulubionym napojem jest woda mineralna (LXXXVI).

Tab. LXXXVI. Odsetek licealistów wskazujących ulubiony napój – woda mineralna w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

Udział w programie „Trzymaj Formę”:	Napój: woda mineralna		Razem
	TAK	NIE	
Tak	42,7%	57,3%	100,0%
Nie	60,6%	39,4%	100,0%
Ogół	58,6%	41,4%	100,0%

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a „aktywnością fizyczną” uczniów szkół licealnych przedstawia tabela LXXXVII. Ze względu na fakt, że zależność między miejscem zamieszkania a udziałem w programie jest istotna statystycznie, należy brać pod uwagę ewentualny jej wpływ.

Tab. LXXXVII. Aktywność fizyczna ankietowanych licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” (p. tab. LXXXVII A).

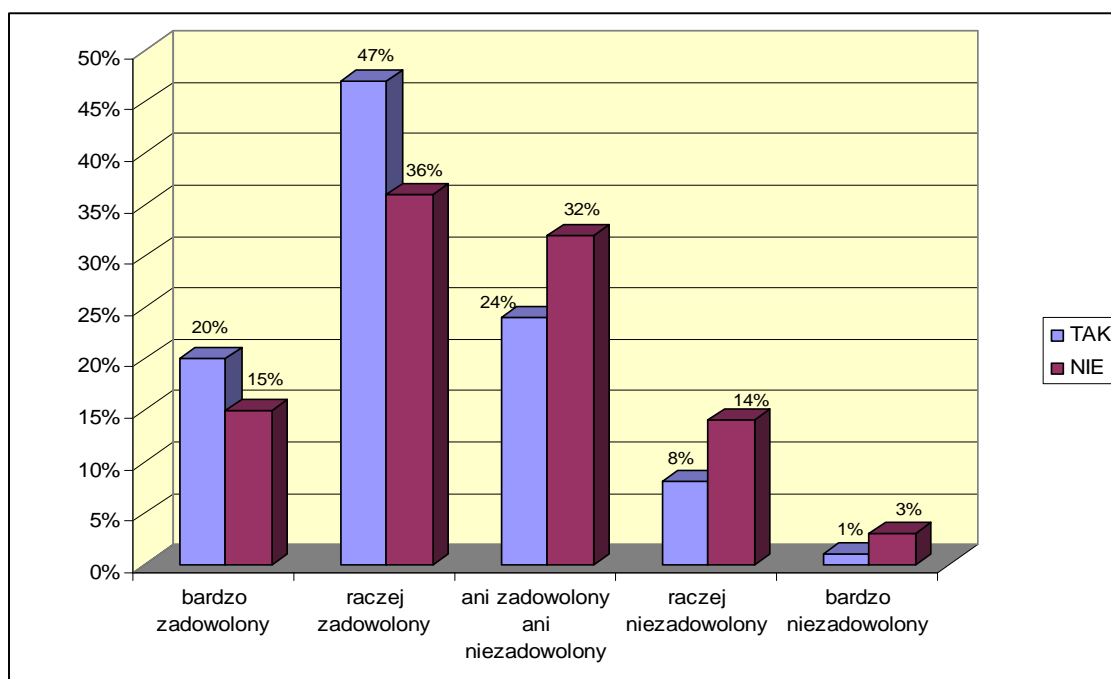
Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
posiadany sprzęt sportowy: motorower	0,00	0,10
wysiłek dzienny: sport w klubie	0,00	0,11
zadowolony z aktywności fizycznej	0,03	0,10
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: drogi wynajem	0,01	0,11

Co trzeci uczeń, który uczestniczył w programie oraz co piąty, który w nim nie uczestniczył, uprawiają czynnie sport (tab. LXXXVIII). Wskazuje to na efektywny wpływ uczestnictwa w programie „Trzymaj Formę”.

Tab. LXXXVIII. Odsetek licealistów uprawiających sport w klubie w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

Udział w programie „Trzymaj Formę”:	Sport w klubie		Razem
	TAK	NIE	
Tak	34,6%	65,4%	100,0%
Nie	20,1%	79,9%	100,0%
Ogół	21,7%	78,3%	100,0%

Uczniowie, którzy brali udział w programie, są bardziej zadowoleni ze swojej aktywności fizycznej. Zależność tą ilustruje rycina 67.



Ryc. 67. Odsetek licealistów zadowolonych ze swej aktywności fizycznej w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

Jeśli wziąć pod uwagę drogi wynajem obiektów sportowych jako powód niezadowolenia z aktywności fizycznej, to okazuje się, że młodzież, która brała udział w programie „Trzymaj Formę” rzadziej wskazywała taką przyczynę (tab. LXXXIX).

Tab. LXXXIX. Odsetek licealistów niezadowolonych ze swej aktywności fizycznej: powód „drogi wynajem” w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

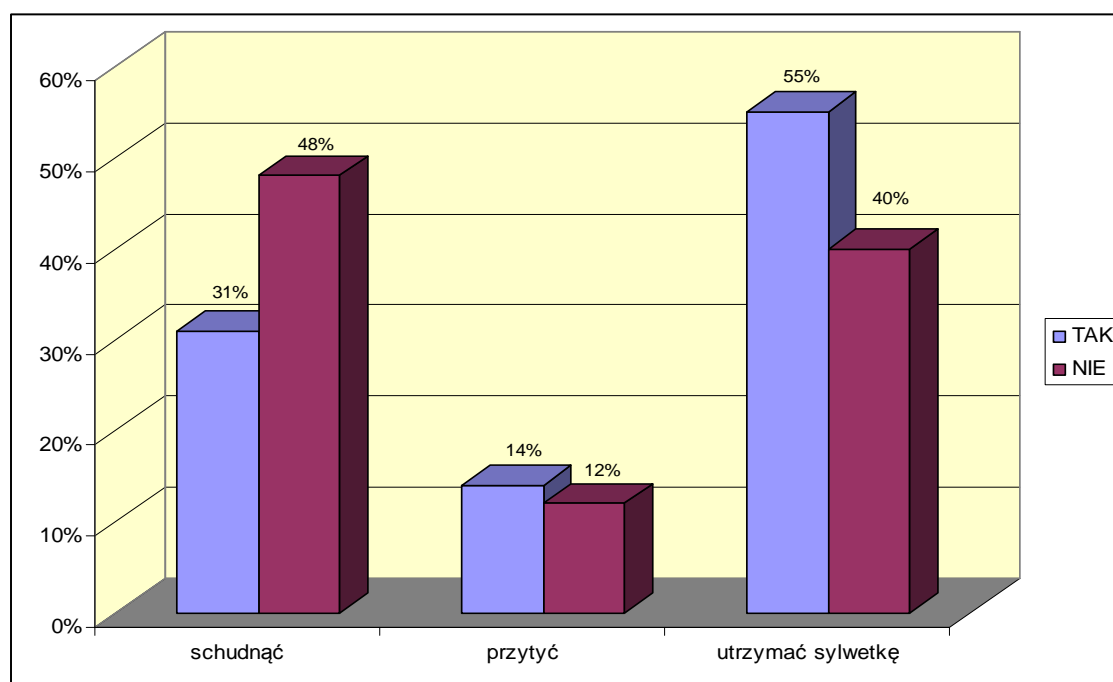
Udział w programie „Trzymaj Formę”:	Niezdawalony z aktywności fizycznej powód: drogi wynajem		Razem
	TAK	NIE	
Tak	11,5%	88,5%	100,0%
Nie	28,1%	71,9%	100,0%
Ogół	26,6%	73,4%	100,0%

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a „budową ciała” uczniów szkół licealnych przedstawia tabela XC.

Tab. XC. Budowa ciała w opinii licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
lekarz informował o nadwadze lub otyłości	0,08	Xx
otyli w rodzinie	0,80	Xx
chęć zmiany sylwetki	0,00	0,11
próby odchudzania	0,32	Xx
próby przytycia	0,07	Xx

Wyniki, które przedstawia rycina 68 pokazują, że 55% osób, które brało udział w programie „Trzymaj Formę” i 40% osób, które nie zostały objęte programem twierdzi, że chciałoby utrzymać dotychczasową sylwetkę. Zatem młodzież, która uczestniczy w projekcie wykazuje się większą wiedzą dotyczącą właściwej budowy ciała.



Ryc. 68. Odsetek licealistów wyrażających chęć zmiany sylwetki w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a „wiedzą dotyczącą zachowań zdrowotnych” wśród licealistów z powiatu ziemskiego i miasta Kalisza przedstawia tabela XCI.

Tab. XCI. Wiedza ankietowanych uczniów dotycząca zachowań zdrowotnych w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość spożywanych posiłków	xx	Xx
spożywanie surówek: ważne	0,11	Xx
dojadanie	0,29	Xx
spożywanie chipsów: zdrowe	xx	Xx
spożywanie I śniadania: ważne	xx	Xx
spożywanie II śniadania: ważne	xx	Xx
palenie szkodzi	xx	Xx
alkohol szkodzi	0,88	Xx
narkotyki szkodzą	xx	Xx
chęć zmiany w żywieniu	0,00	0,10

Na podstawie wyników przedstawionych w tabeli XCII możemy stwierdzić, że osoby, które brały udział w programie rzadziej twierdzą, że zmieniłyby swój sposób żywienia.

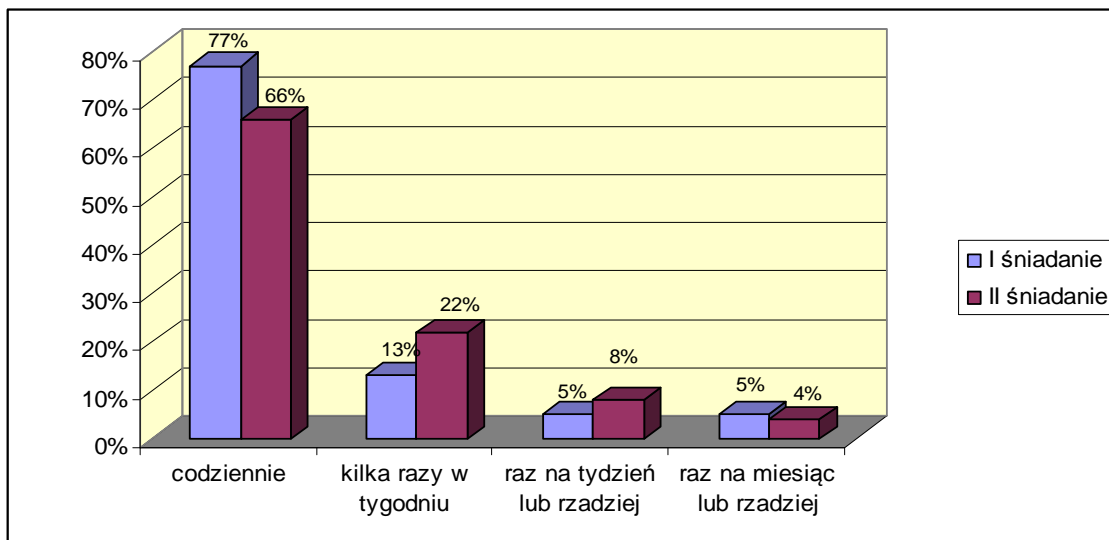
Tab. XCII. Zamierzenia licealistów w odniesieniu do zmian w sposobie odżywiania w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

Udział w programie „Trzymaj Formę”:	Bez zmian w żywieniu		Razem
	TAK	NIE	
Tak	76,4%	23,6%	100,0%
Nie	60,5%	39,5%	100,0%
Ogół	62,3%	37,7%	100,0%

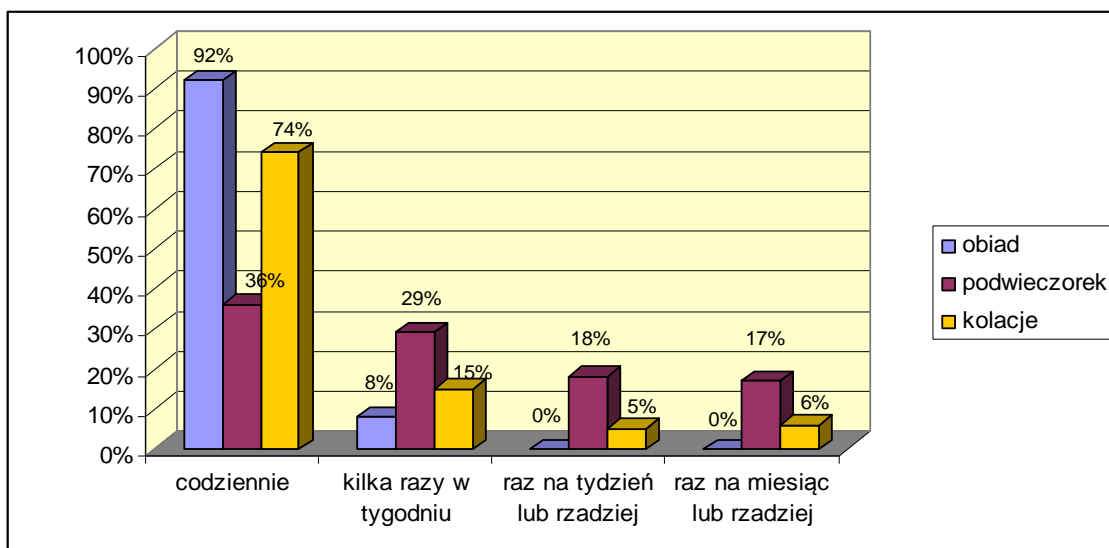
Analiza zależności między udziałem w programie „Trzymaj Formę” a pytaniami związanymi: ze stosowaniem używek (p. tab. XCIII A), stanem zdrowia (p. tab. XCIV A) oraz samooceną i dobrostanem (p. tab. XCV A) nie wykazała żadnego istotnego statystycznie związku.

5. Zachowania zdrowotne uczniów szkół licealnych w opinii ich rodziców

Zdaniem badanych rodziców ich dzieci jedzą codziennie pierwsze śniadanie - 77%, drugie śniadanie - 66% (ryc. 69), obiad - 92%, podwieczorek - 36% i kolację - 74% (ryc. 70).



Ryc. 69. Częstość spożywania I. i II. śniadania przez licealistów - w opinii ich rodziców.



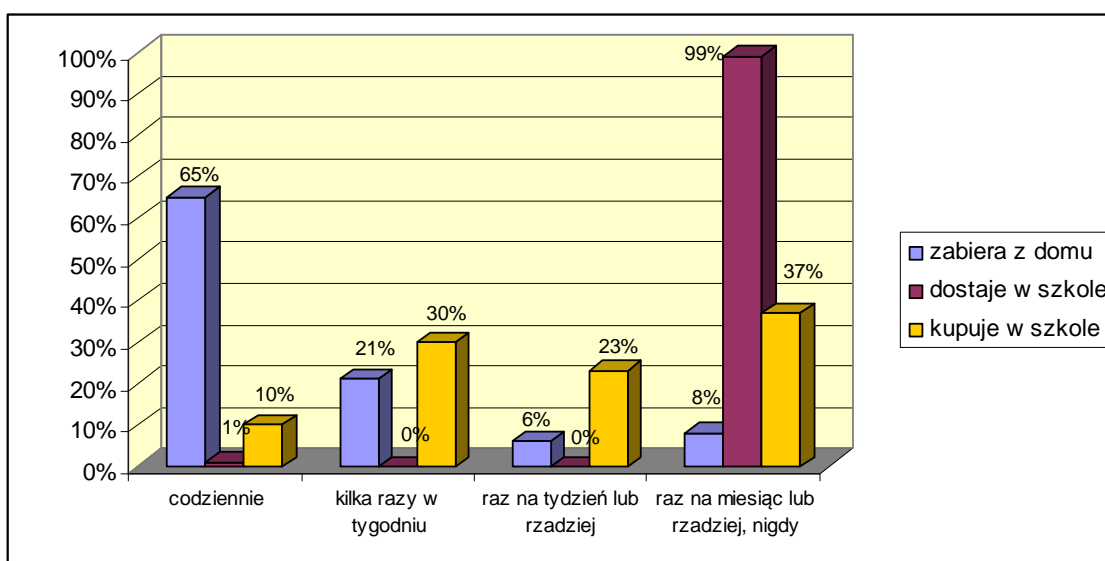
Ryc. 70. Częstość spożywania pozostałych posiłków przez licealistów - w opinii ich rodziców.

Według rodziców młodzież najczęściej spożywa na I śniadanie takie produkty, jak: pieczywo - 91%, herbata - 82%, masło - 81%, sery - 75% i wędliny - 72% (tab. XCVI).

Tab. XCVI. Najczęściej spożywane przez licealistów produkty na śniadanie - w opinii ich rodziców.

Produkty spożywane na śniadanie	N=600	
	N	%
pieczywo	546	91,0
herbata	495	82,5
masło	484	80,7
ser	450	75,0
wędlina	433	72,2
dżem	226	37,7
jogurt	185	30,8
jajka	156	26,0
zupa mleczna	119	19,8
kawa	57	9,5
inne	53	8,8

Według ankietowanych rodziców ich dzieci codziennie zabierają II śniadanie z domu - 65%, otrzymuje bezpłatnie i kupuje w szkole odpowiednio 1% i 10% (ryc. 71). 6% młodzieży nie jada II śniadania.



Ryc. 71. Procentowy rozkład różnych form zdobywania II. śniadania przez licealistów - w opinii ich rodziców.

Jeśli spojrzeć na popularność dań obiadowych można zauważyć, że dzieci spożywają głównie: ziemniaki - 87%, mięso białe - 87%, surówki - 87%, zupę - 81% i potrawy mączne - 62% (tab. XCVII).

Tab. XCVII. Najczęściej spożywane produkty na obiad przez licealistów - w opinii ich rodziców.

Produkty spożywane na obiad	N=652	
	N	%
mięso białe	570	87,4
ziemniaki	570	87,4
surówki	569	87,3
zupa	529	81,3
potrawy mączne	406	62,3
ryż	325	49,8
mięso czerwone	304	46,6
kasza	158	24,2
inne	20	3,1

Ankietowani rodzice stwierdzili, że ich dzieci najczęściej na podwieczorek jedzą: owoce - 85%, ciasto - 62% oraz kisiel lub budyń - 35% (tab. XCVIII).

Tab. XCVIII. Najczęściej spożywane produkty na podwieczorek przez licealistów - w opinii ich rodziców.

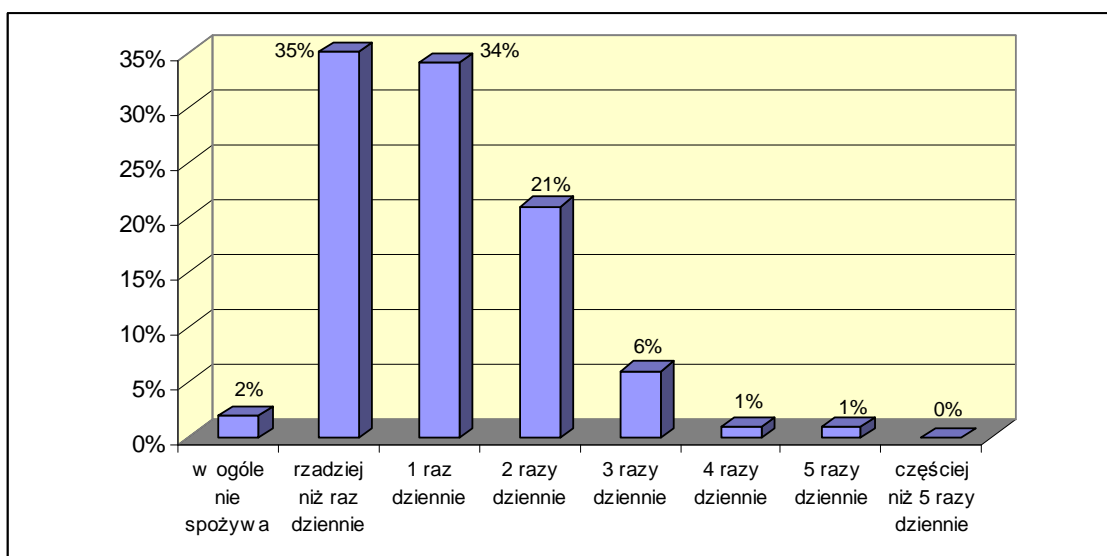
Produkty spożywane na podwieczorek	N=568	
	N	%
owoce	482	84,9
ciasto	353	62,2
kisiel/budyń	200	35,2
słodycze	35	6,2
jogurt	35	6,2
inne	17	3,0

Najpopularniejszymi potrawami spożywanymi przez dzieci na kolacje są kanapki - 95% i dania ciepłe - 26% (tab. XCIX). Kolacji nie jada 5% ankietowanej młodzieży.

Tab. XCIX. Najczęściej spożywane produkty na kolację przez licealistów - w opinii ich rodziców.

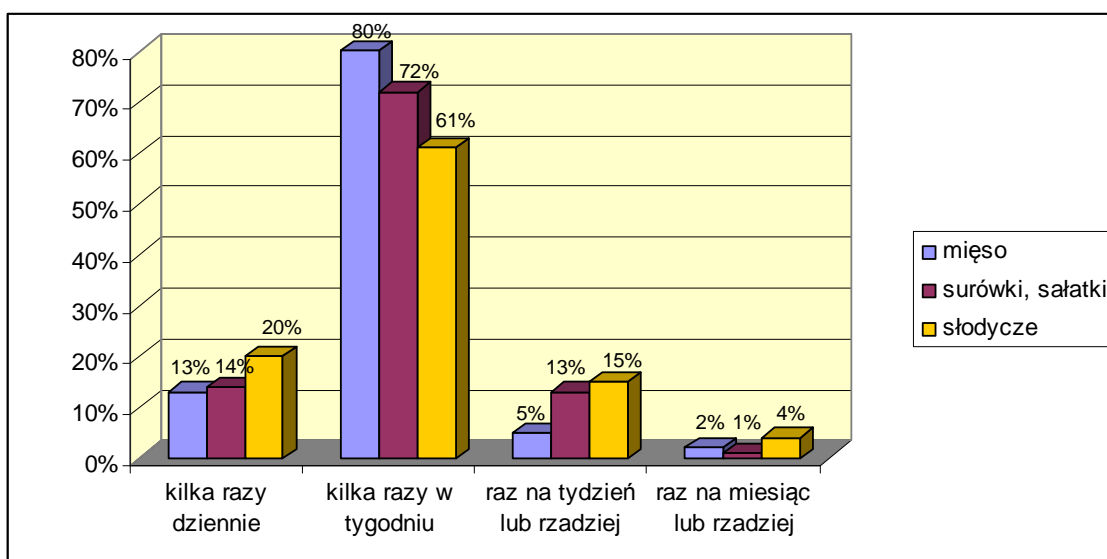
Produkty spożywane na kolację	N=622	
	N	%
kanapki	589	94,7
dania ciepłe	159	25,6
zupy mleczne/płatki	19	3,1
inne	42	6,8

Kontynuując analizę zwyczajów żywieniowych panujących w domach respondentów można zauważyć, że dzieci piją mleko lub jego przetwory, co najmniej raz dziennie - 34% (ryc. 72).



Ryc.72. Częstość spożywania w ciągu dnia mleka przez licealistów - w opinii ich rodziców.

Z ryciny 73 wynika, że kilka razy w tygodniu dzieci konsumują mięso - 80%, warzywa - 72% oraz z porównywalną częstością sięgają po słodycze - 61%.



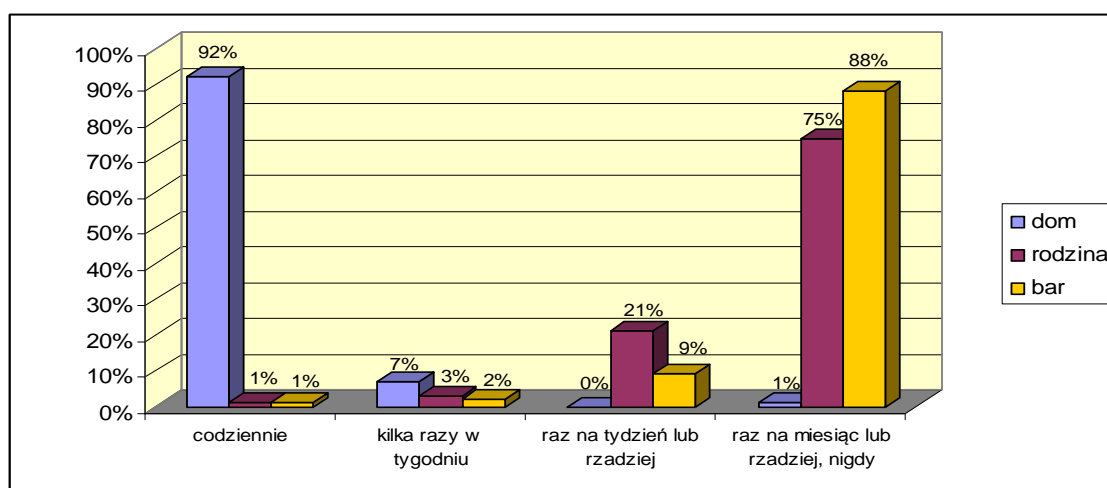
Ryc. 73. Częstość spożywania mięsa, warzyw i słodyczy w ciągu dnia przez licealistów - w opinii ich rodziców.

Ponad połowa badanych rodziców - 57% dysponuje produktami wyhodowanymi we własnym gospodarstwie domowym, które są spożywane przez ich dzieci. Należą do nich głównie: warzywa - 95%, owoce - 85%, mięso - 31% i drób - 24% (tab. C).

Tab. C. Najczęściej produkowane/hodowane własne produkty spożywcze - wg wskazań rodziców.

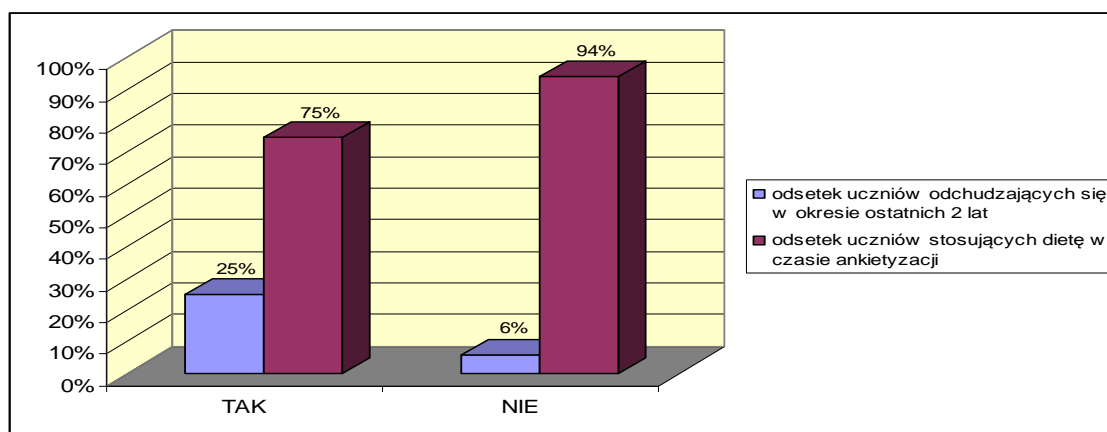
Produkty hodowane	N=377	
	N	%
warzywa	360	95,5
owoce	319	84,6
mięso	117	31,0
drób	92	24,4
ryby	17	4,5
inne	37	9,8

Analizując miejsce spożywania posiłków przez ankietowanych rodziców należy zauważyć, że zdecydowana większość licealistów konsumuje je najczęściej we własnym domu - 92%, u bliskiej rodziny - 1% oraz w barach - 1% (ryc. 74).



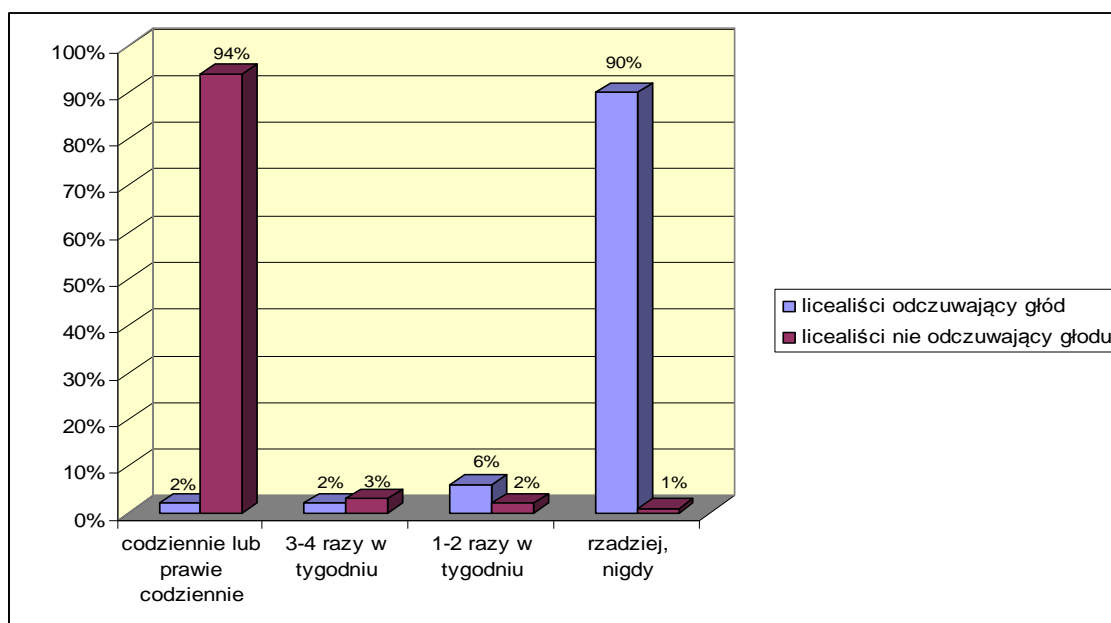
Ryc. 74. Miejsce spożywania posiłków przez licealistów - w opinii ich rodziców.

Dzieci, co czwartego rodzica odchudzały się w ciągu ostatnich 2 lat, zaś dietę odchudzającą w okresie ankietyzacji odbywało 6% badanych (ryc. 75).



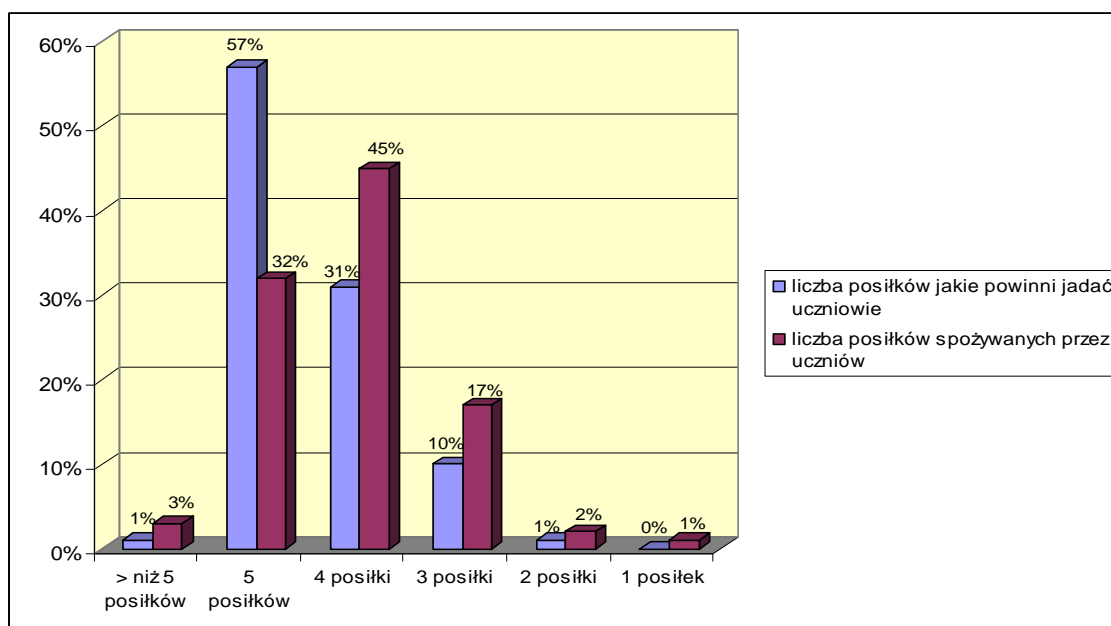
Ryc. 75. Odsetek odchudzających się licealistów w okresie ostatnich 2 lat oraz stosujących dietę w czasie ankietyzacji - w opinii ich rodziców.

W ocenie zdecydowanej większości rodziców ich dzieci są najedzone codziennie lub prawie codziennie - 94%, głód odczuwało 2% licealistów (ryc. 76).



Ryc. 76. Odsetek licealistów odczuwających i nie odczuwających głodu - w opinii ich rodziców.

Rodzice uważają, że ich dzieci powinny jadać od 4 do 5 posiłków dziennie. Ich zdaniem taką liczbę spożywają (ryc. 77).



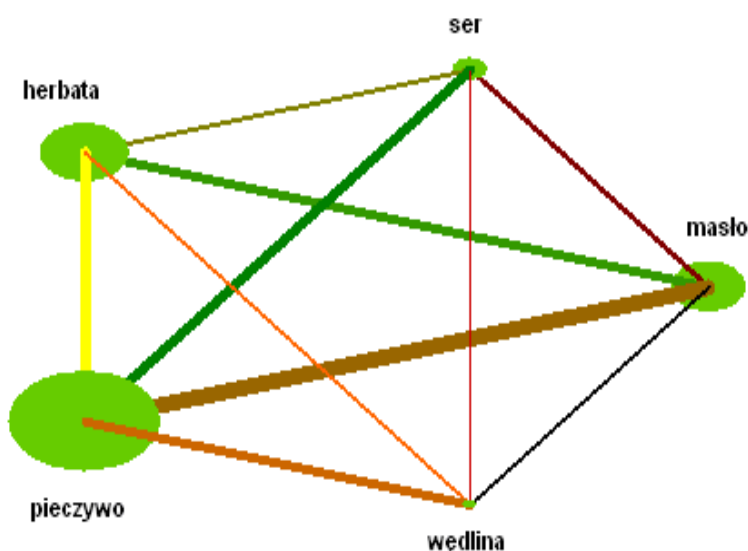
Ryc. 77. Zestawienie liczby posiłków jakie powinni jadać dziennie licealiści z liczbą posiłków spożywanych przez nich - w opinii ich rodziców.

Z danych zamieszczonych w tabeli CI wynika, że zestawy śniadaniowe to głównie kombinacje: pieczywa, masła i herbaty - 64% oraz pieczywa, masła i sera - 61%.

Tab. CI. Popularne zestawy śniadaniowe spożywane przez licealistów- wg opinii ich rodziców.

Poprzednik	==>	Następnik	Udział (%)
pieczywo	==>	masło	72,3
pieczywo	==>	herbata	70,8
pieczywo	==>	ser	66,7
herbata	==>	masło	64,5
pieczywo	==>	wędlina	64,3
masło, pieczywo	==>	herbata	64,2
ser	==>	masło	60,9
masło, pieczywo	==>	ser	60,6
herbata	==>	ser	60,1

Powiązania - asocjacje zostały także zwizualizowane za pomocą wykresów sieciowych. Wielkość węzła - elipsy przy każdym z produktów oznacza udział, popularność produktu wśród ankietowanej młodzieży. Grubość linii łączących produkty to udział obu produktów konsumowanych jednocześnie wśród wszystkich dzieci badanych rodziców, zaś kolor linii oznacza miarę skorelowania - im ciemniejsza barwa, tym większa korelacja między produktami. Łatwo zauważyć, że najczęściej wskazywane produkty na śniadanie to: pieczywo, herbata i masło, a najpopularniejszym pojawiającym się zestawem jest pieczywo z masłem (ryc. 78).



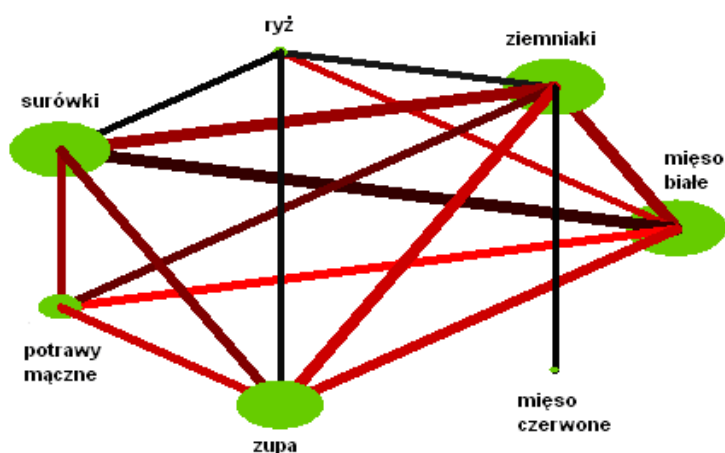
Ryc. 78. Produkty konsumowane przez licealistów na śniadanie - sieć powiązań.

Biorąc pod uwagę popularność dań obiadowych należy stwierdzić, że dzieci preferują głównie mięso białe, ziemniaki, surówki oraz zupy. Do najczęściej konsumowanych zestawów należą: ziemniaki, mięso białe i surówki - 67% bądź zupa, mięso białe, ziemniaki i surówki - 58% (tab. CII).

Tab. CII. Popularne zestawy obiadowe spożywane przez licealistów – wg opinii ich rodziców.

Poprzednik	==>	Następnik	Udział (%)
mięso białe	==>	ziemniaki	76,0
mięso białe	==>	surówki	75,7
ziemniaki	==>	surówki	75,3
zupa	==>	ziemniaki	71,7
zupa	==>	mięso białe	70,8
zupa	==>	surówki	70,2
mięso białe, ziemniaki	==>	surówki	67,5
zupa	==>	mięso białe, ziemniaki	64,6
zupa	==>	mięso białe, surówki	63,9
zupa	==>	ziemniaki, surówki	63,7
zupa	==>	mięso białe, ziemniaki, surówki	58,2
mięso białe	==>	potrawy mączne	55,2
potrawy mączne	==>	ziemniaki	54,9
potrawy mączne	==>	surówki	54,3
zupa	==>	potrawy mączne	51,4
mięso białe	==>	ziemniaki, potrawy mączne	50,5

Wykres sieciowy dla produktów spożywanych na obiad jest dość czytelny. Dominuje kombinacja ziemniaków, mięsa białego i surówek oraz zupy. Można ponadto zauważyć, że ryż nie jest powiązany z mięsem czerwonym i potrawami mącznymi. Z kolei mięso czerwone jest powiązane jedynie z ziemniakami (ryc. 79).



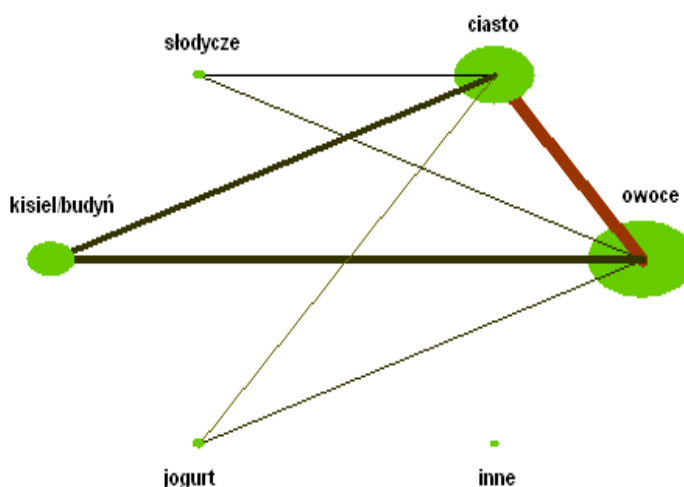
Ryc. 79. Produkty i potrawy konsumowane przez licealistów na obiad - sieć powiązań.

Ankietowani rodzice stwierdzili, że ich dzieci najczęściej na podwieczorek jedzą owoce, ciasto, kisiel lub budyń. Z analizy reguł asocjacyjnych wynika ponadto, że zestawy produktów spożywczych konsumowanych łącznie nie występują zbyt często. 43% rodziców przyznaje, że ich dzieci jedzą na podwieczorek ciasto i owoce, podczas gdy tylko 4% twierdzi, że młodzież spożywa na podwieczorek słodczyce i owoce (tab. CIII).

Tab. CIII. Popularne zestawy produktów spożywanych przez licealistów na podwieczorek - w opinii ich rodziców .

Poprzednik	==>	Następnik	Udział (%)
ciasto	==>	owoce	43,5
kisiel/budyń	==>	owoce	25,0
ciasto	==>	kisiel/budyń	19,0
ciasto, kisiel/budyń	==>	owoce	15,9
jogurt	==>	owoce	4,0
słodczyce	==>	owoce	4,0

Wykres sieciowy dla produktów spożywczych przeznaczonych na podwieczorek jest w tym wypadku bardzo prosty, znajdują się na nim tylko trzy najpopularniejsze pozycje z dużym udziałem oraz trzy produkty sporadycznie wymieniane przez badanych takie jak: jogurt, słodczyce i inne. Widoczny jest również brak powiązań między słodczymi a kisiem lub budyniem i jogurtem (ryc. 80).

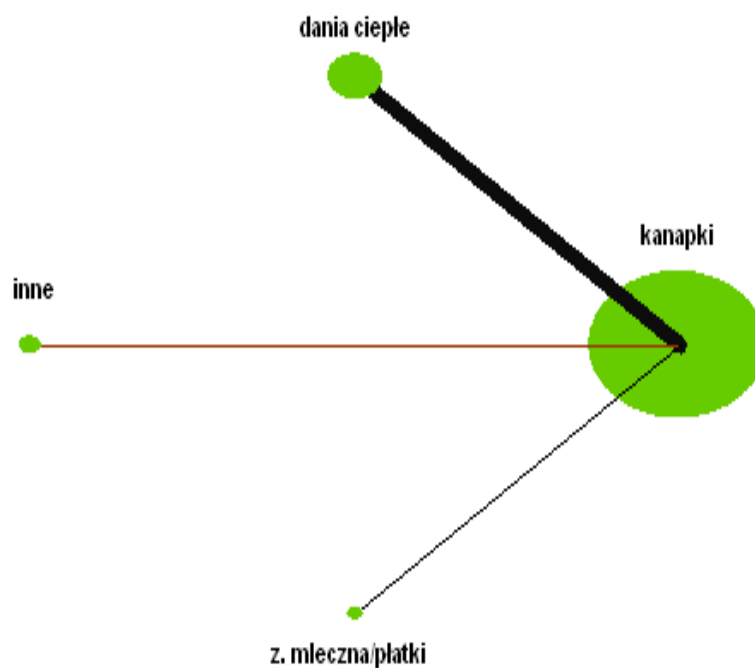


Ryc. 80. Produkty konsumowane przez licealistów na podwieczorek - sieć powiązań.

Najpopularniejszymi potrawami spożywanymi przez dzieci na kolację są kanapki i dania ciepłe np. placki, naleśniki. Trudno wskazać na silne (o dużym udziale) zestawy dań, chociaż 21% respondentów przyznało, że ich dzieci jedzą na kolację kanapki lub dania ciepłe. Szczegóły znajdują się w tabeli CIV, a wizualizacja powiązań między potrawami na wykresie sieciowym - ryc. 81.

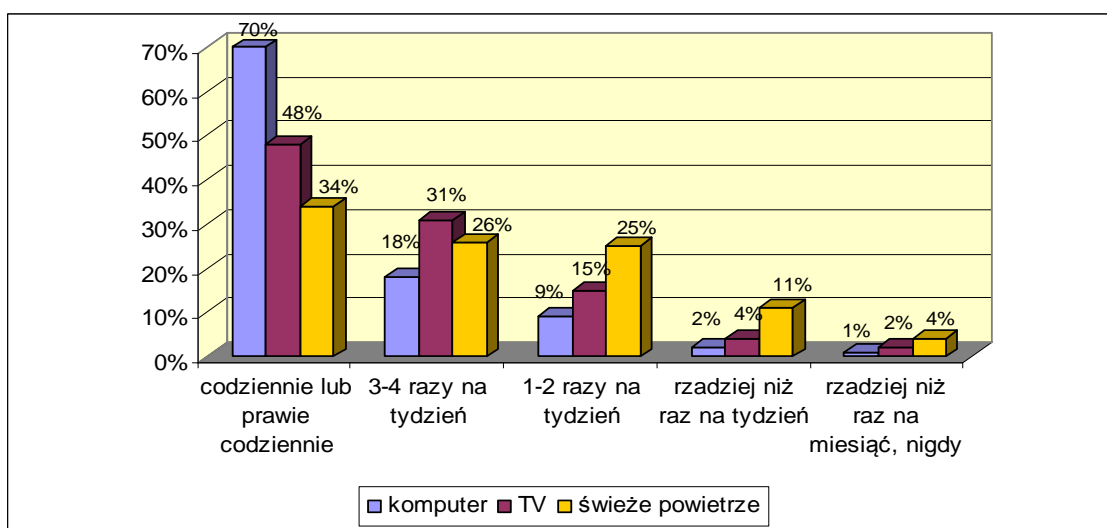
Tab. CIV. Popularne zestawy produktów spożywane na kolację przez licealistów - w opinii ich rodziców.

Poprzednik	==>	Następnik	Udział%
kanapki	==>	dania ciepłe	21,0
inne	==>	kanapki	4,5
zupa mleczna/płatki	==>	kanapki	2,6

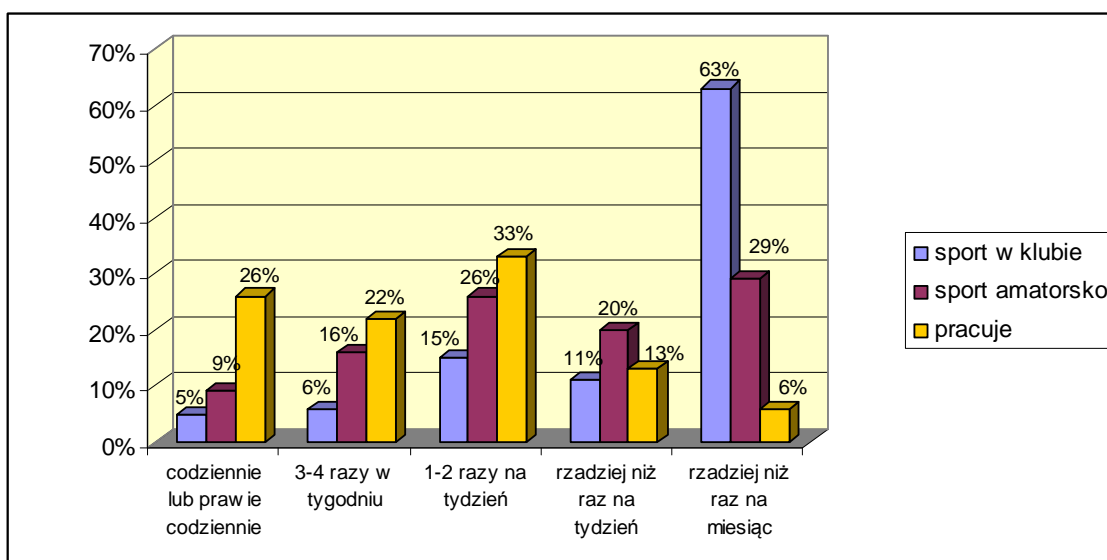


Ryc.81. Produkty i potrawy konsumowane przez licealistów na kolację - sieć powiązań.

Ocena aktywności fizycznej dziecka wymaga przeanalizowania danych znajdujących się na dwóch poniższych wykresach – ryc. 82 i 83. Okazuje się, że 70% młodzieży codziennie lub prawie codziennie siedzi przed komputerem, zaś 48% z tą samą częstotliwością ogląda telewizję. Codziennie lub prawie codziennie, co trzecie dziecko spędza czas na świeżym powietrzu, 5% chodzi na treningi, a 9% uprawia sport rekreacyjnie. 26% licealistów codziennie lub prawie codziennie pracuje bądź pomaga w domu.



Ryc. 82. Spędzanie czasu wolnego przez licealistów przed ekranem komputera, telewizora i na świeżym powietrzu – wg wskazywanej częstotliwości, w odsetkach.



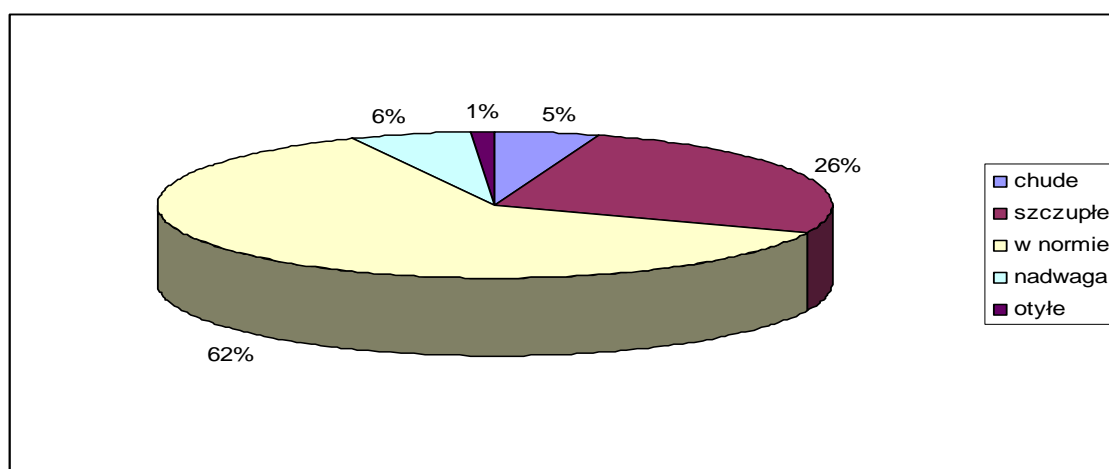
Ryc. 83. Spędzanie aktywnie czasu wolnego przez licealistów – wg wskazywanej częstotliwości, w odsetkach.

12% ankietowanych rodziców twierdzi, że ich dzieci nie uczestniczą w zajęciach wychowania fizycznego, czego przyczyny zamieszczono w tabeli CV. Jednocześnie 42% rodziców jest zdania, że liczba godzin lekcji wychowania fizycznego powinna zostać zwiększona.

Tab. CV. Najczęstsze choroby będące powodem nieuczestniczenia licealistów w zajęciach wychowania fizycznego - w opinii ich rodziców.

Najczęstsze choroby	N=63	
	N	%
choroby układu kostno-stawowego	25	39,7
alergia/astma	1	1,6
choroby serca	3	4,8
inne	34	54,0

W opinii rodziców masa ciała ich dzieci była w normie - 62%, szczupłą sylwetkę miało 26%, nadwagę 6% (ryc. 84). Rodzice przyznali w 42% odpowiedzi, że w ich rodzinie są osoby otyłe wymieniając najczęściej ojca, matkę, babcię i dziadka (tab. CVI).

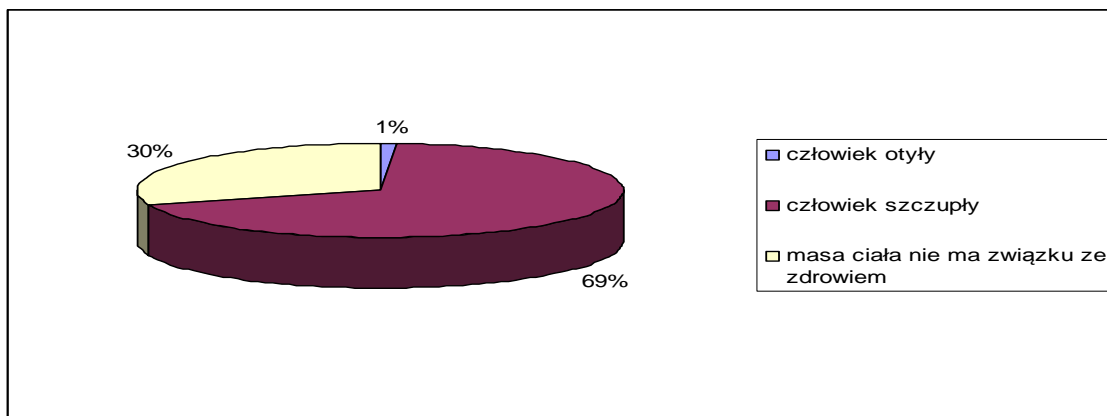


Ryc. 84. Masa ciała licealistów – w opinii ich rodziców.

Tab. CVI. Występująca otyłość wśród najbliższych członków ankietowanych rodziców.

Wskazywane osoby otyłe przez ankietowanych licealistów	N=273	
	n	%
tata	136	49,8
mama	101	37,0
Babcia	114	41,8
Dziadek	49	18,0
Rodzeństwo	32	11,7
Inni	19	7,0

W opinii 69% ankietowanych rodziców, człowiek dobrze wyglądający to człowiek szczupły natomiast według 30% respondentów masa ciała nie ma związku ze zdrowiem (ryc. 85). Połowa badanych rodziców deklaruje, że lansuje w rodzinie zdrowy styl życia.

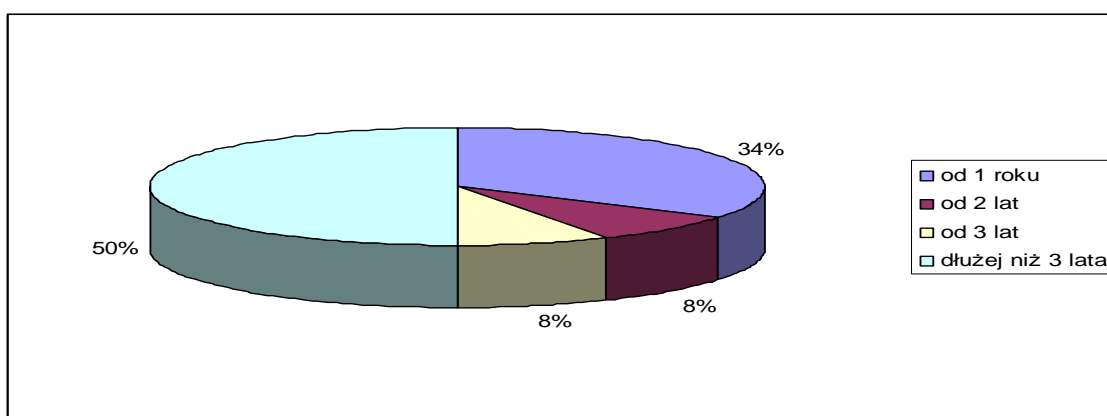


Ryc. 85. Opinie ankietowanych rodziców na temat związku masy ciała ze stanem zdrowia.

Wprawdzie 2% ankietowanych rodziców przyznało, że ich dziecko pali papierosy (tab. CVII), to jednak odsetek palących może być większy, albowiem nie o każdym przypadku palenia tytoniu przez własne dzieci rodzice wiedzą. Skoro w opinii rodziców połowa palących licealistów kontynuuje ten nałóg dłużej niż 3 lata, dowodzi to istnienia uzależnienia od tytoniu u tej młodzieży (ryc. 86).

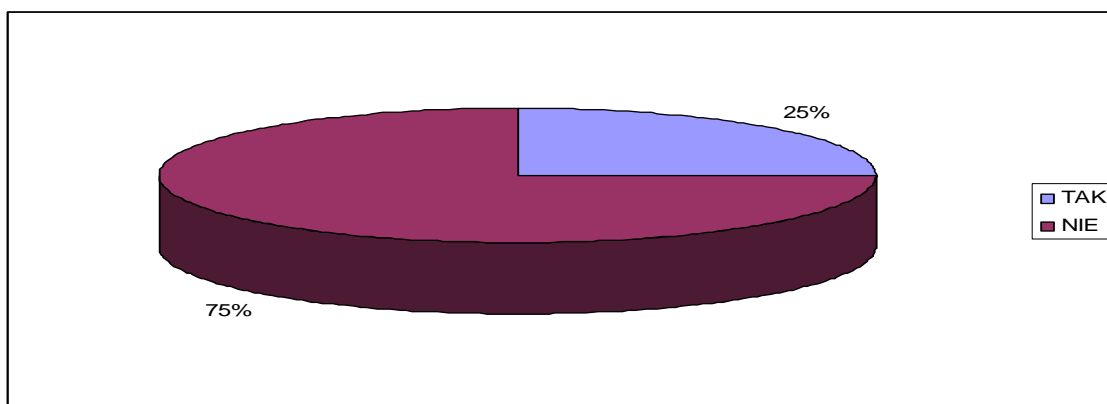
Tab. CVII. Liczba palących licealistów - w opinii ich rodziców.

Palenie tytoniu	N=657	
	N	%
Tak	16	2,4
Nie	641	97,6



Ryc. 86. Czasokres palenia tytoniu przez uczniów – w opinii ich rodziców.

W okresie prowadzenia badań palił, co czwarty ankietowany rodzic z powiatu ziemskiego i miasta Kalisza (ryc. 87).



Ryc. 87. Odsetek palących rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.

Około 17% rodziców wskazywało, że ich dziecko pije alkohol (tab. CVIII), zaś 9% twierdziło, że członkowie najbliższej rodziny nadużywają napojów alkoholowych.

Tab. CVIII. Odsetek licealistów konsumujących napoje alkoholowe - w opinii ich rodziców.

Konsumpcja alkoholu przez licealistów	N=657	
	N	%
Tak	114	17,4
Nie	543	82,6

Pytania o konsumpcję substancji psychoaktywnych (potocznie „używek”) przez własne dzieci zaliczyć należy do kategorii pytań drażliwych i dlatego w trakcie interpretacji wyników badań trzeba mieć świadomość, że część informacji mogła zostać nieujawniona. Do tego, że własne dzieci konsumują uzależniające substancje psychoaktywne, przyznało się 1% ankietowanych rodziców (tab. CIX). Według nich najczęściej konsumowane są: marihuana - 50% i leki - 50%. Należy mieć na uwadze, że podstawowa różnica pomiędzy narkotykiem a używką jest ich legalność. Podczas gdy używki są legalnie sprzedawane, kupując, wytwarzając czy rozprowadzając narkotyki łamiemy prawo. Poza tym narkotyki są niebezpieczne dla ludzkiego organizmu w każdej ilości, natomiast używki (choć mogą uzależnić) przyjmowane w umiarkowanych dawkach nie są szkodliwe. Do używek możemy zaliczyć np. alkohol albo produkty zawierające kofeinę, takie jak kawa czy cola.

Tab. CIX. Liczba licealistów zażywających narkotyki – w opinii ich rodziców.

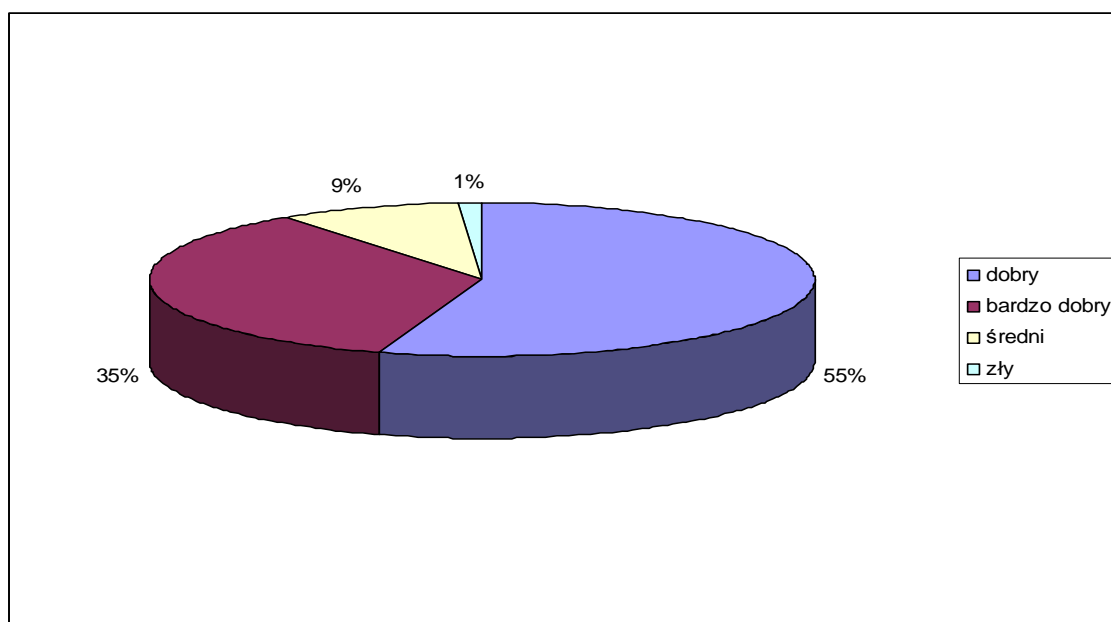
Zażywanie narkotyków przez licealistów	N=657	
	N	%
Tak	9	1,4
Nie	648	98,6

W opinii badanych rodziców naturalną kawę pije 35% ankietowanej młodzieży licealnej (tab. CX).

Tab. CX. Liczba licealistów pijących kawę - w opinii ich rodziców.

Licealiści pijący kawę	N=657	
	N	%
Tak	233	35,5
Nie	424	64,5

Zdaniem większości rodziców stan zdrowia ich dzieci jest „stosunkowo dobry” bądź „bardzo dobry” (ryc. 88).



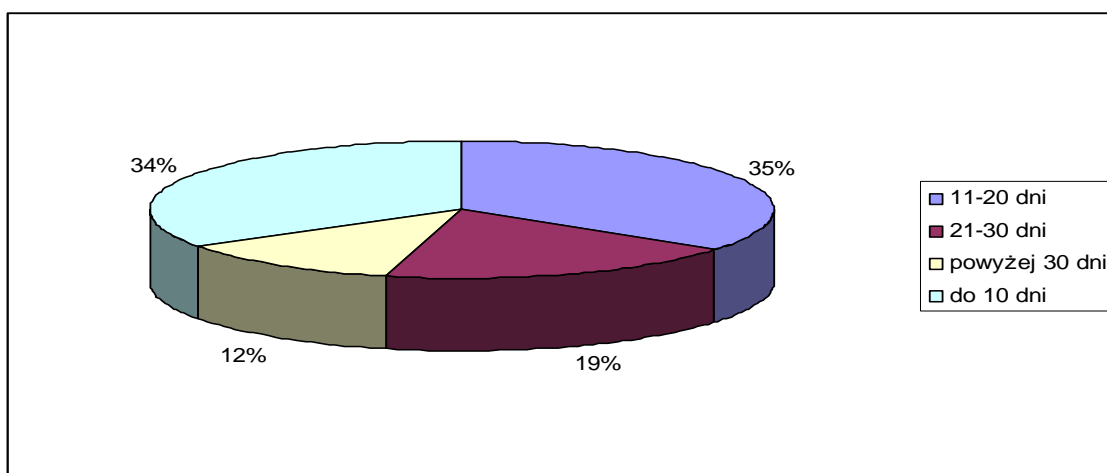
Ryc. 88. Stan zdrowia licealistów – w opinii ich rodziców.

Rodzice pytani o hospitalizację własnych dzieci wskazali w 15% przypadków, że miała ona miejsce w czasokresie ostatnich dwóch lat. Szczegółowy wykaz wskazywanych oddziałów szpitalnych, na których miała miejsce wspomniana hospitalizacja, przedstawiono w tabeli CXI.

Tab. CXI. Najczęściej wskazywane przez rodziców oddziały szpitalne, na których miała miejsce hospitalizacja ich dzieci.

Oddział szpitalny	N=96	
	N	%
chirurgiczny/ortopedyczny	36	37,5
chorób wewnętrznych	12	12,5
chorób nerek	9	9,4
Okulistyczny	8	8,3
Gastrologiczny	8	8,3
Kardiologiczny	7	7,3
Neurologiczny	7	7,3
Otolaryngologiczny	4	4,2
Endokrynologiczny	4	4,2
Pediatryczny	4	4,2
Onkologiczny	4	4,2
Dermatologiczny	4	4,2
Zakaźny	4	4,2
Psychiatryczny	3	3,1
Urologiczny	2	2,2
Reumatologiczny	1	1,0
Inny	2	2,1

Według 19% rodziców, z powodu niedomagań zdrowotnych, ich dziecko było zwolnione z zajęć lekcyjnych, z czego 12% młodzieży opuściło powyżej 30 dni w ciągu roku szkolnego (ryc. 89).



Ryc. 89. Liczba dni w roku szkolnym, w których licealiści nie uczestniczyli w zajęciach lekcyjnych z powodu choroby – wg wskazań ich rodziców.

W czasie choroby dzieci były najczęściej leczone przez lekarza (96%), chociaż w odniesieniu do 20% dzieci leczeniem zajmowali się także sami rodzice - zapewne w przypadkach błahych, gdy ocenili, iż nie zachodzi konieczność konsultacji lekarskiej (tab. CXII).

Tab. CXII. Struktura badanych wg zmiennej „kto leczy dzieci w czasie choroby?” w opinii ich rodziców.

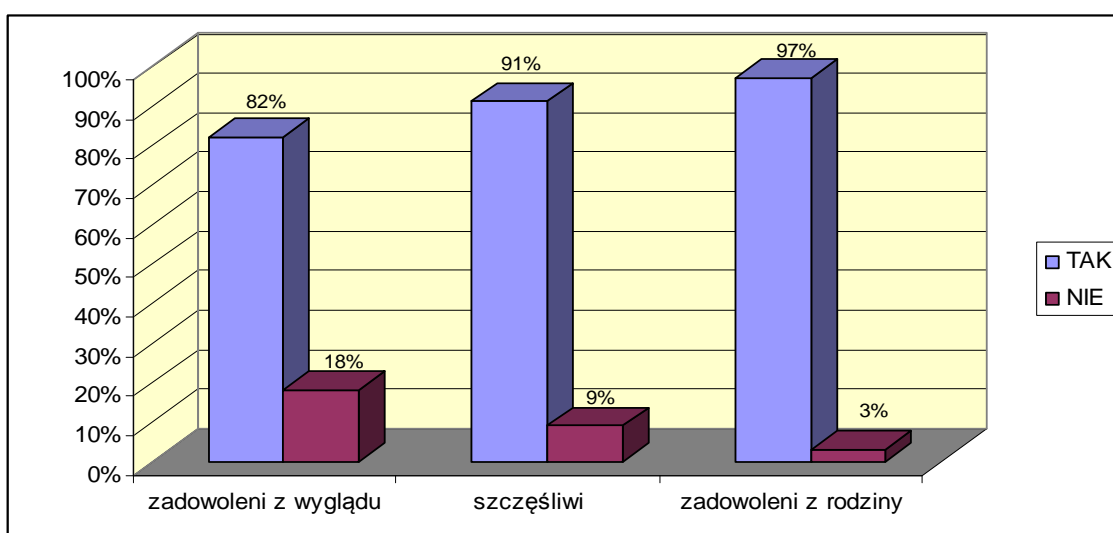
„Kto leczy dzieci w czasie choroby?”	N=658	
	N	%
lekarz	629	95,6
rodzice nie-lekarze	132	20,1
samo przejdzie	37	5,6
znachor	5	0,8

Najczęstszymi sposobami terapii dzieci było leczenie: farmakologiczne - 88%, metodami domowymi - 55% oraz ziołami - 18% (tab. CXIII). Warto zwrócić uwagę, że te dwie ostatnie kategorie mogą się pokrywać.

Tab. CXIII. Najczęstsze sposoby terapii własnych dzieci przedstawiane przez rodziców.

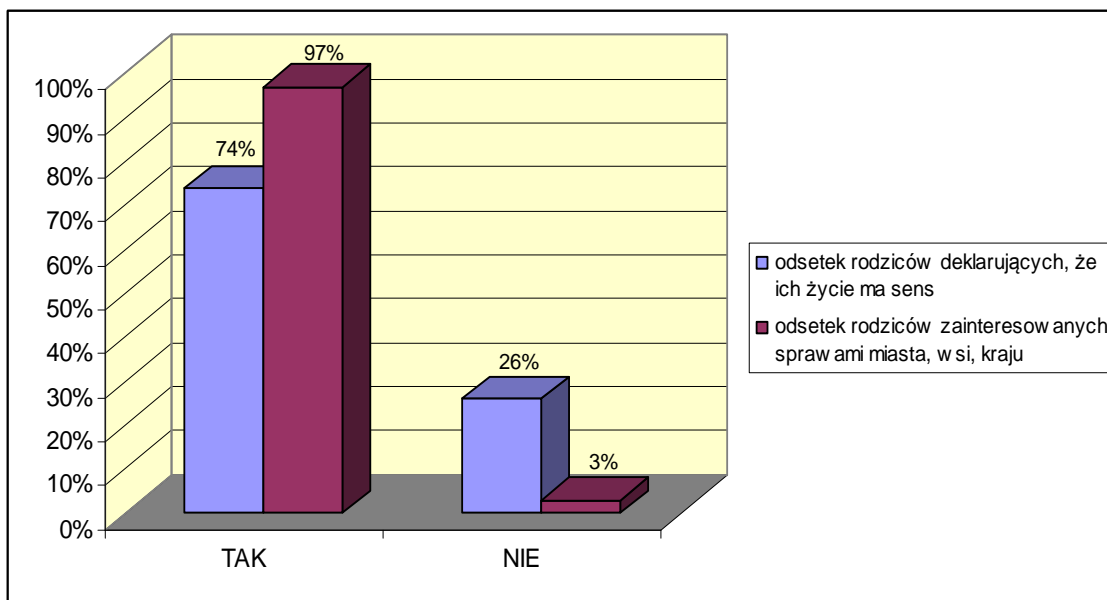
Sposoby terapii	N=654	
	N	%
farmakologiczne	575	87,9
metody domowe	358	54,7
zioła ze sklepu	121	18,5
inne	6	0,9

Większość rodziców z powiatu ziemskiego i miasta Kalisza była zadowolona: ze swojego wyglądu - 82%, z życia - 91% i rodziny - 97% (ryc. 90).



Ryc. 90. Odsetek wskazań rodziców odnośnie zadowolenia: ze swojego wyglądu, z życia i rodziny.

Prawie wszyscy rodzice uważali, że ich życie ma sens - 97%. Co czwarty rodzic nie był zainteresowany bieżącymi sprawami osiedla, miasta, wsi i kraju (ryc. 91). Zależności te pokazują, że stan zdrowia badanych rodziców postrzegany, jako dobrostan fizyczny, psychiczny oraz społeczny - był ogólnie dobry.



Ryc. 91. Odsetek badanych rodziców deklarujących, że ich życie ma sens oraz wykazujących zainteresowanie bieżącymi sprawami wsi, miasta i kraju.

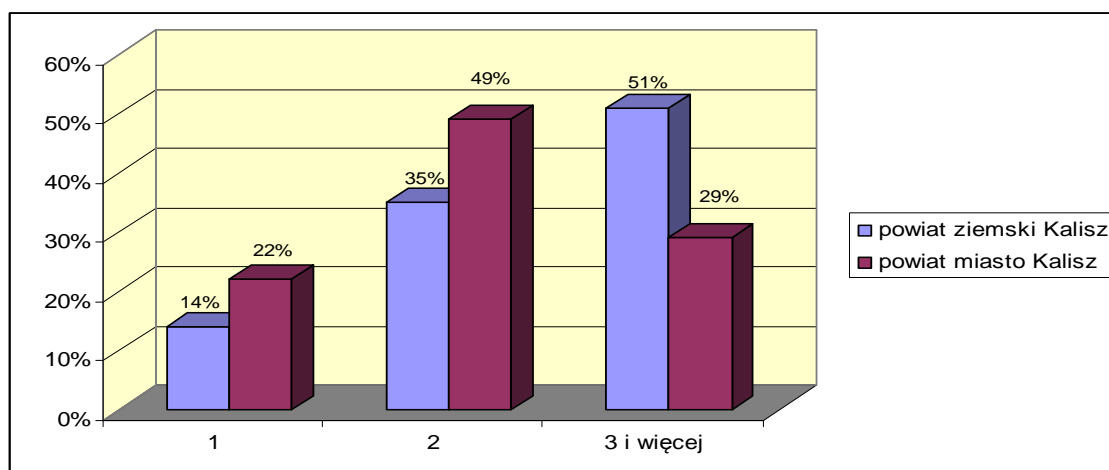
6. Analiza zależności zachowań zdrowotnych uczniów szkół licealnych w opinii ich rodziców

Zależność między zmienną „miejsce zamieszkania” („powiat”) z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych przedstawia tabela CXIV.

Tab. CXIV. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od miejsca zamieszkania (p. tab. CIV A).

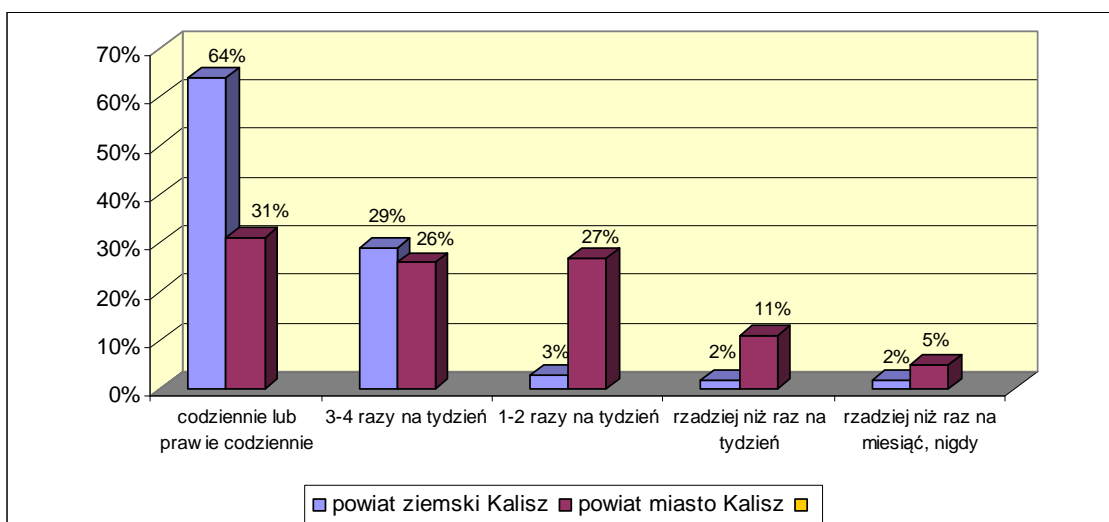
Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość posiadanych dzieci	0,01	0,12
dziecko uprawia aktywność fizyczną na świeżym powietrzu	0,00	0,20
dziecko pomaga w domu	0,00	0,21

Analiza zależności między odpowiedziami na poszczególne pytania ankietowe a miejscem zamieszkania rodziców pokazuje między innymi, że w powiecie ziemskim, co drugi a w powiecie grodzkim, co czwarty rodzic ma 3 lub więcej dzieci (ryc. 92).

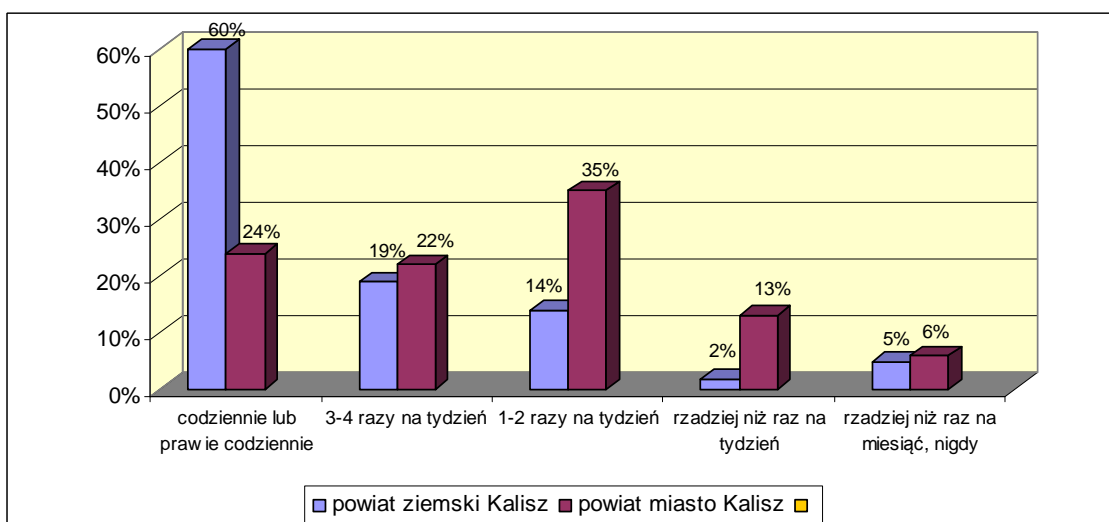


Ryc. 92. Ilość posiadanych dzieci przez rodziców w powiecie ziemskim i miejskim Kalisz.

W porównaniu z powiatem grodzkim, większy odsetek rodziców z powiatu ziemskiego twierdzi, że ich dziecko codziennie lub prawie codziennie spędza czas na świeżym powietrzu (ryc. 93) bądź też pracuje w domu (ryc. 94).



Ryc. 93. Częstotliwość spędzania czasu na świeżym powietrzu przez dzieci - w opinii ich rodziców, z uwzględnieniem podziału na powiat ziemski i powiat miasta Kalisz.



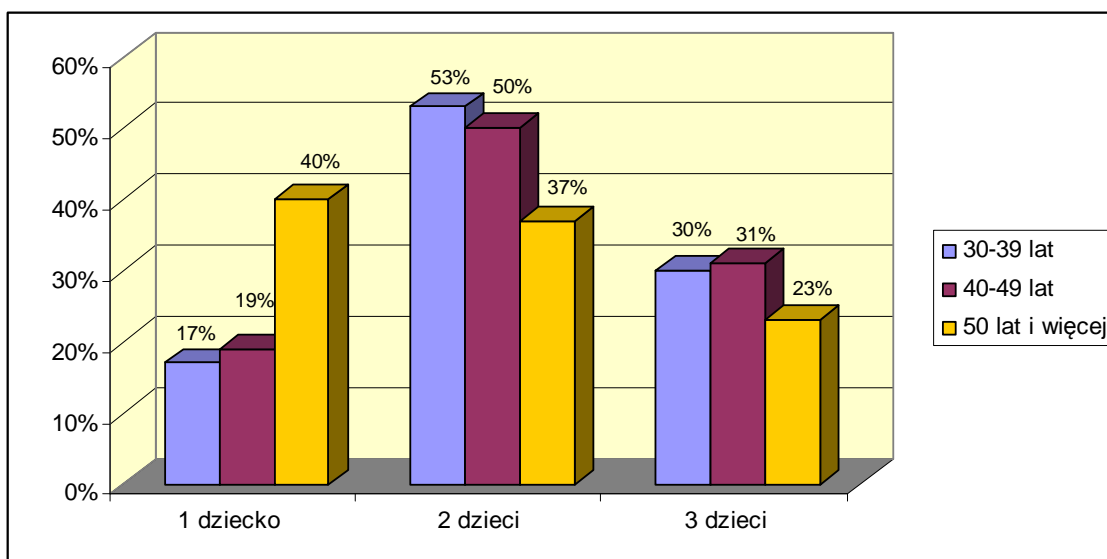
Ryc. 94. Odsetek licealistów pomagających w domu w opinii ich rodziców - z uwzględnieniem częstotliwości tej pomocy i podziału na powiat ziemski i powiat miasta Kalisz.

Zależność między zmienną „wiek” a „poszczególnymi pytaniami ankietowymi” kierowanymi do rodziców uczniów szkół licealnych przedstawia tabela CXV.

Tab. CXV. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych z uwzględnieniem ich wieku (p. tab. CXV A).

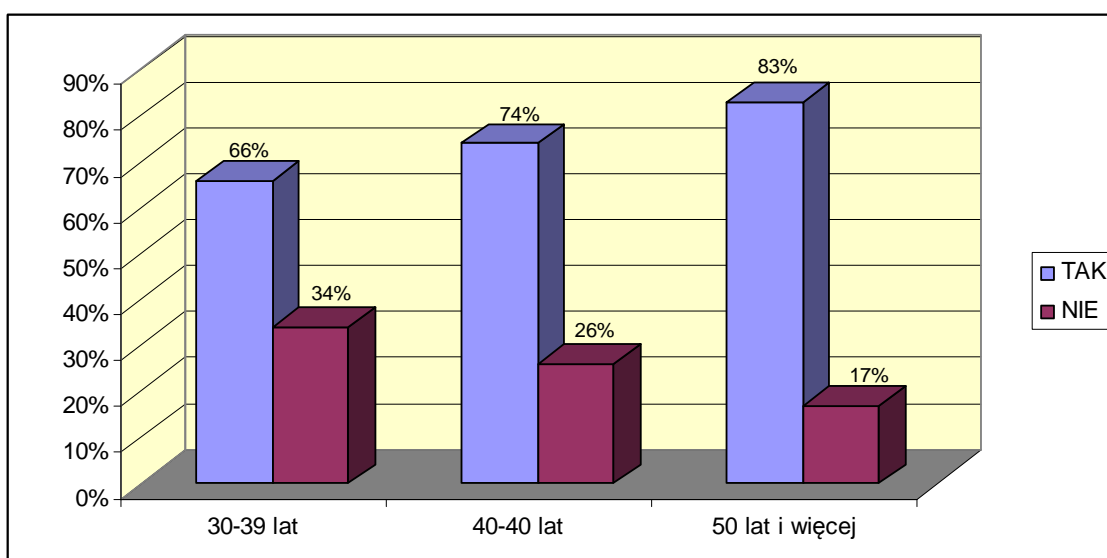
Zależność między zmienną „wiek” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość dzieci	0,00	0,14
rodzic interesuje się sprawami kraju	0,01	0,12

Okazuje się, że najmniejszy odsetek rodziców mających 3 lub więcej dzieci przypada na osoby w wieku 50 i więcej lat (ryc. 95).



Ryc. 95. Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „wiek” a „ilość dzieci”.

Młodszy rodzice są mniej zainteresowani bieżącymi sprawami osiedla, wsi, miasta, kraju, zgodnie z wynikami przedstawionymi na rycinie 96.



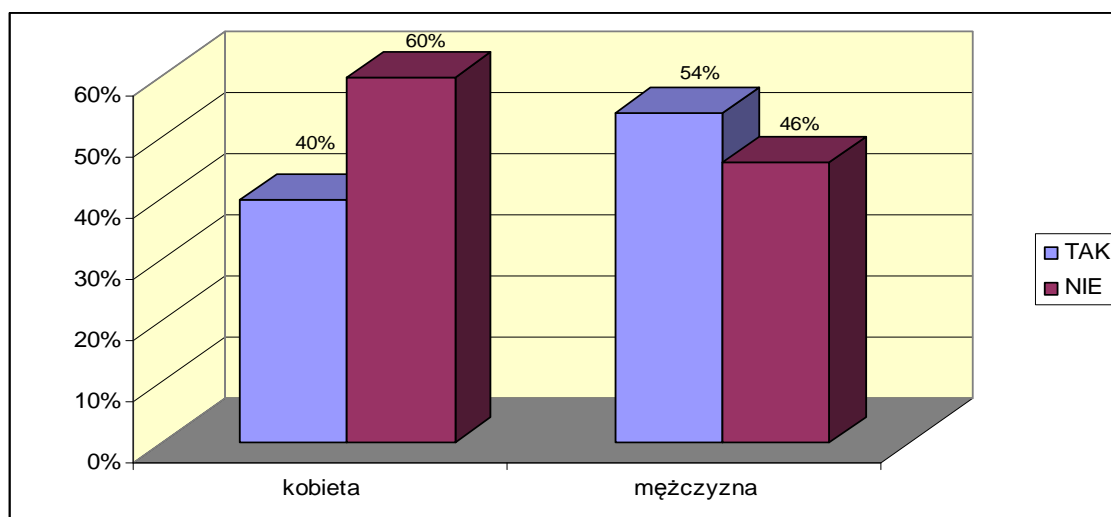
Ryc. 96. Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „wiek” a „zainteresowany bieżącymi sprawami miasta, wsi i kraju”.

Zależność między zmienną „płeć” a „poszczególnymi pytaniami ankietowymi” kierowanymi do rodziców uczniów szkół licealnych przedstawia tabela CXVI.

Tab. CXVI. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych – wg płci (p. tab. CXVI A).

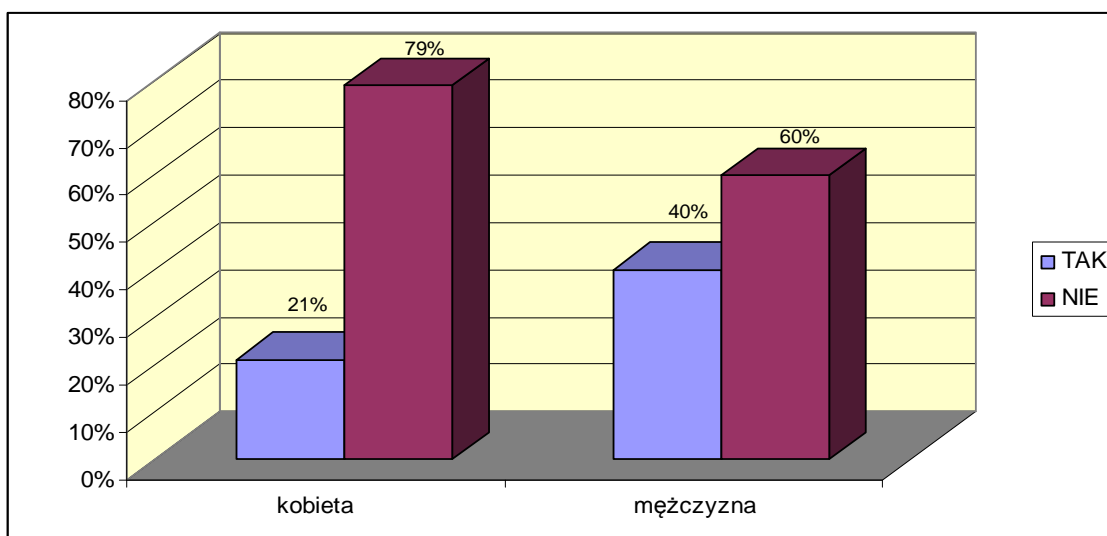
Zależność między zmienną „płeć” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
rodzic chce więcej lekcji WF	0,01	0,10
rodzic pali papierosy	0,00	0,16
rodzic zadowolony z wyglądu	0,00	0,11

Jeśli wziąć pod uwagę płeć, jako zmienną niezależną, to okazuje się, że istotne statystycznie związki dotyczą opinii na temat zwiększenia liczby zajęć z lekcji wychowania fizycznego, palenia papierosów przez rodzica oraz zadowolenia z wyglądu zewnętrznego. Mężczyźni częściej od kobiet twierdzą, że należy zwiększyć liczbę zajęć z lekcji wychowania fizycznego w szkole (ryc. 97).

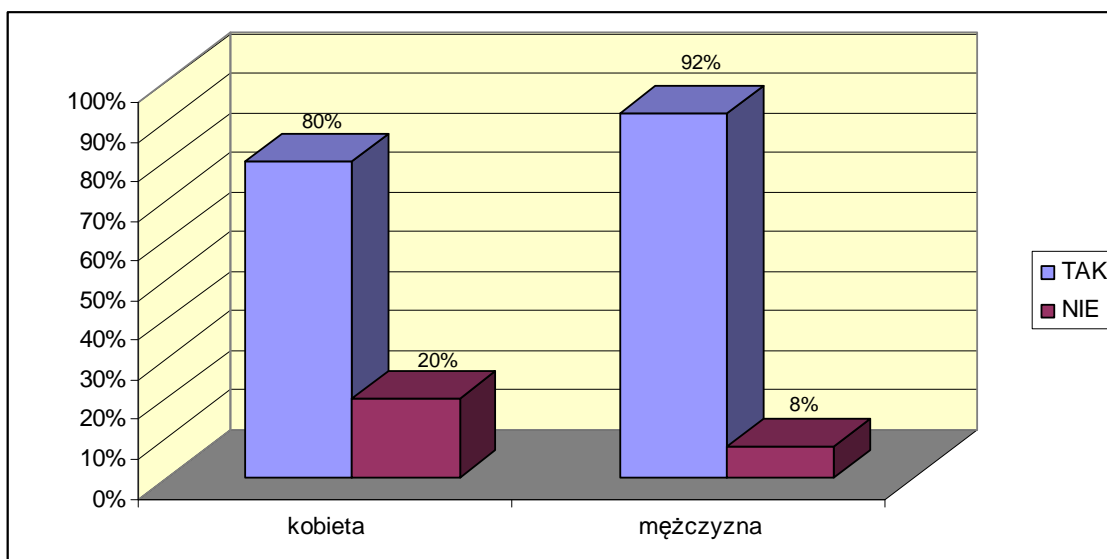


Ryc. 97. Zależność między zmienną „płeć” a zmienną „więcej godzin lekcji wychowania fizycznego” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.

Z kolei kobiety rzadziej od mężczyzn sięgają po papierosa (ryc. 98) i w mniejszym stopniu są zadowolone ze swojego wyglądu zewnętrznego (ryc. 99).



Ryc. 98. Odsetek ankietyowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza palących papierosy - wg płci.



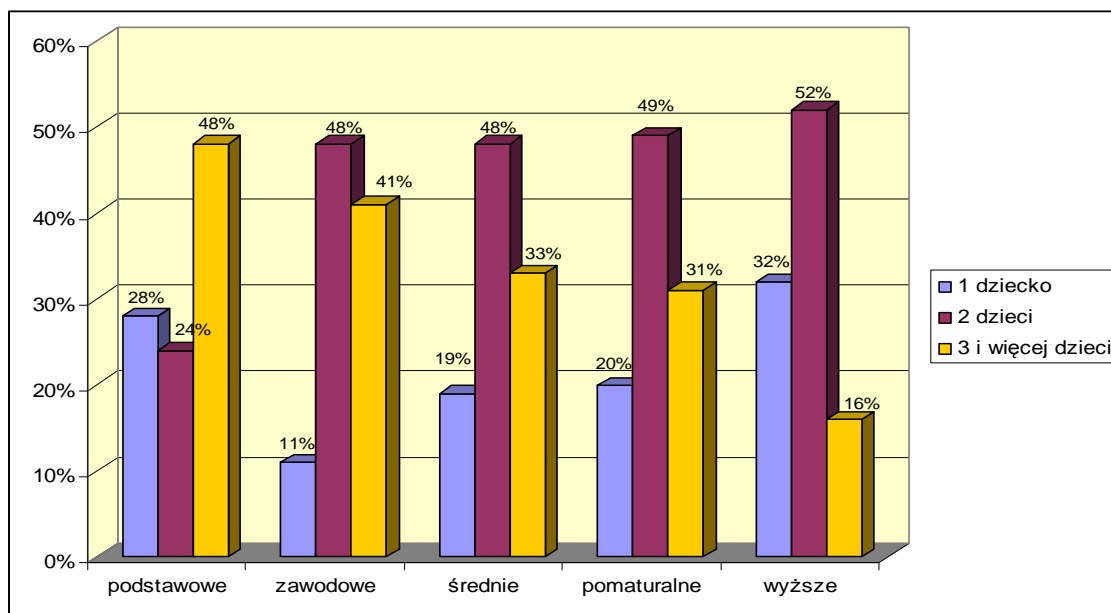
Ryc. 99. Odsetek ankietyowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza wyrażających zadowolenie ze swego wyglądu - wg płci.

Zależność między zmienną „wyszktałenie” a „poszczególnymi pytaniami ankietywanymi” kierowanymi do rodziców uczniów szkół licealnych przedstawia tabela CXVII.

Tab. CXVII. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych z uwzględnieniem ich wykształcenia (p. tab. CXVII A).

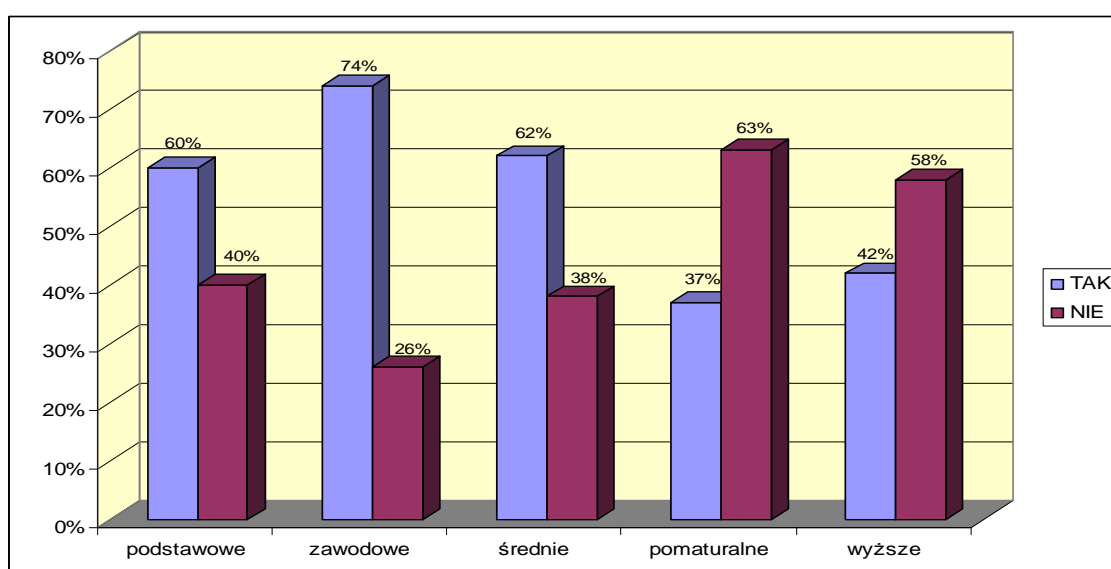
Zależność między zmienną „wyszktałenie” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość posiadanych dzieci	0,00	0,18
rodzic interesuje się sprawami kraju	0,00	0,22

Analiza zależności związanych z wykształceniem rodzica pokazuje między innymi, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia maleje odsetek rodziców posiadających 3 lub więcej dzieci (ryc. 100).



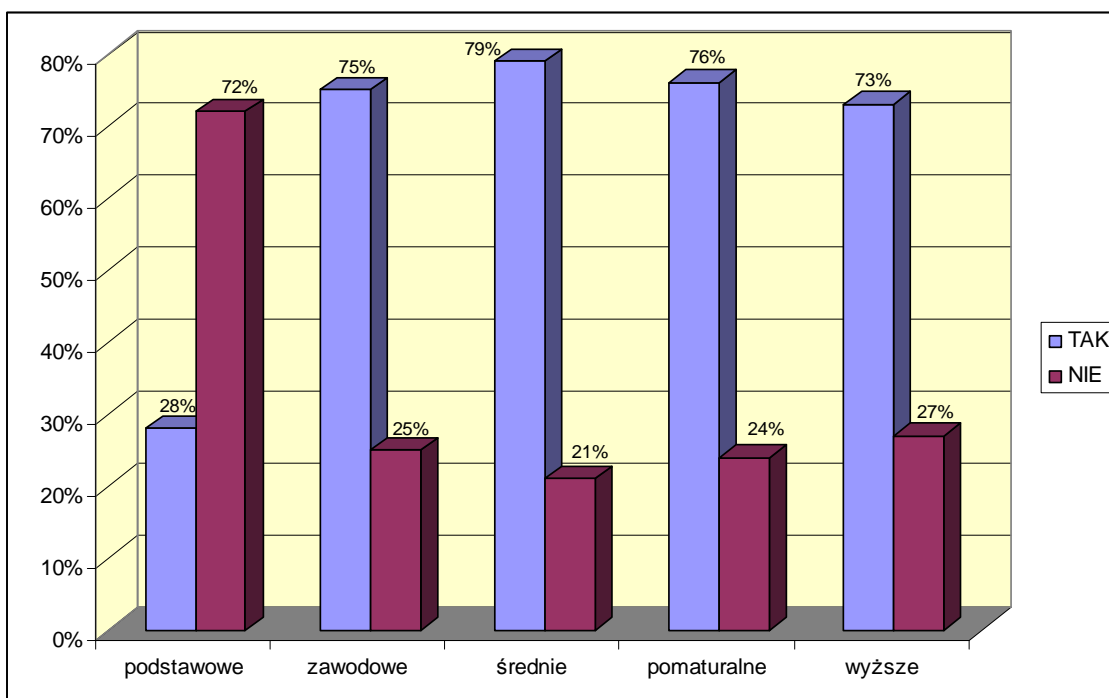
Ryc. 100. Struktura badanych wg zmiennej „wykształcenie rodzica” a „ilość dzieci”.

Rodzice z wyższym poziomem wykształcenia rzadziej deklarują posiadanie produktów wyhodowanych we własnym gospodarstwie domowym (ryc. 101).



Ryc. 101. Struktura badanych wg zmiennej „wykształcenie” a „produkty wyhodowane”.

Najmniej zainteresowane bieżącymi sprawami osiedla, miasta, wsi i kraju są osoby z wykształceniem podstawowym (ryc. 102).



Ryc. 102. Struktura badanych wg zmiennej „wykształcenie” a „zainteresowany bieżącymi sprawami miasta, wsi i kraju”.

Zależność między zmienną „status zatrudnienia” a „poszczególnymi pytaniami ankietowymi” kierowanymi do rodziców uczniów szkół licealnych z powiatu ziemskiego i miasta Kalisza przedstawia tabela CXVIII.

Tab. CXVIII. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od ich statusu zatrudnienia (p. tab. CXVIII A).

Zależność między zmienną „status zatrudnienia” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość posiadanych dzieci	0,00	0,26
dziecko spożywa produkty wyhodowane w gospodarstwie rodziców	0,00	0,38
rodzic pali	0,00	0,23

Z tabeli CXIX wynika, że największy odsetek rodziców mających 3 lub więcej dzieci występował wśród rolników ubezpieczonych w KRUS i osób zajmujących się domem.

Tab. CXIX. Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „status zatrudnienia” a „ilość dzieci”.

Status zatrudnienia	Ilość dzieci			Razem
	1	2	3 i więcej	
pełny etat	28,1%	53,6%	18,3%	100,0%
niepełny etat	20,7%	44,8%	34,5%	100,0%
pracuje dorywczo	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%
emeryt (rencista)	34,4%	34,4%	31,2%	100,0%
zajmuje się domem	8,1%	41,9%	50,0%	100,0%
szuka pracy	10,0%	60,0%	30,0%	100,0%
rolnik	5,4%	37,5%	57,1%	100,0%
Ogół	21,8%	48,4%	29,8%	100,0%

Największy procent rodziców, którzy deklarują, że ich dziecko spożywa produkty wyhodowane w ich gospodarstwie przypada na rolników, osoby pracujące dorywczo oraz emerytów i rencistów (tab. CXX).

Tab. CXX. Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „status zatrudnienia” a „produkty wyhodowane”.

Status zatrudnienia	Produkty własne - wyhodowane przez rodzica		Razem
	TAK	NIE	
pełny etat	46,2%	53,8%	100,0%
niepełny etat	41,4%	58,6%	100,0%
pracuje dorywczo	65,0%	35,0%	100,0%
emeryt (rencista)	62,5%	37,5%	100,0%
zajmuje się domem	58,1%	41,9%	100,0%
szuka pracy	30,0%	70,0%	100,0%
rolnik	96,4%	3,6%	100,0%
ogół	56,8%	43,2%	100,0%

Z kolei, jeśli wziąć pod uwagę palenie tytoniu przez rodzica (tab. CXXI), to okazuje się, że najczęściej palą badani pracujący dorywczo.

Tab. CXXI. Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „status zatrudnienia” a „palenie papierosów” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.

Status zatrudnienia	Palenie papierosów przez rodziców		Razem
	TAK	NIE	
pełny etat	26,8%	73,2%	100,0%
niepełny etat	34,5%	65,5%	100,0%
pracuje dorywczo	70,0%	30,0%	100,0%
emeryt (rencista)	18,8%	81,2%	100,0%
zajmuje się domem	11,3%	88,7%	100,0%
szuka pracy	10,0%	90,0%	100,0%
rolnik	17,0%	83,0%	100,0%
ogół	24,7%	75,3%	100,0%

Zależność między zmienną „status zatrudnienia” a „poszczególnymi pytaniami ankietowanymi” kierowanymi do rodziców uczniów szkół licealnych przedstawia tabela CXXII.

Tab. CXXII A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od wykonywanego przez nich zawodu (p. tab. CXXII A).

Zależność między zmienną „zawód” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
dziecko leczone w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat	0,02	0,19
dziecko opuszcza lekcje z powodu choroby	0,03	0,19
pali rodzic	0,00	0,25

Największy odsetek dzieci, które były leczone w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat, odnosił się do rodziców zatrudnionych przy pracach prostych (tab. CXXIII). Zarówno w tej grupie jak i wśród operatorów maszyn największy odsetek dzieci często opuszcza lekcje z powodu choroby (tab. CXXIV).

Tab. CXXIII. Zależność między zmienną „zawód” a „leczony w szpitalu” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.

Zawód rodzica:	Dziecko leczone w szpitalu		Razem
	TAK	NIE	
specjaliści (m.in. informatycy, inżynierowie, nauczyciele, lekarze, ekonomiści, prawnicy, filolodzy)	10,1%	89,9%	100,0%
technicy i inny średni personel (m.in. technicy budowlani, elektrycy, mechanicy, optycy, pośrednicy ubezpieczeniowi, instruktorzy prawa jazdy, księgowi)	14,3%	85,7%	100,0%
pracownicy biurowi (m.in. sekretarki, magazynierzy, recepcjoniści, kasjerzy, telefoniści, pracownicy biur podróży)	12,7%	87,3%	100,0%
pracownicy usług osobistych i sprzedawcy (m.in. przewodnicy turystyczni, kucharze, kelnerzy, opiekunki dziecięce, fryzjerzy, ochroniarze, sprzedawcy, modelki)	18,2%	81,8%	100,0%
rolnicy, leśnicy (m.in. hodowcy zwierząt)	26,7%	73,3%	100,0%
robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy (m.in. górniczy, murarze, posadzkarze, tynkarze, monterzy instalacji, malarze, piekarze, cukiernicy, stolarze, krawcy)	11,9%	88,1%	100,0%
operatorzy, monterzy maszyn i urządzeń (m.in. operatorzy urządzeń do obróbki drewna, metalu, kierowcy, maszyniści operatorzy maszyn budowlanych, hutniczych, górniczych)	22,2%	77,8%	100,0%
pracownicy przy pracach prostych (sprzedawcy uliczni, pomoce i sprzętaczki biurowe, pomoc kuchenna, gospodarze budynków, gońcy, bagażowi, portierzy, ładowacze nieczystości)	40,0%	60,0%	100,0%
ogół	14,7%	85,3%	100,0%

Tab. CXXIV. Zależność między zmienną „zawód” a „opuszcza lekcje” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.

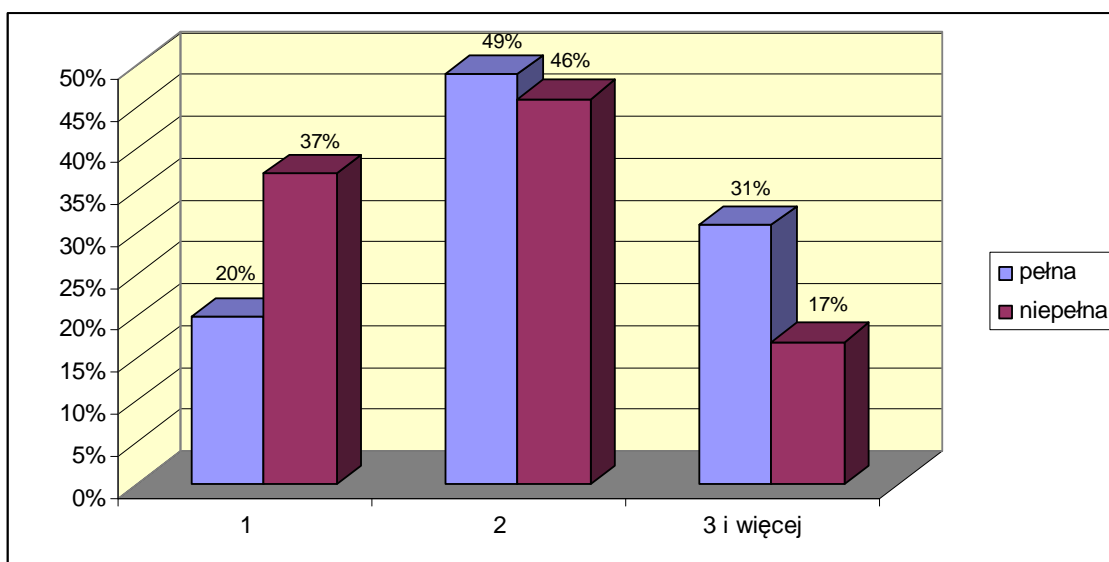
Zawód rodzica:	Dziecko opuszcza lekcje		Razem
	TAK	NIE	
specjaliści (m.in. informatycy, inżynierowie, nauczyciele, lekarze, ekonomiści, prawnicy, filolodzy)	24,4%	75,6%	100,0%
technicy i inny średni personel (m.in. technicy budowlani, elektrycy, mechanicy, optycy, pośrednicy ubezpieczeniowi, instruktorzy prawa jazdy, księgowi)	21,4%	78,6%	100,0%
pracownicy biurowi (m.in. sekretarki, magazynierzy, recepcjoniści, kasjerzy, telefoniści, pracownicy biur podróży)	9,1%	90,9%	100,0%
pracownicy usług osobistych i sprzedawcy (m.in. przewodnicy turystyczni, kucharze, kelnerzy, opiekunki dziecięce, fryzjerzy, ochroniarze, sprzedawcy, modelki)	16,4%	83,6%	100,0%
rolnicy, leśnicy (m.in. hodowcy zwierząt)	25,0%	75,0%	100,0%
robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy (m.in. górnicy, murarze, posadzkarze, tynkarze, monterzy instalacji, malarze, piekarze, cukiernicy, stolarze, krawcy)	11,9%	88,1%	100,0%
operatorzy, monterzy maszyn i urządzeń (m.in. operatorzy urządzeń do obróbki drewna, metalu, kierowcy, maszyniści operatorzy maszyn budowlanych, hutniczych, górniczych)	44,4%	55,6%	100,0%
pracownicy przy pracach prostych (sprzedawcy uliczni, pomoce i sprzątaczkę biurowe, pomoc kuchenna, gospodarze budynków, gońcy, bagażowi, portierzy, ładowacze nieczystości)	40,0%	60,0%	100,0%
ogół	14,7%	85,3%	100,0%

Po papierosa najrzadziej sięgają specjaliści i pracownicy usług osobistych (tab. CXXV).

Tab. CXXV. Zależność między zmienną „zawód” a „pali papierosy” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.

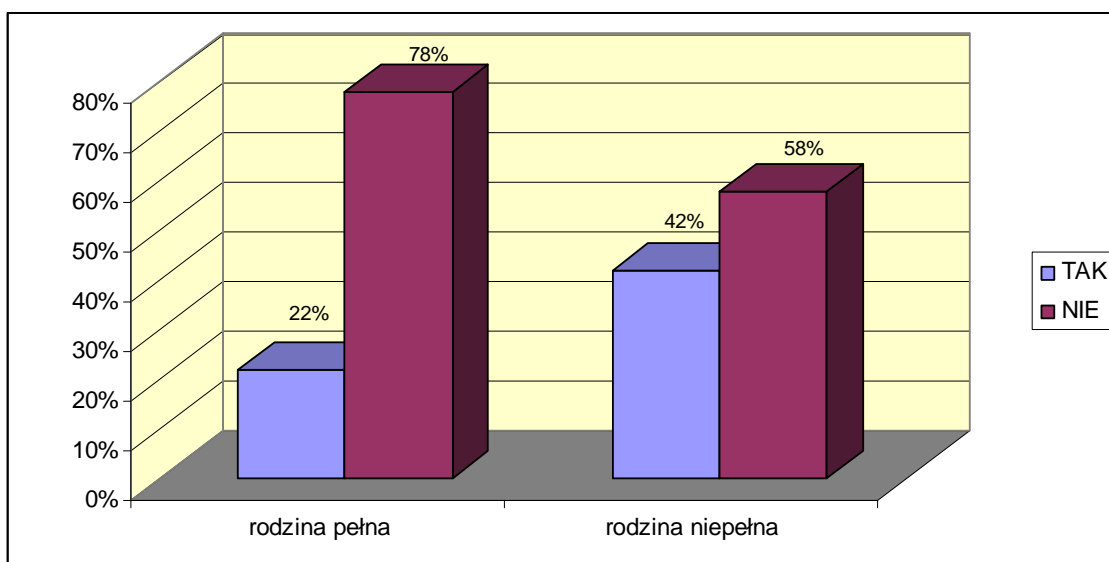
Zawód rodzica:	Pali rodzic		Razem
	TAK	NIE	
specjaliści (m.in. informatycy, inżynierowie, nauczyciele, lekarze, ekonomiści, prawnicy, filolodzy)	18,8%	81,2%	100,0%
technicy i inny średni personel (m.in. technicy budowlani, elektrycy, mechanicy, optycy, pośrednicy ubezpieczeniowi, instruktorzy prawa jazdy, księgowi)	34,3%	65,7%	100,0%
pracownicy biurowi (m.in. sekretarki, magazynierzy, recepcjoniści, kasjerzy, telefoniści, pracownicy biur podróży)	32,7%	67,3%	100,0%
pracownicy usług osobistych i sprzedawcy (m.in. przewodnicy turystyczni, kucharze, kelnerzy, opiekunki dziecięce, fryzjerzy, ochroniarze, sprzedawcy, modelki)	20,9%	79,1%	100,0%
rolnicy, leśnicy (m.in. hodowcy zwierząt)	43,8%	56,2%	100,0%
robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy (m.in. górnicy, murarze, posadzkarze, tynkarze, monterzy instalacji, malarze, piekarze, cukiernicy, stolarze, krawcy)	42,9%	57,1%	100,0%
operatorzy, monterzy maszyn i urządzeń (m.in. operatorzy urządzeń do obróbki drewna, metalu, kierowcy, maszyniści operatorzy maszyn budowlanych, hutniczych, górniczych)	66,7%	33,3%	100,0%
pracownicy przy pracach prostych (sprzedawcy uliczni, pomoce i sprzątaczkę biurowe, pomoc kuchenna, gospodarze budynków, gońcy, bagażowi, portierzy, ładowacze nieczystości)	47,6%	52,4%	100,0%
ogół	28,9%	71,1%	100,0%

Zależność istotną statystycznie między zmienną „forma rodziny” prezentowaną przez ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i miasta Kalisza przedstawia rycina 103. Z jej analizy wynika, że w skład rodzin pełnych wchodziło 3 lub więcej dzieci. Pozostałe zależności nieistotne statystycznie dotyczące powyższej zmiennej przedstawiono w tabeli CXXVI A.



Ryc. 103. Zależność między zmienną „forma rodziny” a „ilość dzieci”.

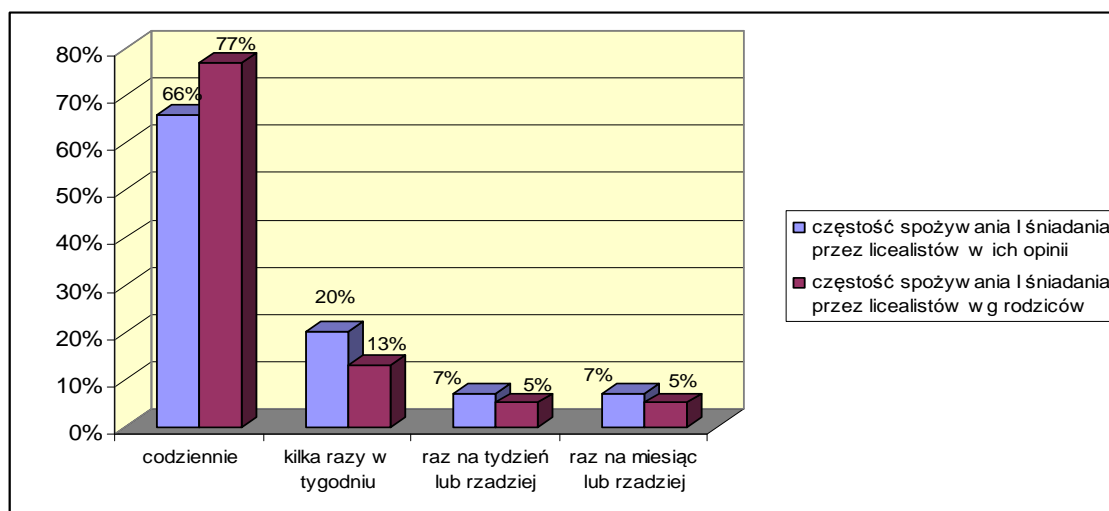
Ankietowani z rodzin niepełnych częściej wskazywali palenie tytoniu (ryc. 104).



Ryc. 104. Zależność między zmienną „forma rodziny” a „palenie tytoniu”.

7. Porównanie odpowiedzi uczniów szkół licealnych i ich rodziców

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: z ankiety dla licealistów „jak często spożywasz I śniadanie?” ze zmienną z ankiety dla badanych rodziców „czy dziecko je I śniadanie?” ilustruje rycina 105..



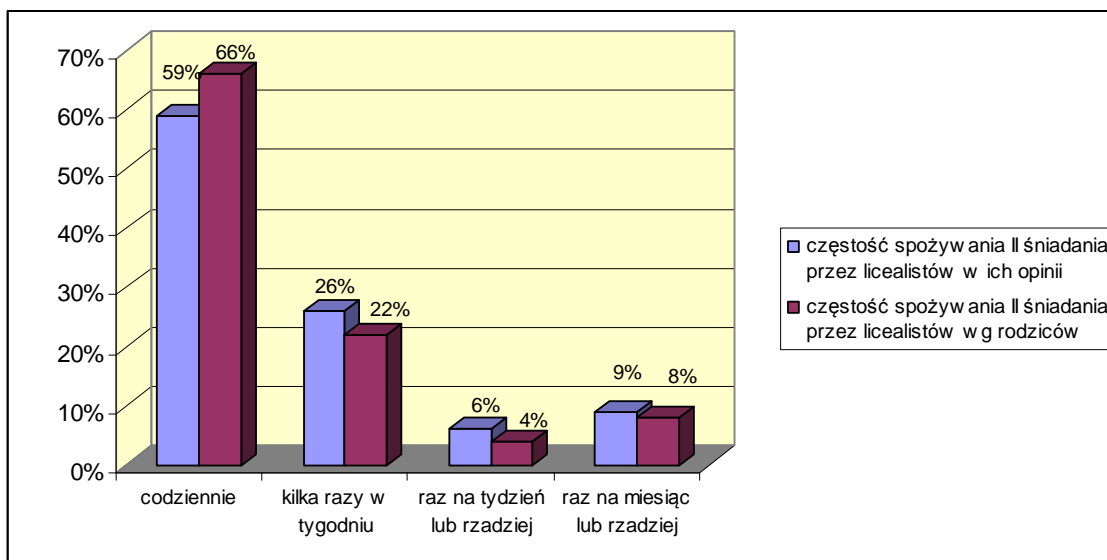
Ryc. 105. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je I śniadanie?”, ze zmienną „jak często je I śniadanie?”.

Największy udział zgodnych odpowiedzi występuje w grupie dzieci, które twierdzą, że jedzą pierwsze śniadanie codziennie - 95%. W przypadku młodzieży, która przyznaje, że je I śniadanie raz na miesiąc lub rzadziej, co czwarty rodzic twierdzi, że ich dziecko spożywa ten posiłek codziennie (tab. CXXVII).

Tab. CXXVII. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je I śniadanie?” oraz „jak często je I śniadanie?”.

Częstość spożywania I śniadania wg rodziców:	Częstość spożywania I śniadania wg licealistów:				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	
codziennie	94,5%	3,7%	0,9%	0,9%	100,0%
kilka razy w tygodniu	53,2%	39,7%	5,6%	1,6%	100,0%
raz na tydzień lub rzadziej	20,5%	20,5%	38,5%	20,5%	100,0%
raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	25,6%	16,3%	18,6%	39,5%	100,0%
razem	77,4%	12,6%	5,3%	4,8%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: z ankiety dla licealistów „jak często spożywasz II śniadanie?” ze zmienną z ankiety dla badanych rodziców „czy dziecko je II śniadanie?” przedstawia rycina 106.



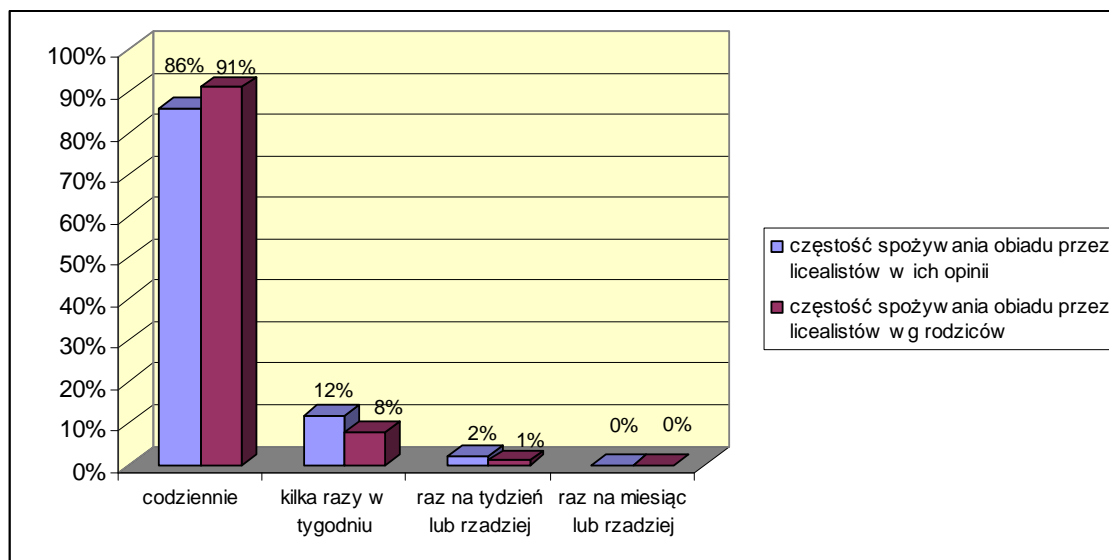
Ryc. 106. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je II śniadanie?”, ze zmienną „jak często je II śniadanie?”.

Największy udział zgodnych odpowiedzi występuje w grupie dzieci, które twierdzą, że jedzą drugie śniadanie codziennie - 85%. W przypadku młodzieży, która przyznaje, że je II śniadanie raz na miesiąc lub rzadziej 11% rodziców twierdzi, że ich dziecko spożywa ten posiłek codziennie (tab. CXXVIII).

Tab. CXXVIII. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je II śniadanie?” oraz „jak często je II śniadanie?”.

Częstość spożywania II śniadania wg rodziców:	Częstość spożywania II śniadania wg licealistów:				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	
codziennie	84,8%	11,5%	1,1%	2,6%	100,0%
kilka razy w tygodniu	49,7%	41,9%	4,8%	3,6%	100,0%
raz na tydzień lub rzadziej	30,0%	40,0%	17,5%	12,5%	100,0%
raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	11,3%	20,8%	13,2%	54,7%	100,0%
razem	66,2%	22,0%	4,1%	7,8%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: z ankiety dla licealistów „jak często spożywasz obiad?” ze zmienną z ankiety dla badanych rodziców „czy dziecko je obiad?” przedstawia rycina 107.



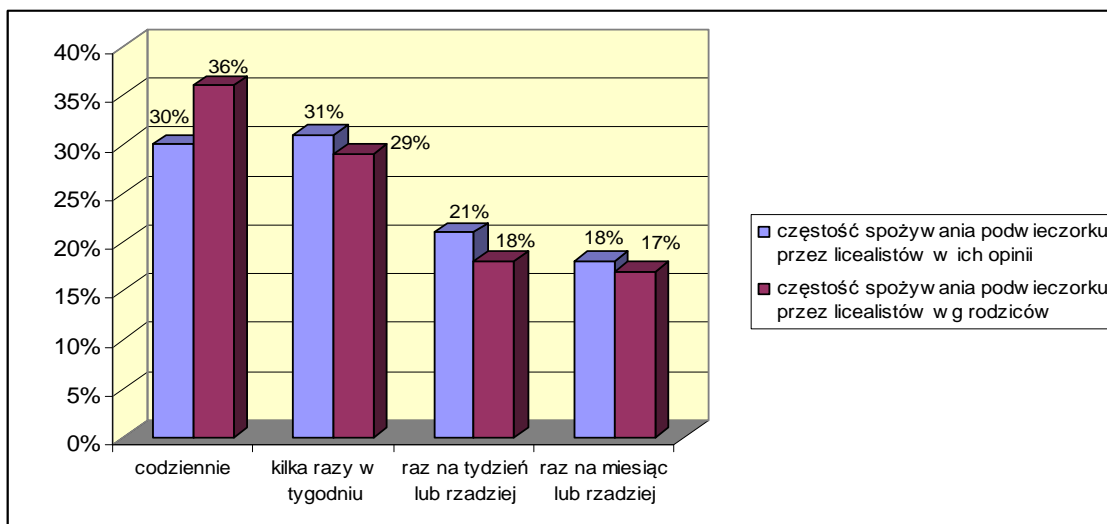
Ryc. 107. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je obiad?”, ze zmienną „jak często je obiad?”.

Największy udział zgodnych odpowiedzi występuje w grupie dzieci, które twierdzą, że jedzą obiad codziennie - 95% (tab. CXXIX). W przypadku młodzieży, która przyznaje, że je obiad raz na miesiąc lub rzadziej, wszyscy rodzice twierdzą, że ich dziecko spożywa ten posiłek codziennie.

Tab. CXXIX. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je obiad?” oraz „jak często je obiad?”.

Częstość spożywania obiadu wg rodziców:	Częstość spożywania obiadu wg licealistów:				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	
codziennie	94,9%	4,9%	0,0%	0,2%	100,0%
kilka razy w tygodniu	64,8%	33,8%	1,4%	0,0%	100,0%
raz na tydzień lub rzadziej	50,0%	25,0%	12,5%	12,5%	100,0%
raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
razem	91,0%	8,4%	0,3%	0,3%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: z ankiety dla licealistów „jak często spożywasz podwieczerek?” ze zmienną z ankiety dla badanych rodziców „czy dziecko je podwieczerek?” przedstawia rycina 108.



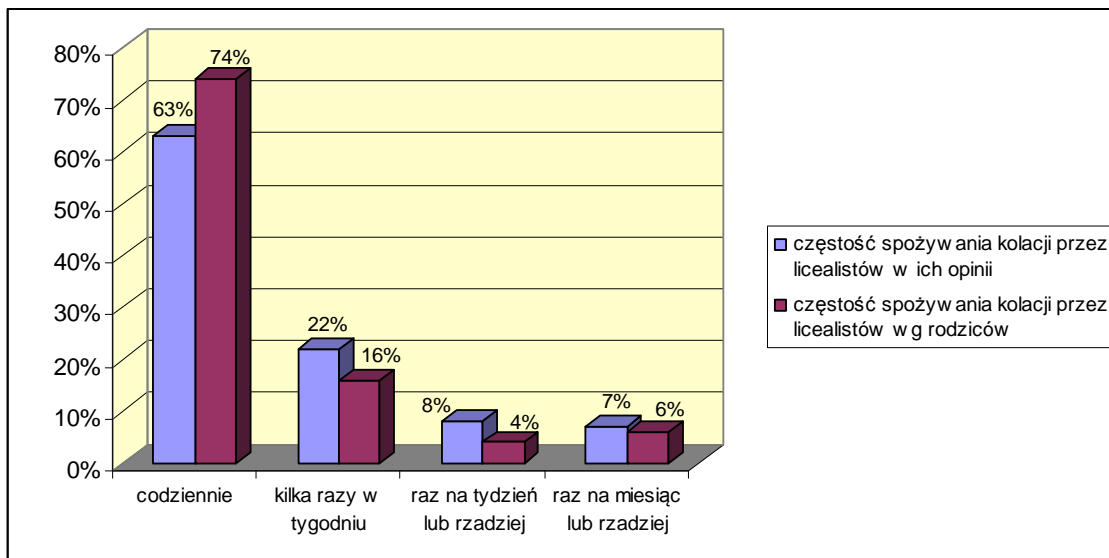
Ryc. 108. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je podwieczerek?”, ze zmienną „jak często je podwieczerek?”.

Największy udział zgodnych odpowiedzi występuje w grupie dzieci, które twierdzą, że jedzą podwieczerek codziennie - 67% (tab. CXXX). W przypadku młodzieży, która przyznała, że je podwieczerek raz na miesiąc lub rzadziej, połowa rodziców udzieliła zgodniej odpowiedzi.

Tab. CXXX. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je podwieczerek?” oraz „jak często je podwieczerek?”.

Częstość spożywania podwieczorku wg rodziców:	Częstość spożywania podwieczorku wg licealistów:				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	
codziennie	66,6%	22,0%	7,3%	4,0%	100,0%
kilka razy w tygodniu	36,7%	44,0%	10,6%	8,7%	100,0%
raz na tydzień lub rzadziej	17,9%	28,4%	38,1%	15,7%	100,0%
raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	13,1%	14,8%	23,0%	49,2%	100,0%
razem	36,6%	29,1%	17,8%	16,6%	10,00%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: z ankiety dla licealistów „jak często spożywasz kolację?” ze zmienną z ankiety dla badanych rodziców „czy dziecko je kolację?” przedstawia rycina 109.



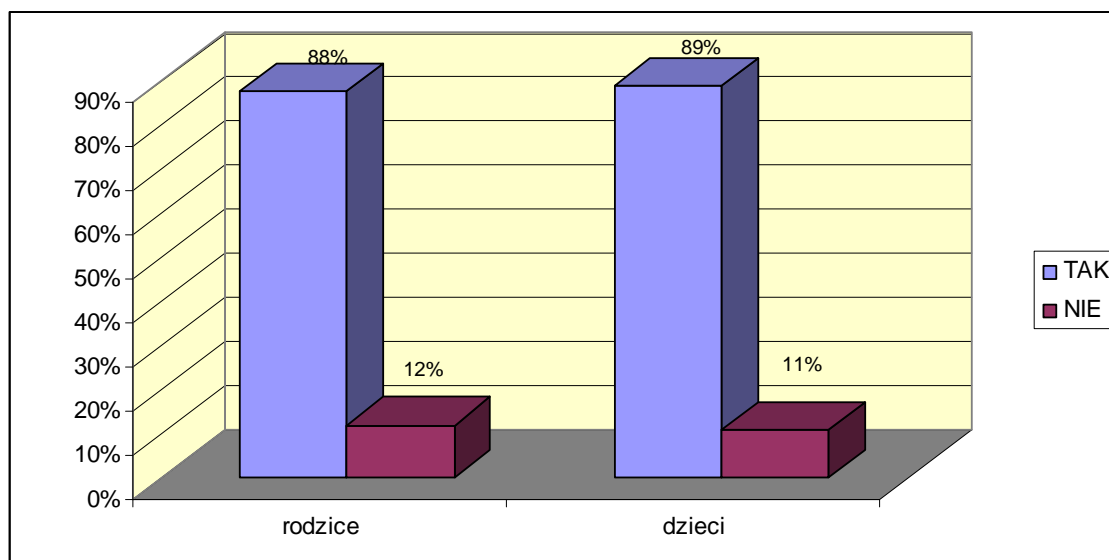
Ryc. 109. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je kolację?”, ze zmienną „jak często je kolację?”.

Największy udział zgodnych odpowiedzi występuje w grupie dzieci, które twierdzą, że jedzą kolację codziennie - 92% (tab. CXXXI).

Tab. CXXXI. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko - rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je kolację?” oraz „jak często je kolację?”.

Częstość spożycia kolacji wg rodziców:	Częstość spożywania kolacji wg licealistów:				Razem
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	
codziennie	92,2%	6,3%	0,3%	1,3%	100,0%
kilka razy w tygodniu	60,0%	30,0%	5,0%	5,0%	100,0%
raz na tydzień lub rzadziej	32,0%	30,0%	26,0%	12,0%	100,0%
raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy	27,8%	18,5%	13,0%	40,7%	100,0%
razem	74,2%	15,0%	4,5%	6,4%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: z ankiety dla licealistów „czy uczestniczysz w lekcjach wychowania fizycznego?” ze zmienną z ankiety dla badanych rodziców „czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego?” przedstawiono na rycinie 110.



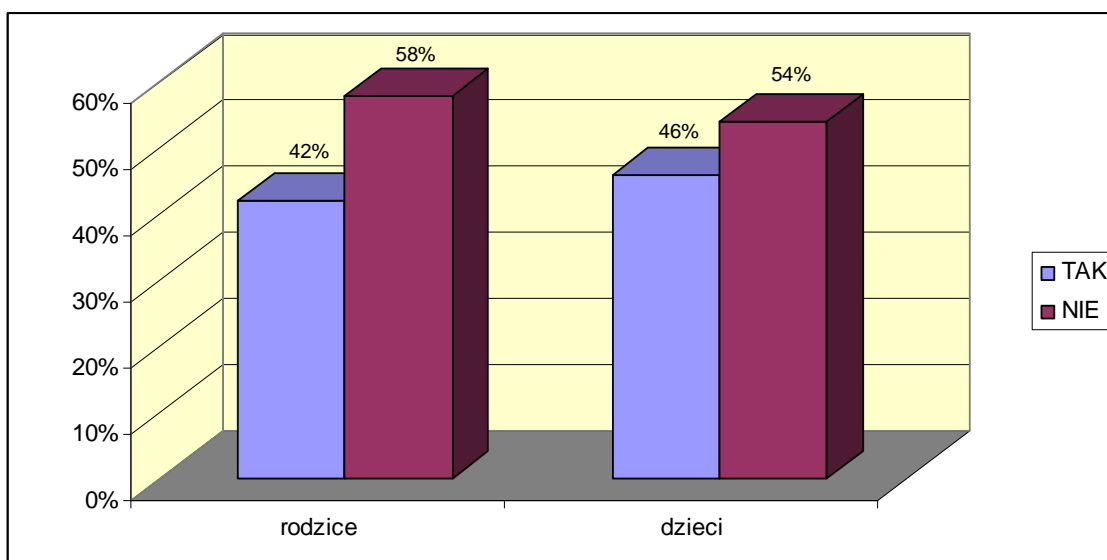
Ryc. 110. Porównanie zgodności odpowiedzi rodziców i ich dzieci na zadane pytanie „czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?”.

Odpowiedzi dzieci i rodziców są w większości zgodne, choć w przypadku uczniów, którzy twierdzą, że nie uczestniczą w lekcjach wychowania fizycznego, 15% rodziców deklaruje, że ich dziecko uczestniczy w tych zajęciach, zgodnie z tabelą CXXXII.

Tab. CXXXII. Zestawienie rozkładów procentowych zmiennej „czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?” z ankiety dla dzieci i ich rodziców.

Dziecko uczęszcza na lekcje WF	Dziecko uczęszcza na lekcje WF wg rodziców		Razem
	TAK	NIE	
Tak	98,6%	1,4%	100,0%
Nie	15,0%	85,0%	100,0%
Razem	88,2%	11,8%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: „czy należy zwiększyć liczbę zajęć wychowania fizycznego w szkole?” z kwestionariusza ankiet dla dzieci i ich rodziców przedstawiono na rycinie 111.



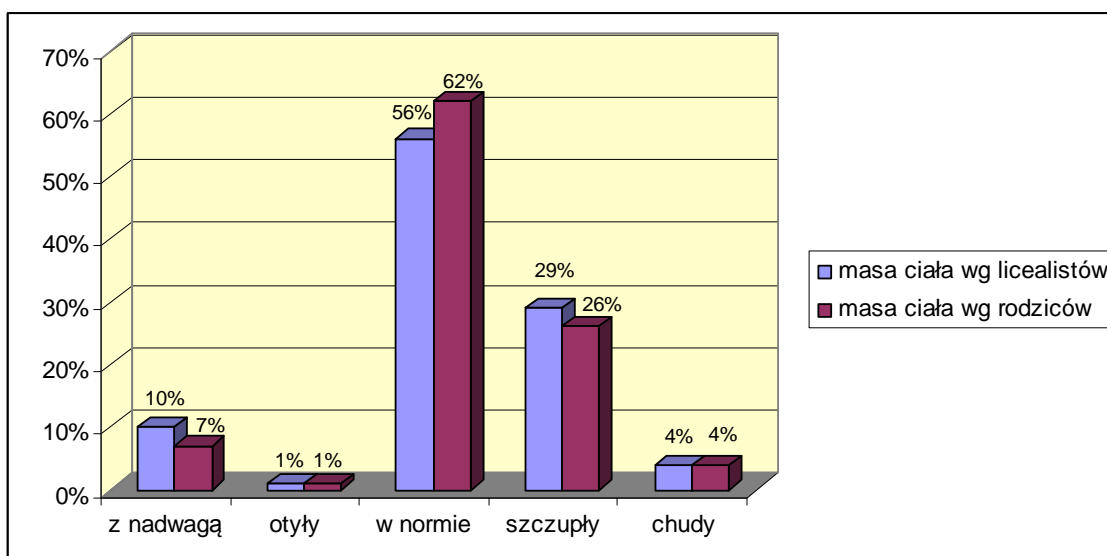
Ryc. 111. Porównanie zgodności odpowiedzi rodziców i ich dzieci na zadane pytanie „czy należy zwiększyć liczbę zajęć wychowania fizycznego w szkole?”.

Analizując dane z tabeli CXXXIII można zauważyć, że jeśli chodzi o zwiększenie liczby godzin z lekcji wychowania fizycznego, to mniej więcej, co trzeci rodzic nie zgadza się w tej kwestii ze swoim dzieckiem.

Tab. CXXXIII. Zestawienie rozkładów procentowych zmiennej „czy należy zwiększyć liczbę zajęć wychowania fizycznego w szkole?” z ankiety dla dzieci i ich rodziców.

Dziecko chce więcej lekcji WF	Rodzic chce więcej lekcji WF		Razem
	TAK	NIE	
Tak	61,3%	38,7%	100,0%
Nie	27,0%	73,0%	100,0%
Razem	43,1%	56,9%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: z kwestionariusza ankiety dla licealistów „twoja masa ciała” ze zmienną z ankiety dla badanych rodziców „jaka jest masa ciała dziecka?” przedstawia rycina 112.



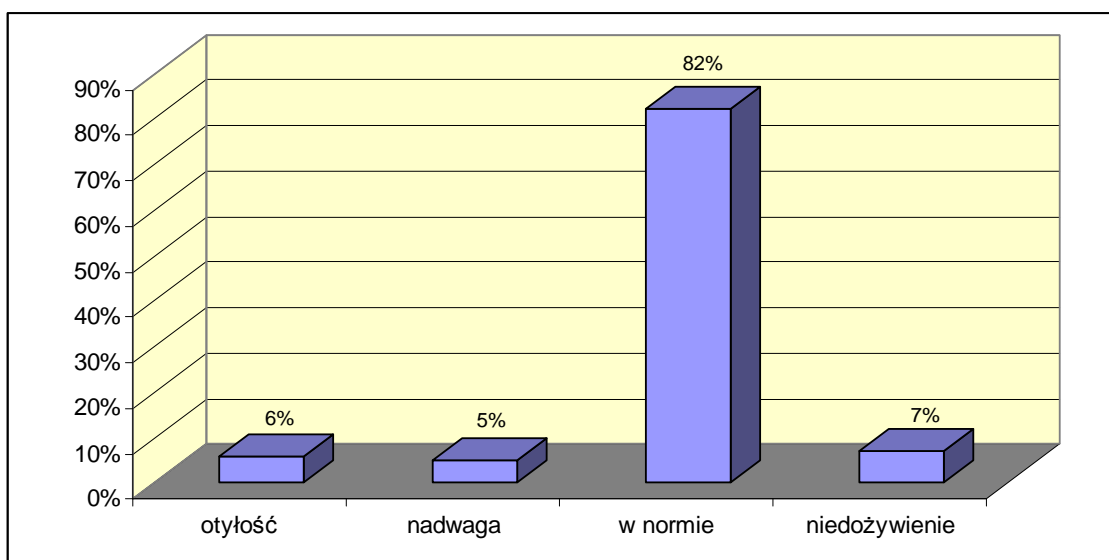
Ryc. 112. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „masa ciała wg licealistów”, ze zmienną „masa ciała wg rodziców”.

Wśród rodziców uczniów, którzy uważają, że ich masa ciała jest w normie, 85% twierdzi to samo, 13% uważa, że ich dziecko jest chude lub szczupłe, a 2%, że ma nadwagę (tab. CXXXIV). Około 38% rodziców dzieci, które uważają, że mają nadwagę, twierdzi, że ich dziecko jest w normie. Zgodnej odpowiedzi udzieliło w tym przypadku 55% rodziców. Wśród rodziców dzieci, które twierdzą, że są otyłe, co trzeci rodzic udzielił zgodnej odpowiedzi, a pozostali stwierdzili, że ich dziecko ma nadwagę.

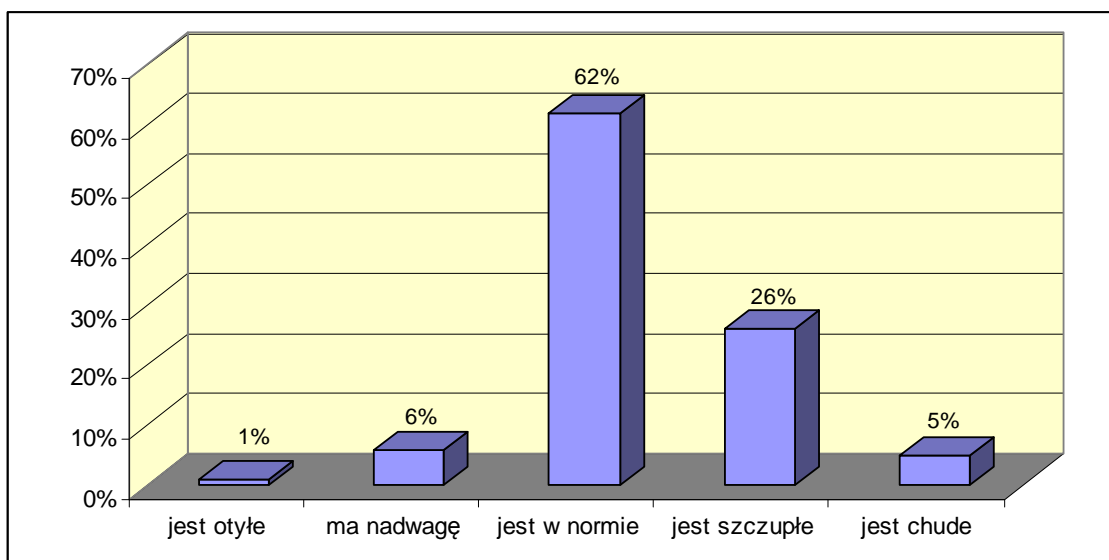
Tab. CXXXIV. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „masa ciała wg licealistów” oraz „masa ciała wg rodziców”.

Masa ciała wg licealistów:	Masa ciała wg rodziców					Razem
	jest chude	jest szczupły	jest w normie	ma nadwagę	jest otyły	
chudy	36,4%	45,5%	18,2%	0,0%	0,0%	100,0%
szczupły	4,1%	58,2%	37,2%	0,0%	0,5%	100,0%
w normie	1,7%	11,4%	85,2%	1,7%	0,0%	100,0%
z nadwagą	1,6%	4,7%	37,5%	54,7%	1,6%	100,0%
otyły	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
razem	4,2%	26,5%	62,2%	6,6%	0,5%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: z kwestionariusza ankiety dla dzieci „twój stan odżywiania” ze zmienną z ankiety dla badanych rodziców „jaka jest masa ciała dziecka?” przedstawia rycina 113 i 114.



Ryc. 113. Rozkład procentowy dla zmiennej „stan odżywiania” – wg licealistów.



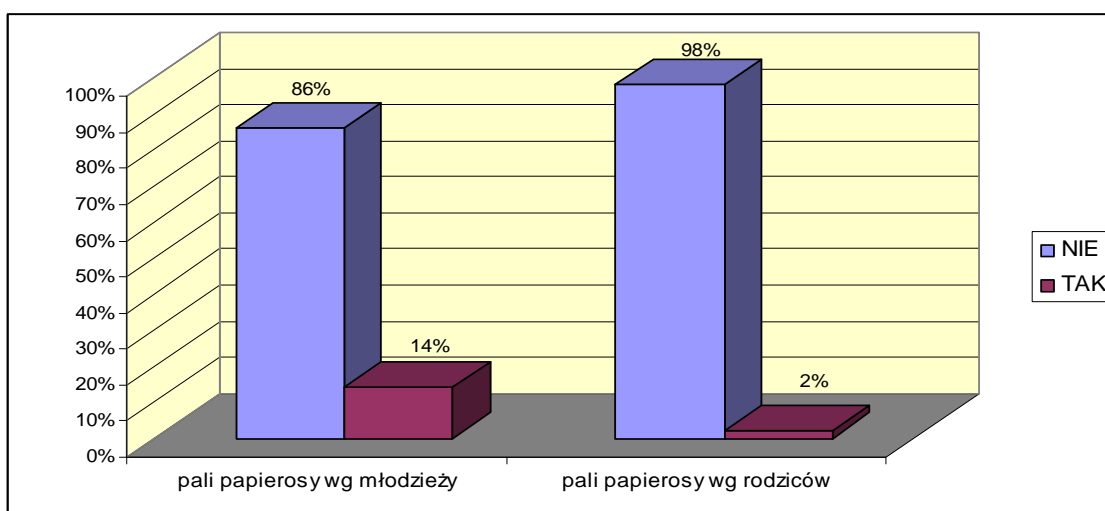
Ryc. 114. Rozkład procentowy dla zmiennej „masa ciała” – wg rodziców.

Zmienna „stan odżywiania” odnosi się do faktycznej masy ciała dziecka, a nie do jego opinii na ten temat. Rodzice uczniów niedożywionych najczęściej uważają, że ich dziecko jest szczupłe - 62%. 69% rodziców dzieci w normie i 61% rodziców dzieci z nadwagą twierdzi, że masa ciała ich dziecka jest w normie. Wśród rodziców dzieci otyłych udzielono jedynie 5% zgodnych odpowiedzi. Rodzice ci twierdzą najczęściej, że ich dziecko ma nadwagę - 63% lub że jest w normie - 26% (tab. CXXXV).

Tab. CXXXV. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „stan odżywiania” oraz „masa ciała”.

Stan odżywiania wg licealistów	Masa ciała dziecka wg rodzica					Razem
	jest chude	jest szczupłe	jest w normie	ma nadwagę	jest otyłe	
niedożywione	22,0%	62,0%	16,0%	0,0%	0,0%	100,0%
w normie	2,8%	26,3%	69,2%	1,5%	0,2%	100,0%
nadwaga	0,0%	0,0%	60,7%	39,3%	0,0%	100,0%
otyłość	2,6%	2,6%	26,3%	63,2%	5,3%	100,0%
razem	4,2%	26,5%	62,2%	6,7%	0,5%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: „czy palisz papierosy?” z ankiety dla młodzieży i „czy dziecko pali papierosy?” z ankiety dla rodziców przedstawiono na rycinie 115.



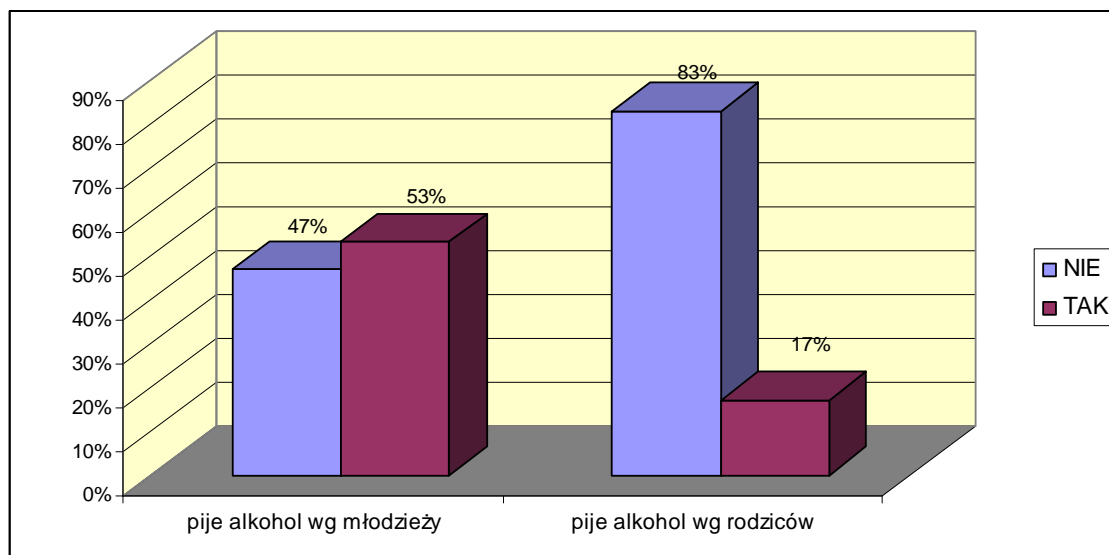
Ryc. 115. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „pali papierosy wg licealistów”, ze zmienną „pali papierosy wg rodziców”.

Odpowiedzi uczniów, którzy twierdzą, że nie palą, i ich rodziców są zgodne – w 99% według tabeli CXXXVI. Z kolei większość - 80% rodziców dzieci, które przyznały się do palenia, stwierdziło, że dziecko nie pali.

Tab. CXXXVI. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „pali papierosy wg licealistów” oraz „pali papierosy wg rodziców”.

Pali papierosy - wg licealistów	Pali papierosy - wg rodziców		Razem
	TAK	NIE	
Tak	20,4%	79,6%	100,0%
Nie	0,8%	99,2%	100,0%
Razem	2,5%	97,5%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: „czy pijesz alkohol?” z ankiety dla dzieci i „czy dziecko pije alkohol?” z ankiety dla rodziców przedstawiono na rycinie 116.



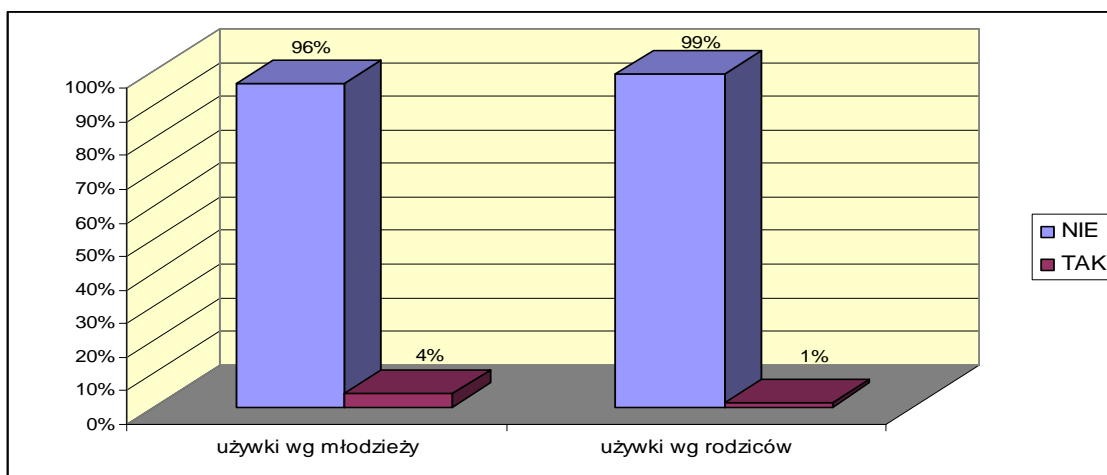
Ryc. 116. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „pije alkohol wg licealistów”, ze zmienną „pije alkohol wg rodziców”.

Odpowiedzi dzieci, które twierdzą, że nie piją alkoholu, i ich rodziców są zgodne - 98% tak jak w tabeli CXXXVII. Z kolei większość (65%) rodziców dzieci, które przyznały się do picia alkoholu stwierdziło, że dziecko nie pije.

Tab. CXXXVII. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „pije alkohol wg licealistów” oraz „pije alkohol wg rodziców”.

Pije alkohol - wg licealistów	Pije alkohol - wg rodziców		Razem
	TAK	NIE	
Tak	35,1%	64,9%	100,0%
Nie	1,7%	98,3%	100,0%
Razem	17,0%	83,0%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: „czy zażywasz środki odurzające?” z ankiety dla licealistów i „czy dziecko zażywa substancje psychoaktywne?” z ankiety dla rodziców przedstawiono na rycinie 117.



Ryc. 117. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „środki odurzające wg licealistów”, ze zmienną „środki odurzające wg rodziców”.

Odpowiedzi dzieci, które twierdzą, że nie zażywały środków odurzających, i ich rodziców są zgodne - 99% tak jak w tabeli CXXXVIII. Prawie wszyscy rodzice (94%) dzieci, które przyznały się do zażywania środków odurzających, stwierdziło, że dziecko nie stosuje substancji psychoaktywnych.

Tab. CXXXVIII. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „zażywanie środków odurzających wg licealistów” oraz „zażywanie środków odurzających wg rodziców”.

Zażywanie środków odurzających - wg licealistów:	Zażywanie środków odurzających - wg rodziców		Razem
	TAK	NIE	
Tak	6,2%	93,8%	100,0%
Nie	1,3%	98,7%	100,0%
Razem	1,4%	98,6%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: „jak oceniasz swój stan zdrowia?” z ankiety dla dzieci i „jak oceniasz stan zdrowia dziecka?” z ankiety dla rodziców przedstawiono w tabelach CXXXIX i CXL.

Tab. CXXXIX. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „ocena stanu zdrowia wg licealistów”.

Ocena stanu zdrowia wg licealistów	N=994	
	n	%
bardzo dobry	255	25,7%
dobry	565	56,8%
średni	153	15,4%
zły	18	1,8%
bardzo zły	3	0,3%

Tab. CXL. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „ocena stanu zdrowia wg rodziców”.

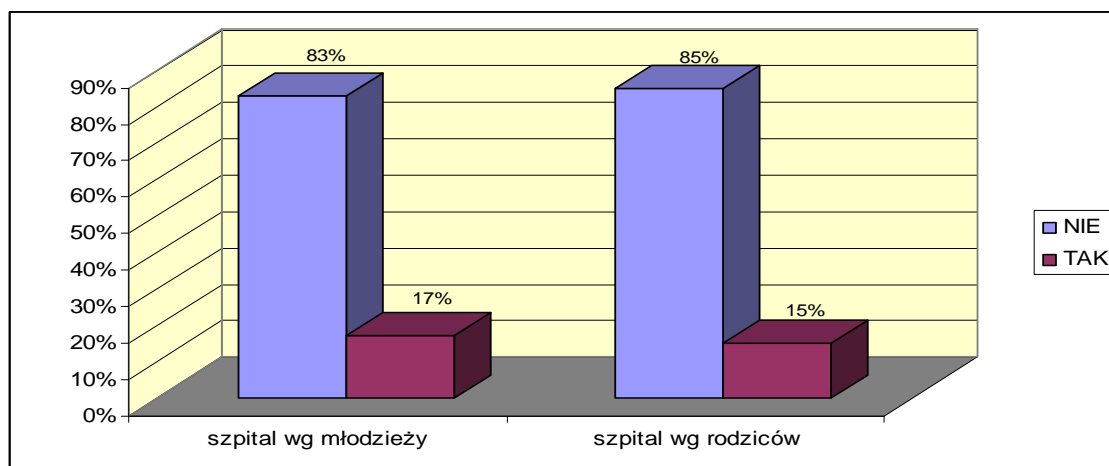
Ocena stanu zdrowia wg rodziców	N=658	
	n	%
bardzo dobry	230	35,0%
dobry	363	55,2%
średni	57	8,7%
zły	7	1,1%
bardzo zły	1	0,2%

Największy udział zgodnych odpowiedzi występuje w grupie dzieci, które twierdzą, że ich stan zdrowia jest dobry - 67% oraz bardzo dobry - 65% (tab. CXLI). Większość rodziców ocenia stan zdrowia swoich dzieci wyżej niż one same.

Tab. CXLI. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „ocena stanu zdrowia wg rodziców” oraz „ocena stanu zdrowia wg licealistów”.

Ocena stanu zdrowia - wg licealistów	Ocena stanu zdrowia – wg rodziców					Razem
	bardzo dobrze	dobrze	średnio	źle	bardzo źle	
bardzo dobrze	65,4%	30,9%	3,1%	0,6%	0,0%	100,0%
dobrze	28,0%	66,8%	4,6%	0,3%	0,3%	100,0%
średnio	14,2%	55,1%	27,6%	3,1%	0,0%	100,0%
źle	0,0%	30,7%	53,9%	15,4%	0,0%	100,0%
bardzo źle	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
razem	34,6%	55,3%	8,8%	1,1%	0,2%	100,0%

Porównanie rozkładów procentowych dla zmiennych: „czy w ostatnich 2 latach byłeś leczony w szpitalu?” z ankiety dla dzieci i „czy dziecko w ostatnich 2 latach było leczenie w szpitalu?” z ankiety dla rodziców przedstawiono na rycinie 118.



Ryc. 118. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „leczenie w szpitalu wg licealistów”, ze zmienną „leczenie w szpitalu wg rodziców”.

Odpowiedzi dzieci, które twierdzą, że w ciągu ostatnich 2 lat (od czasu ankietyzacji) nie były leczone w szpitalu, są w większości - 96% zgodne z odpowiedziami rodziców (tab. CXLII). W grupie dzieci, które podały, że były leczone w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat, co czwarty rodzic przeczy temu stwierdzeniu.

Tab. CXLII. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „leczenie w szpitalu wg rodziców” oraz „leczenie w szpitalu wg licealistów”.

Leczenie w szpitalu - wg licealistów	Leczenie w szpitalu – wg rodziców		Razem
	TAK	NIE	
Tak	73,2%	26,8%	100,0%
Nie	3,8%	96,2%	100,0%
Razem	15,5%	84,5%	100,0%

V. PODSUMOWANIE

Z badań własnych wynika, że:

1) w zakresie zachowań związanych z odżywianiem się badanych:

- uczniowie najczęściej spożywają 3 lub 4 posiłki dziennie, pomiędzy którymi dojadają wysokokaloryczne przekąski, co potwierdzają ich rodzice;
- większy odsetek osób otyłych lub z nadwagą występuje w grupie licealistów, którzy przyznają, że się odchudzali oraz w grupie badanych, którzy twierdzą, że nie występował u nich nigdy jadłowstręt;
- większość badanych uczniów deklaruje chęć zmiany w sposobie żywienia poprzez zwiększenie częstości konsumowania owoców i warzyw przy jednoczesnym ograniczeniu jedzenia słodczy i bardziej regularnym spożywaniu posiłków;
- w grupie badanych, którzy chcieliby zmienić swój sposób żywienia, odsetek uczniów, którzy mają problem z nadwagą lub otyłością, jest wyższy;
- uczniowie z powiatu ziemskiego częściej od swych rówieśników z powiatu miasta Kalisza jedzą więcej niż 5 posiłków dziennie;
- licealiści, którzy brali udział w programie „Trzymaj Formę” rządziej deklarują występowanie nadmiernej konsumpcji oraz chęć zmiany sposobu żywienia;

2) w zakresie aktywności fizycznej badanych:

- w zajęciach wychowania fizycznego uczestniczy więcej chłopców niż dziewcząt, które usprawiedliwiają swą nieobecność długoterminowymi zwolnieniami lekarskimi;
- chłopcy są bardziej zadowoleni ze swej aktywności fizycznej niż dziewczęta, które fakt ten tłumaczą brakiem czasu;
- młodzież lubi lekcje wychowania fizycznego, ale zdecydowana większość nie chce zwiększenia ich wymiaru godzin, do grupy tej należą zwłaszcza dziewczęta;
- jako swój wysiłek w ciągu dnia licealiści wskazują głównie lekcje wychowania fizycznego oraz dojście do szkoły;
- zdecydowana większość nastolatków codziennie przez kilka godzin spędza czas przed ekranem komputera bądź telewizora;

- uczniowie z powiatu grodzkiego częściej od swoich rówieśników z powiatu ziemskiego wskazują lekcje wychowania fizycznego, jako swój wysiłek w ciągu dnia;
- brak czasu, jako powód niezadowolenia z aktywności fizycznej wskazało więcej uczniów z powiatu grodzkiego niż z powiatu ziemskiego;
- młodzież z powiatu ziemskiego wykazywała większe zadowolenie ze swej aktywności fizycznej w porównaniu z młodzieżą z powiatu grodzkiego, tym samym preferowała zdrowszy styl życia;
- młodzież, która brała udział w programie „Trzymaj Formę” częściej uprawia czynnie sport, przez co jest bardziej zadowolona ze swej aktywności ruchowej;
- większość badanych rodziców twierdzi, że liczba godzin z zajęć wychowania fizycznego nie powinna ulec zmianie do grupy tej należą zwłaszcza ankietowane kobiety;

3) w zakresie budowy i masy ciała badanych i zachowań z tym związanych:

- zdecydowana większość dziewcząt w porównaniu do chłopców miała za sobą próby odchudzania bądź chciałyby schudnąć pomimo prawidłowego wskaźnika, BMI;
- większy odsetek osób w normie wystąpił w grupie respondentów, których wysiłek w ciągu dnia jest związany z grami i zabawami, lekcjami wychowania fizycznego i uprawianiem sportu;
- uczniowie z powiatu miasta Kalisza częściej od swych rówieśników z powiatu ziemskiego wyrażają chęć zmiany swej sylwetki, podejmując próby odchudzania;
- młodzież, która brała udział w programie „Trzymaj Formę” w porównaniu do osób, które nie zostały objęte tym programem częściej chciałyby utrzymać dotychczasową wagę;
- problem z nadwagą lub otyłością wykazują częściej licealiści, których choć jeden z rodziców lub opiekunów jest otyły;
- rodzice badanych nastolatków nie potrafią obiektywnie określić budowy ciała ich dzieci, odnosząc się do wskaźnika BMI przyznają jednak, że w ich rodzinie są osoby otyłe;

4) w zakresie zachowań związanych z konsumpcją substancji psychoaktywnych i używek wśród badanych:

- chłopcy częściej niż dziewczęta palą papierosy, piją alkohol i zażywają środki odurzające;
- połowa palaczy deklarujących ten nałóg robi to codziennie;
- palenie tytoniu przez młodzież współwystępuje ze spożywaniem alkoholu;
- większość młodzieży pije rzadziej niż raz w tygodniu, do najczęściej spożywanych trunków należą: piwo, wódka, wino;
- licealiści najczęściej konsumują takie uzależniające substancje psychoaktywne, jak: marihuana i amfetamina;
- ankietowani tłumaczą stosowanie używek: „dobrą zabawą”, „bo to lubią”, „bo inni to robią”;
- uczniowie z rodzin niepełnych częściej deklarują palenie tytoniu;
- badani z powiatu ziemskiego częściej przyznają, że palą codziennie oraz, że palą na terenie szkoły;
- istnieje silny wpływ wzorców rodzinnych w zakresie palenia i wpływ chęci dorównania rówieśnikom, żeby nie „odstawać od grupy” na rozpoczęcie palenia wśród młodzieży licealnej;
- spośród rodziców kobiety rzadziej sięgają po papierosa niż mężczyźni;
- rodzice niezbyt chętnie przyznają, że ich dziecko stosuje jakiegokolwiek używki;

5) w zakresie stanu zdrowia badanych:

- w opinii zdecydowanej większości badanych uczniów ich stan zdrowia jest dobry lub bardzo dobry;
- w grupie osób, które twierdziły, że nie mają problemów ze zdrowiem, udział osób otyłych jest mniejszy;
- uczniowie z powiatu grodzkiego częściej od rówieśników z powiatu ziemskiego twierdzą, że mają problemy ze zdrowiem i, że leczą się w jakiejś poradni;
- największy odsetek dzieci, które były leczone w szpitalu w okresie ankietyzacji w ciągu ostatnich 2 lat, wystąpił u rodziców zatrudnionych przy pracach prostych w tej grupie jak i wśród operatorów maszyn najwięcej nastolatków opuszcza lekcje z powodu choroby;
- w razie choroby dzieci są leczone przez lekarza, chociaż wyręcza go część rodziców niemających stosownego wykształcenia;
- większość rodziców ocenia stan zdrowia swoich dzieci wyżej niż one same;

6) w zakresie własnej samooceny wyglądu i dobrostanu badanych:

- większość badanych uczniów jest niezadowolonych ze swojego wyglądu, jako przyczynę podają otyłość lub nadwagę;
- uczniowie z powiatu ziemskiego są w większym stopniu zadowoleni ze swojego wyglądu zewnętrznego;
- spośród ankietowanych rodziców wynika, że kobiety są mniej zadowolone ze swojego wyglądu niż mężczyźni;
- większość rodziców jest zadowolona ze swojego wyglądu, z życia i rodziny;
- młodszy rodzice wykazują mniejsze zainteresowanie, a osoby z wykształceniem podstawowym są najmniej zainteresowane bieżącymi sprawami miasta i kraju;

7) w zakresie wiedzy dotyczącej zachowań prozdrowotnych badanych:

- badani kaliscy licealiści wiedzą, że każdy powinien jeść pierwsze śniadanie oraz drugie śniadanie;
- w opinii większości badanych liczba spożywanych dziennie posiłków powinna wynosić odpowiednio 5 i 4;
- uczniowie uważają, że nie należy dojadać w ciągu dnia i należy być w normie;
- uczniowie są świadomi szkodliwości palenia papierosów, picia alkoholu i zażywania narkotyków;
- pomimo wysokiego stopnia znajomości założeń prawidłowego odżywiania się, właściwej wiedzy z zakresu wpływu aktywności fizycznej na zdrowie człowieka oraz świadomości szkodliwości palenia papierosów, picia alkoholu i zażywania narkotyków zachowania młodzieży odstają od przyjętych postaw;
- uczniowie, którzy brali udział w realizacji programu „Trzymaj Formę”, wykazują większą świadomość zdrowotną i zachowania zdrowotne;

VI. DYSKUSJA

Zachowania zdrowotne ludności dorosłej jak i młodzieży były i są celami licznych badań naukowych. Mało jest jednak badań z tego obszaru tematycznego, w których dokonywana jest jednocześnie ocena odpowiedzi młodzieży i jej rodziców, jak w niniejszych badaniach własnych, co pozwala na skonfrontowanie tych odpowiedzi. Taka jednoczesna ocena ryzykownych zachowań nastolatków i ich rodziców pozwala określić obszary wzajemnej niewiedzy – w szczególności czego i jak często nie wiedzą o swych dzieciach rodzice, co jest istotne w odniesieniu do konsumpcji substancji psychoaktywnych, jak alkohol, tytoń, narkotyki. Pozwala także ustalić zagrożenia, które odnoszą się do poszczególnych grup wiekowych z uwzględnieniem płci bądź też środowiska, z jakiego wywodzą się badani. Wyniki tych badań stanowią przeto podstawę do planowania edukacji zdrowotnej jak i programów promocji zdrowia, umożliwiających podejmowanie działań profilaktycznych, w tym przez działy oświaty zdrowotnej i inne stacje sanitarno-epidemiologicznych.

Do najczęściej nasilających się obecnie zachowań antyzdrowotnych wnoszonych w dorosłe życie należą: nieprawidłowe odżywianie, niska aktywność fizyczna, palenie papierosów, spożywanie alkoholu oraz konsumowanie substancji psychoaktywnych.

Sposób żywienia, zwłaszcza w okresie gwałtownych zmian w organizmie w okresie dojrzewania, ma wpływ na przebieg końcowego procesu wzrastania oraz na utrzymanie prawidłowej masy ciała. W przypadku młodzieży, w procesach regulacji masy ciała ważną rolę odgrywa częstość spożywania pokarmów w ciągu dnia [31]. Regularne przyswajanie posiłków sprzyja zjadaniu mniejszych porcji jednorazowo, co powoduje, że ogólna ilość przyjmowanej energii jest mniejsza [245], prowadzi to do utrzymania prawidłowego poziomu cholesterolu w surowicy krwi i podwyższa stosunek HDL/LDL [246]. Według IŻŻ w Warszawie około 10-20% uczniów twierdzi, że nie spożywa I śniadania przed wyjściem do szkoły. Badania przeprowadzone przez *Kasperczyka* i wsp. [247] oraz *Malara* i wsp. [243] donoszą, że jedynie 70% młodzieży konsumuje I śniadanie. Zależność tą potwierdzają badania własne, z których wynika, że tylko 66% uczniów w dniach szkolnych zjada codziennie ranne śniadanie, zaś według ich rodziców grupę tą stanowi 77% ankietowanych licealistów. Nastoletnia młodzież, która nie posila się rano w domu, rekompensuje ominięty czas dostarczenia energii

spożyciem jeszcze większej jej ilości z pokarmami w dalszej części dnia [248,249]. Kanadyjscy naukowcy wskazują na korzystną zależność między regularnym konsumowaniem I śniadania a występowaniem nadwagi i otyłości - zarówno u dziewcząt jak i chłopców [250]. Wykazali, że przyswajanie rannego śniadania wiąże się z dostarczeniem organizmowi wyższej ilości energii pochodzącej z pełnoziarnistych produktów zbożowych oraz z przetworów mlecznych [251]. Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że kaliscy licealiści przejawiają pewne nieprawidłowości żywieniowe, gdyż oni jak i zgodnie ich rodzice przyznają, że do najczęściej spożywanego produktu na śniadanie należą: pieczywo, masło, wędliny i sery. Produkty pochodzenia mlecznego należą do rzadziej konsumowanych i lubianych. Niemniej jednak młodzież, która pomija I śniadanie, przejawia mniejszą skłonność do aktywności fizycznej, co objawia się szybszym przybieraniem na wadze w stosunku do rówieśników przestrzegających zasad prawidłowego przyjmowania posiłków o ściśle określonych porach dnia [252]. Podobne zależności uzyskano w amerykańskich badaniach, w których to nastolatkom, o jednakowych wskaźnikach BMI, podawano pokarmy o tej samej wartości energetycznej, przy tygodniowym, równoważnym czasie przeznaczonym na wykonywane ćwiczenia fizyczne. Wykazano, że częstsze spożywanie posiłków, a zwłaszcza regularne jedzenie śniadania w domu, zapobiega powstaniu nadwagi i otyłości, zwłaszcza u dziewcząt w okresie dojrzewania [253,254].

Nastolatki po wyjściu z domu do szkoły spędzają w niej znaczną część dnia. Zalecane jest, zatem aby uczniom przebywającym do 6 godzin w szkole zapewnić jeden pełnowartościowy posiłek tj. drugie śniadanie bądź ciepłe danie, natomiast odbywającym zajęcia lekcyjne ponad 6 godzin umożliwić zjedzenie 2 posiłków [30]. Niepokojącym stał się fakt, że jedynie 60% kaliskich licealistów spożywa II śniadanie w szkole, które to uzupełnia utraconą energię i składniki odżywcze w ciągu dnia. Niezaspokojenie uczucia głodu powoduje, że uczniowie podczas zajęć w szkole odznaczają się gorszą koncentracją uwagi, rozdrażnieniem, obniżeniem zdolności przyswajania przekazywanych wiadomości, zmniejszeniem wydolności fizycznej i umysłowej. Z wielu badań przeprowadzonych na świecie w szkołach, w których organizowane są specjalne przerwy z możliwością spożycia przez dzieci i młodzież posiłków, wynika, że uczniowie ci wykazują aktywniejszy udział w lekcjach. Cechują się tym samym lepszą koncentracją uwagi i pamięcią podczas wykonywania określonych zadań oraz osiągają lepsze wyniki w nauce z takich przedmiotów, jak: matematyka czy geografia [255,256]. Licealiści podczas pobytu w szkole chętnie

korzystają z artykułów żywnościowych oferowanych w sklepikach szkolnych, które jednak nie zapewniają dziennego zapotrzebowania na składniki pokarmowe. Do najczęściej kupowanych przez młodzież należą: chipsy, batony, słodkie napoje gazowane. Produkty te tłumią uczucie głodu, posiadają jednak wysoką wartość energetyczną, pochodzącą z węglowodorów i tłuszczów nasyconych [249]. Słodkie napoje gazowane zastępują tym samym odpowiednie dla zdrowia soki i napoje mleczne, powodując mniejsze spożycie wapnia i witaminy C [257]. Zawierają również duże ilości fosforanów, które w wieku dorosłym mogą zwiększać ryzyko rozwoju osteoporozy.

Z oceny sposobu żywienia przeprowadzonego przez Państwową Inspekcję Sanitarną w roku 2009 wynika, że najczęściej stwierdzonymi nieprawidłowościami w żywieniu zbiorowym dzieci i młodzieży jest nadmierne spożycie tłuszczów, cukrów, słodyczy, ziemniaków przy drastycznych w niektórych przypadkach niedoborach w spożyciu owoców, warzyw, mleka i jego przetworów, masła oraz jaj [258]. Potwierdzają to badania własne, z których wynika, że następstwem tego są najczęściej występujące nieprawidłowości żywieniowe wśród nastolatków dotyczące niedostatku spożycia w codziennej diecie owoców i warzyw przy nadmiernej konsumpcji tłuszczów i słodyczy.

Konieczne jest zatem, aby w ramach ścieżki edukacyjnej wychowania prozdrowotnego wykształcić wśród młodzieży postawę odpowiedzialności za swój sposób żywienia, ułatwiając świadomy wybór produktów spożywczych. Problem ten dotyczy również organizatorów żywienia zbiorowego w szkołach, którzy często wykazują niską świadomość na temat roli żywienia w rozwoju psychofizycznym młodzieży. Dlatego też przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego w szkołach należy rozpowszechniać modelowe racje pokarmowe, np. poprzez opracowanie jadłospisów z zalecaną wartością odżywczą poszczególnych produktów tak, aby dostarczyć młodzieży jak najwięcej pełnowartościowych posiłków.

Analiza zwyczajów żywieniowych wykazała, że najregularniej spożywanym posiłkiem po powrocie ze szkoły jest obiad, który konsumuje 86% licealistów. *Kasperczyk* i wsp. [247] w swych badaniach uzyskali identyczne zależności, zaś *Kołoło* [259] wykazała, że w dniach szkolnych 70% młodzieży konsumuje codziennie obiad a podczas weekendów 90%. Licealiści w dużej mierze (37%) rezygnują z pozostałych posiłków, część z nich nie jada chociażby kolacji. Należy zauważyć, że respondenci najczęściej spożywają 3 lub 4 posiłki (odpowiednio 45% i 34%), ale aż 27% twierdzi,

że je tylko jeden posiłek dziennie. Danej zależności nie potwierdzają ich rodzice, według których dzieci jedzą od 4 do 5 posiłków dziennie (odpowiednio 45% i 32%) oraz niespełna 1% jada jeden posiłek dziennie. Ankietowani uczniowie z powiatu ziemskiego Kalisz przyznają, że jedzą więcej niż 5 posiłków dziennie w porównaniu z licealistami z powiatu miejskiego. Ma to swoje uzasadnienie w tym, że młodzież wiejska częściej musi uzupełniać utraconą energię na skutek prac sezonowych w gospodarstwie przydomowym.

Młodzież często pojada między posiłkami, uzupełniając w ten sposób niezbędną energię do codziennego funkcjonowania. Wyniki badań własnych wykazały, że 78% uczniów dojada w ciągu dnia. Zwykle spożywane są wtedy: owoce - 80%, słodycze - 71%, jogurty - 60% oraz ciastka - 51%. Bardzo zbliżone rezultaty uzyskano w badaniach młodzieży z województwa śląskiego, gdyż stanowili oni 70% grupę osób podjadających między posiłkami [243]. Zaleca się, aby zachowywać co najmniej dwugodzinny odstęp między przekąskami a obowiązującymi daniami głównymi. Prawidłowy rozkład odpowiednio zbilansowanych posiłków w ciągu dnia powinien uwzględniać dobór odżywczych składników pokarmowych. Do ulubionych produktów wybieranych przez młodzież należą jednak wysokoenergetyczne potrawy typu fast-food. Potwierdziło się to w badaniach własnych kaliskich licealistów, którzy najczęściej wskazywali takie potrawy, jak: lasagne - 28%, spaghetti - 28%, pizza - 21%. Potrawy te dostarczają organizmowi dużej ilości nasyconych kwasów tłuszczowych oraz izomerów trans kwasów tłuszczowych, soli, natomiast zawierają znikome ilości witaminy A, C, D i E, tiaminy oraz błonnika pokarmowego. Zbyt częste spożywanie produktów typu fast food wśród osób, których dieta nie jest wystarczająco zróżnicowana, może doprowadzić do powstania niedożywienia witaminowego, a w dalszej kolejności do otyłości, będącej przyczyną wielu chorób żywieniowazależnych [30].

Badania własne ponadto dowodzą, że nie tylko dzieci, ale także ich rodzice, nie są świadomi błędów żywieniowych, jakie popełniają. Wśród najbardziej rozpowszechnionych wymienić należy: wspomniane powyżej niespożywanie I śniadania przed wyjściem do szkoły oraz II w szkole, nieregularność spożywania posiłków, nieprawidłową częstość konsumpcji niektórych grup produktów spożywczych. Należy zauważyć, że nawyki żywieniowe nabyte w domu rodzinnym kształtują prawidłowe postawy zdrowotne dorastającej młodzieży, które w późniejszych latach są trudne do zmiany [260]. Pozytywny wpływ rodziców na zachowania

prozdrowotne swoich dzieci, czyli prawidłową dietę, aktywność fizyczną i zapobieganie otyłości wykazano chociażby w australijskich badaniach [261]. Jakość i ilość dostarczanych produktów pokarmowych powinna więc być dostosowana do wieku, płci, budowy ciała, trybu życia oraz odpowiednio wkomponowana w posiłki i racjonalnie rozkładana w ciągu całego dnia [262].

Kolejnym, niepokojącym zjawiskiem zauważalnym w badaniach własnych jest fakt, że większość kaliskich licealistów, pomimo prawidłowej masy ciała i wiedzy dotyczącej zwyczajów żywieniowych twierdzi, że kiedyś się odchudzała - 42%, zaś 46% chciałoby schudnąć. Przy czym należy podkreślić, że spośród osób, które kiedykolwiek się odchudzały, masa ciała aż 80% przypadków była w normie. Do grupy wyrażającej chęć obniżenia swej masy ciała należały głównie dziewczęta (60%), znacznie rzadziej chłopcy (17%). W opinii rodziców ankietowanej młodzieży, w ciągu ostatnich dwóch lat odchudzało się co czwarte dziecko, natomiast w trakcie badań dietę odbywało 6% młodzieży. Ma to swoje odzwierciedlenie w samoocenie własnego wyglądu. W badaniach przeprowadzonych przez *Kołoło* i *Woynarowską* zarówno stwierdzono brak zgodności między samooceną masy ciała a bardziej obiektywnym wskaźnikiem, jakim jest BMI [263]. Przyczyny nieadekwatnej samooceny masy ciała i stosowanie przez młodzież diet odchudzających, głównie wśród dziewcząt, są różnorakie. Mogą być one związane z dokonującymi się w okresie dojrzewania zmianami proporcji ciała, kształtowaniem się własnej tożsamości i nowego obrazu ciała. Należy zauważyć, że największy wzrost masy ciała od 4 do 5 kg osiągnęły przez dziewczęta w wieku 11-13 lat, zaś u chłopców średnio dwa lata później w wieku 13-16 lat, i może wtedy wzrastać od 5 do 6 kg rocznie. Aktualnie u nastolatków powyżej 16 roku życia nie obserwuje się przyrostów masy i wysokości ciała, natomiast u nastolatków przyrost ten, choć mniejszy w odniesieniu do lat poprzednich, może się utrzymywać. Potrzeby energetyczne u dziewczynek i chłopców do 10 roku życia są równomierne, natomiast w starszych grupach wiekowych zapotrzebowanie na energię jest większe u chłopców niż u dziewcząt. Różnice te w wieku 16-18 lat mogą oscylować wokół 1000 kcal [30]. Dlatego też postrzeganie własnej masy ciała przez nastolatków w znaczącym stopniu różnicuje płeć i wiek. Wraz z wiekiem dziewczęta postrzegają własne ciało jako zbyt krępe, zaś chłopcy częściej dążą do zwiększenia swej wagi i muskulatury uważając, że są zbyt szczupli [264], co zostało potwierdzone w badaniach własnych, zgodnie z którymi 60% nastolatków chciałoby schudnąć, zaś 31% nastolatków przytyć. Dane zależności wykryto również w wielu badaniach wśród młodzieży różnej

narodowości: Turcji, Chin, Korei, Kanady, Grecji czy Szwecji [265]. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia powinna więc w różnorodny sposób nakierowywać na kształtowanie prawidłowej postawy w sposobie odżywiania i utrzymania prawidłowej sylwetki w stosunku do dziewcząt jak i chłopców. Dlatego też, w przypadku dziewcząt należy stosować techniki psychologiczne zwiększające poziom akceptacji własnego ciała i własnej wartości, zaś w przypadku chłopców winno się kształtować umiejętność oceny należnej masy ciała [266].

Z drugiej zaś strony właściwa samoocena masy ciała może mieć podłoże kulturowe i społeczne. W kulturze zachodniej posiadanie szczupłej sylwetki jest miarą atrakcyjności seksualnej dziewcząt, awansu społecznego i zdolności do osiągnięcia sukcesów. Badania amerykańskie wykazują wyraźne różnice postrzegania własnego ciała przez kobiety pochodzące z różnych części świata: Europy, południowej Ameryki, południowej Afryki. Amerykanki pochodzenia europejskiego istotnie gorzej postrzegają własne ciało aniżeli afroamerykanki, przy zachowaniu tej samej diety. Jednocześnie podkreślono, że zależność ta nie jest związana z różnicami etnicznymi [267]. Należy zarówno zauważyć, że w wielu kulturach nie niższa, ale wyższa masa ciała oznacza dobrobyt, urodę i zdolność do rozrodczości [268]. Nadwaga i otyłość w Arabii Południowej jest oznaką dobrego zdrowia i samopoczucia [269]. Plemiona w rejonie Pacyfiku - Nauru i Tahiti z powodu zwyczajów rytualnych traktują otłuszczone ciało, jako oznakę wysokiego poziomu duchowości, atrakcyjności seksualnej i zdolności do rozrodu [270]. W Afryce Południowej w rejonach wiejskich i niektórych dzielnicach miejskich zamieszkałych przez czarnoskóre kobiety, duża masa ciała jest przejawem atrakcyjności, zadowolenia z życia oraz zdrowia [271].

Akceptacja własnej sylwetki wynika również z tradycji rodzinnej i środowiska, w którym żyją całe rodziny. Badania donoszą, że wyobrażenia matki dotyczące idealnej sylwetki kształtują pogląd jej dziecka [25]. Podkreśla się, że w rodzinach, w których matki stosowały diety odchudzające, dziewczęta częściej się odchudzały, aniżeli w rodzinach, w których matki nie stosowały takich praktyk [272]. Należy również zauważyć, że postrzeganie sylwetek innych kobiet jest podobne - białoskóre matki i córki częściej postrzegają innych, jako otyłych i tłustych, aniżeli matki i córki czarnoskóre [273]. Z badań własnych przeprowadzonych w powiecie kaliskim wynika, że 69% rodziców twierdzi, iż osoba dobrze wyglądająca winna posiadać szczupłą sylwetkę, ale aż 30% opiniuje, że masa ciała nie ma wpływu na stan zdrowia

ankietowanych. Tymczasem, co piąte dziecko, którego choć jeden z rodziców jest otyły, ma również nadwagę lub otyłość.

Nastolatki dokonują własnych, nie zawsze właściwych wyborów, odnosząc się do wzorców osobowych popularnych autorytetów oraz oddając się wizerunkom kreowanym przez mass-media [274]. Jest to ściśle związane z trendami obowiązującymi w danej grupie rówieśniczej [275,276], co w rezultacie prowadzi do braku satysfakcji ze swojego wyglądu oraz nieumiejętnej, nieadekwatnej do rzeczywistości samooceny masy ciała [32,33]. Brak satysfakcji ze swojego wyglądu i marginalizacja przez środowisko rówieśnicze jest przyczyną emocjonalnych zaburzeń oraz socjalnych trudności w okresie nastoletnim [277]. Postrzeganie własnej masy ciała jako zbyt dużej staje się przyczyną niekontrolowanego stosowania różnorodnych diet lub przeświadczenia o konieczności ich stosowania [35]. Konsekwencją tego jest podejmowanie przez młodzież decyzji o odchudzaniu się. Ogólnopolskie badania przeprowadzone przez *Oblacińską* i wsp. wśród uczniów szkół licealnych potwierdziły, że negatywne postrzeganie swego wyglądu wiąże się ze zwiększonym prawdopodobieństwem stosowania diet oraz podejmowaniem szkodliwych dla zdrowia działań w celu redukcji masy ciała [278]. Nieprawidłowości te potwierdzają również wyniki badań brytyjskich [279], chorwackich [280], czy też przeprowadzonych wśród młodzieży w Japonii [281].

Patologiczne odchudzanie współlistnieje najczęściej z innymi ryzykownymi zachowaniami młodzieży w okresie dojrzewania, związanymi z wczesną inicjacją tytoniową, alkoholową i seksualną oraz spożywaniem substancji psychoaktywnych [282]. Restrykcyjne stosowanie diety w celu obniżenia masy ciała prowadzi do zaburzeń koncentracji i snu, nieregularnych miesiączek oraz zaburzeń wzrostu i rozwoju [283]. Stosowanie rygorystycznych diet współlistnieje z takimi zaburzeniami jak: *bulimia nervosa* i *anorexia nervosa* [25]. W obu tych przypadkach istnieje sprzeczne z rzeczywistością wyobrażenie o nadmiernej tęgiej i otluszczonej sylwetce [36]. Takie sytuacje mają naturalną zdolność do wywoływania napięcia i silnych emocji powodując stres [284]. Zbyt długotrwały stres przyczynia się do zaburzeń lękowych, nerwicowych, depresyjnych a w szczególnych przypadkach prowadzi do zaburzeń osobowości. Wieloletnie badania pokazały, że stany depresyjne i depresja są czynnikiem predysponującym do rzeczywistej nadwagi i otyłości w wieku dojrzewania i w późniejszych latach życia [285,286], zwłaszcza wśród dziewcząt [275].

Udowodniono, że przeświadczone o swej otyłości nastoletnie dziewczęta częściej popadają w depresje i stany lękowe aniżeli świadome normalnej wagi i sylwetki [287].

Zjawisko sedentaryzmu ma w Polsce charakter wzrastający we wszystkich grupach wiekowych. Zaledwie około 30% młodzieży w wieku dojrzewania wykonuje wysiłek fizyczny gwarantujący prawidłowy rozwój fizyczny, psychiczny i emocjonalny [109,183]. Spośród dorosłych tylko 10% uprawia różne formy ruchu odpowiadające potrzebom fizjologicznym organizmu [4]. W ostatnich dziesięcioleciach pogorszeniu uległa sprawność fizyczna młodzieży, jak i osób dorosłych. Wskazują na to chociażby badania przeprowadzone w kilku krajach europejskich w ramach programu CINDI WHO (*Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention - Program Zintegrowanej Profilaktyki Chorób Niezakaźnych*). Jest to niepokojący objaw, odbiegający od zaleceń wielu światowych ekspertów. W 2005 roku zespół ekspertów opracowujących stanowisko AHA, poparte przez AAP (*American Academy of Pediatrics*), dotyczące zasad żywienia i aktywności fizycznej młodzieży stwierdził, że każde dziecko powinno przeznaczyć 60 minut dziennie na aktywność ruchową o umiarkowanej lub dużej intensywności [49]. Jeśli młodzież regularnie uprawia jakąś formę aktywności, np. pokonuje pieszo bądź na rowerze dłuższą drogę do szkoły, wówczas dzienna aktywność fizyczna o umiarkowanej lub dużej intensywności może być zredukowana do 30 minut. Należy pamiętać, że na prawidłowo przebiegającą określoną formę ruchu wpływają ćwiczenia aerobowe i ćwiczenia rozciągające mięśnie. Ćwiczenia aerobowe przyspieszają oddech i bicie serca, przez co do mięśni i narządów ciała dociera więcej utlenionej krwi, zaś ćwiczenia rozciągające mięśnie powinny być częścią prawidłowej rozgrzewki oraz sposobem wyciszenia organizmu po treningu.

Z badań własnych wynika, że 89% licealistów uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego, ale tylko 46% chciałoby zwiększyć ilość tych zajęć - 36% dziewcząt i 59% chłopców. Zgodni w tej kwestii są ich rodzice twierdząc, że 88% dzieci bierze udział w zajęciach ruchowych, zaś 42% uważa, że należy zwiększyć liczbę tych godzin. Takie stanowisko częściej prezentują ojcowie - 54% aniżeli matki - 40%. Uczniowie kaliscy - 78% w większości lubią lekcje wychowania fizycznego, porównywalny odsetek uzyskali *Wołowski* i *Jankowska* - 72% w badaniach gdańskich 16-latków [288]. Jako wysiłek w ciągu dnia 81% badanych nastolatków wskazało lekcje wychowania fizycznego, a 76% pokonanie drogi do szkoły. Wobec tego aktywność fizyczna zdecydowanej większości młodzieży sprowadza się głównie do udziału w obowiązkowych zajęciach szkolnych, które nie zaspakajają ich potrzeb ruchowych.

W pozalekcyjnych zajęciach ruchowych uczestniczyło 22% respondentów, z czego połowa z nich deklaruwała, że osiągnęła sukces sportowy zdobywając wyróżnienia podczas udziału w zawodach wytrzymałościowych. Rodzice nie zgadzają się w tej kwestii ze swoimi dziećmi twierdząc, że jedynie 6% ankietowanych licealistów odbywa regularne treningi, zaś sport rekreacyjnie uprawia 9% ankietowanych. Zależności te zostały potwierdzone m.in. w badaniach *Charzewskiej* i wsp. [289], w których 30% uczniów deklaruje udział w różnorodnych formach aktywności fizycznej, lecz tylko niewielki odsetek uprawia ją 3-4 razy w tygodniu (2%-6%), nieco większy 1-2 razy na tydzień (10%-12%). Z powyższego należy wnioskować, że w obu przypadkach częstość podejmowanych zajęć ruchowych odbiega od zalecanego dla nastolatków wysiłku fizycznego. Należy pamiętać, że pozaszkolna aktywność fizyczna zwiększa oraz wyrównuje niewielką liczbę godzin zajęć sportowych, zaspokajając tym samym ich potrzeby w zakresie ruchu i rekreacji.

Uczniowie z powiatu grodzkiego częściej wskazywali lekcje wychowania fizycznego jako wysiłek w ciągu dnia, natomiast z powiatu ziemskiego byli bardziej zadowoleni ze swej aktywności fizycznej. Rodzice z powiatu ziemskiego, w porównaniu z rodzicami z powiatu miasta Kalisz, potwierdzają, że ich dzieci codziennie lub prawie codziennie spędzają czas na świeżym powietrzu (odpowiednio 64% i 31%) bądź im pomagają (adekwatnie 60% i 24%). Fakt ten można tłumaczyć zaangażowaniem w prace w gospodarstwie rolnym przez młodzież wywodzącą się ze środowiska wiejskiego. *Jasiński* i *Czerska* [290] poparli tą zależność w swych badaniach, z których wynika, że średnio 26% uczniów pochodzenia wiejskiego przeznaczają wolny czas na pracę w gospodarstwie rolnym.

Blisko połowa kaliskich licealistów nie wykazuje zadowolenia ze swej aktywności fizycznej. Osoby niezadowolone z braku uczestnictwa w jakichkolwiek pozalekcyjnych zajęciach sportowych tłumaczą to brakiem: czasu - 71%, obiektów sportowych - 37%, klubów sportowych - 35%, sprzętu - 22%. Twierdzą również, że samemu trudno się zmobilizować - 30%, co wynika z ich lenistwa - 21%, braku nawyku - 13% oraz tradycji rodzinnej - 9%.

Młodzież wraz z wiekiem staje się mniej aktywna z powodu większej ilości innych, głównie sedentaryjnych zajęć, zarówno w szkole jak i w czasie wolnym od nauki [291,292,293,294]. Zaangażowanie w aktywność fizyczną nastolatków w czasie wolnym jest niewystarczające i niezadowolające. Ograniczenie ich aktywności ruchowej jest nie tylko wynikiem postępującego procesu urbanizacji, automatyzacji, ale

szczególnie atrakcyjności form i oddziaływania przekazu medialnego i telewizyjnego. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że 70% licealistów w wieku 16-19 lat spędza codziennie lub prawie codziennie czas przed ekranem komputera, zaś 48% ogląda programy telewizyjne. Z badań *Oblacińskiej i Woynarowskiej* [259] wynika, że w dniach szkolnych 76% młodzieży, będącej w danym przedziale wiekowym, korzysta z komputera. Adekwatnie do badań własnych, *Witana i Szpak* - 43% [295] oraz *Gajewska* - 30% [296] potwierdzają długość czasu poświęconego na oglądanie telewizji przez uczniów uczęszczających do szkół średnich. Badania amerykańskie donoszą, że połowa populacji nastolatków uczestniczy w aktywności fizycznej o umiarkowanym poziomie mniej niż 3 razy w tygodniu [297], zaś ilość godzin spędzanych przez nich przed telewizorem lub komputerem wynosi średnio 5 godzin dziennie [298].

Analiza zachowań zdrowotnych w kontekście udziału ucznia w programie „Trzymaj Formę” pokazuje, że uczniowie, którzy brali udział w tym projekcie, rzadziej deklarują występowanie nadmiernej konsumpcji, spożywając wysokogatunkowe produkty żywnościowe. Pragną również utrzymać swą masę ciała poprzez czynny udział w zajęciach sportowych. Kaliscy licealiści spełniają, więc założenia projektu dotyczące kształtowania postaw i zachowań związanych z prawidłowym żywieniem, odpowiednią jakością zdrowotną żywności, pogłębieniem wiedzy w zakresie znaczenia zbilansowanej diety i aktywności fizycznej dla organizmu człowieka. W dalszych edycjach programu należałoby zatem poszerzyć badaną dotychczas grupę wiekową o uczniów szkół licealnych.

W kształtowaniu postaw zdrowotnych decydującą rolę odgrywa szkoła, której zadaniem jest nakierowanie na właściwy stosunek do aktywności fizycznej tak, aby był on kontynuowany i rozwijany począwszy od szkoły podstawowej po szkołę średnią, ale również podejmowany po zakończeniu ścieżki edukacyjnej w dorosłym życiu. Dużą rolę w promowaniu zalecanej aktywności fizycznej pełnią nauczyciele wychowania fizycznego i wychowawcy, którzy służąc przykładem winni zachęcać do uprawiania sportu chociażby poprzez organizację: zawodów, konkursów, turniejów. Na podkreślenie zasługuje fakt, że aktywny tryb życia to nie tylko rekreacja fizyczna czy ćwiczenia fizyczne, ale styl życia polegający na włączeniu aktywności w rutynę dnia codziennego [299]. Należy zwrócić uwagę, że aktywność ruchowa wspomaga u młodzieży rozwój cech społeczno-wychowawczych, uczy dokonywania wyborów i konsekwencji w osiąganiu celów, przyczynia się do wzrostu zainteresowania współzawodnictwem, kształci silną wolę oraz umiejętność współdziałania w zespole.

Dlatego też kadra nauczycielska, wykorzystując swoją wiedzę, powinna łączyć te zależności rozwijając sprawność ruchową oraz promując zdrowy styl życia poprzez nakłanianie do ćwiczeń młodzieży mniej wydolnej fizycznie. Ważnym elementem jest organizowanie zajęć opartych na współdziałaniu z rodzicami, organizacjami młodzieżowymi i samorządem lokalnym. Jest to również ważny element polityki zdrowotnej sprzyjającej całemu społeczeństwu. Wyrazem takiego podejścia jest Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej zatwierdzony przez MZ na lata 2007-2011 [30]. Ciekawym rozwiązaniem mającym nakłonić młodzież do zwiększenia aktywności fizycznej jest piramida aktywności uwzględniająca różnorodność zalecanych ćwiczeń - opracowana w takich krajach, jak: USA, Kanada, Hiszpania.

Mimo, że w okresie wzmożonego dojrzewania na zachowanie młodzieży ma wpływ grupa rówieśnicza, to wiele badań wskazuje na istotną rolę rodziców, jaką odgrywają w nabywaniu nawyków związanych z aktywnym bądź sedentarnym stylem życia [300,301,302,303]. Współuczestniczenie rodziców w aktywności fizycznej ich dzieci bądź też uprawianie wspólnie sportu przynoszą zazwyczaj pozytywne rezultaty wśród młodzieży poprzez nabywanie nawyków bycia aktywnym w późniejszych latach życia [304,305,306,307]. Rekreacja fizyczna w rodzinie powinna zatem dotyczyć wspólnych zajęć w czasie wolnym, jak i indywidualnych zainteresowań dzieci i rodziców. Rodzice winni służyć przykładem - prowadząc aktywny tryb życia, stwarzać dorastającej młodzieży warunki do uprawiania sportu chociażby poprzez ułatwienie w dotarciu do miejsca, gdzie istnieje możliwość do podjęcia aktywności rekreacyjnej [308,309,310,311]. Rodzice kaliskich licealistów (50% ankietowanych) twierdzą, że lansują zdrowy styl życia w rodzinie. Kolejnym, ważnym aspektem są pozytywne relacje między rodzicami i rodzeństwem oraz zaangażowanie rodziców w wykonywane przez ich dzieci zajęcia fizyczne [312]. Należy pamiętać, że planując aktywne spędzenie czasu powinno dobrać się odpowiednią formę do indywidualnej sprawności poszczególnych członków rodziny. Istotne jest, aby wspólny ruch sprawiał przyjemność, pozwalając zaangażować się wszystkim w zajęcia. Daną zależność potwierdzają badania Shmitza [313], które dowodzą, że spójność rodziny, autorytet rodziców i ich udział w zajęciach ruchowych dziecka wpływa bezpośrednio na aktywny styl życia nastolatka [314], natomiast wszelkie formy przymusu odgrywają negatywną rolę w tym zakresie. Jest to odbierane przez dojrzewającą młodzież, jako ograniczenie

ich autonomii [315,316]. Badania brytyjskie wskazują również na pozytywną korelację między rolą rodziny jej spójnością a poziomem aktywności fizycznej. Brak tych zależności zwiększa ryzyko niskiej aktywności fizycznej poprzez nabywanie sedentaryjnych nawyków przez nastoletnią młodzież [317]. Rodzice poprzez swą postawę mogą wzmocnić w swych dzieciach poczucie pewności siebie oraz zadowolenie i satysfakcję ze swej sylwetki [318,319,320]. Wykazano to w wielu badaniach, których zamysłem było określenie stopnia zadowolenia z własnego wyglądu stosując skalę akceptacji poszczególnych części ciała - BASS (*The Body Areas Satisfaction Scale*), mającej na celu zobiektywizowanie odpowiedzi badanych respondentów głównie płci żeńskiej [321]. Daną metodykę [322] zastosowano wśród amerykańskiej młodzieży z przedziału wiekowego 15-16 lat. W badaniach potwierdzono, że ogromny wpływ na poziom satysfakcji z własnego wyglądu ma uprawianie sportu i innych form aktywności przez nastolatków oraz zachęcenie do takiego trybu życia przez rodziców, zwłaszcza ojca. W innych badaniach [323] stwierdzono pozytywną korelację z postawą matki w tym zakresie. Zatem aktywność fizyczna nie tylko stanowi formę utrzymania prawidłowej masy ciała, ale pozwala również nastolatka zwiększyć poczucie własnej wartości [324,325]. Młodzież pozytywniej postrzega własną sylwetkę, jest z niej bardziej zadowolona niezależnie od aktualnej masy ciała czy wskaźnika wagi należnej - BMI [326,327]. Związek ten przekłada się na zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń w odżywianiu, co w rezultacie może zapobiec niedożywieniu, nadwadze czy otyłości [248,328]. Innymi słowy, nawet bez zmian w masie ciała, nastoletnia młodzież czerpie korzyści psychologiczne wynikające z aktywności fizycznej. Konsekwencją zaś małej aktywności fizycznej i niewłaściwej diety jest narastanie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród nastolatków [329]. W badaniach własnych wykazano, że większy odsetek osób w normie - 86% wystąpił w grupie licealistów, których wysiłek w ciągu dnia jest związany z grami, zabawami, lekcjami wychowania fizycznego i uprawianiem sportu, niż wśród uczniów przeznaczających znacznie mniej czasu na aktywność ruchową - 79%. Podobnie w grupie nastolatków, która chciałaby zwiększyć liczbę godzin z lekcji wychowania fizycznego udział osób w normie - 83% jest wyższy niż wśród uczniów, którzy są odmiennego zdania - 81%. Taki związek wykazano również w badaniach młodzieży uczęszczającej do szkół sportowych, u których otyłość występowała istotnie rzadziej u chłopców w porównaniu do ich rówieśników z pozostałych szkół i w ogóle nie występowała u dziewcząt [30].

Z analizy tego zagadnienia wynika, że szkoła i rodzice to dwie instytucje kształtujące postawy zdrowotne młodzieży. Powinny one ze sobą ściśle współpracować, rozwiązując nieustannie pojawiające się problemy dotyczące rozwoju psychicznego i fizycznego nastolatków.

Jednym z kolejnych niepokojących zjawisk jest fakt, że spośród 11% uczniów nieuczestniczących w zajęciach wychowania fizycznego 93% usprawiedliwia swą nieobecność długoterminowymi zwolnieniami lekarskimi. Dziewczeta (12%) w odniesieniu do chłopców (8%) wykazywały większą niechęć w wykonywaniu ćwiczeń fizycznych. Z badań *Piotrowskiej* i wsp. [330] wynika, że długoterminowymi zwolnieniami lekarskimi okazywało się 18% wrocławskich licealistek z przedziału wiekowego 16-18 lat. Najczęstsze przyczyny, tłumaczone zwolnieniem lekarskim wśród uczniów szkół kaliskich, to: choroby narządu ruchu - 46%, choroby układu krążenia - 16% oraz choroby układu oddechowego - 6%. Młodzież przyznaje, że towarzyszy temu również brak chęci do ćwiczeń fizycznych - 5%. Rodzice potwierdzają choroby swoich dzieci, według nich 40% stanowią choroby: narządu ruchu, 15% - układu krążenia, 7% - układu oddechowego. Częste zwolnienia młodzieży z lekcji wychowania fizycznego wykazano również w badaniach prowadzonych przez Zakład Epidemiologii i Norm Instytutu Żywności i Żywienia [30]. Dane o takich zwolnieniach zbierają niektóre kuratoria oświaty i ośrodki zdrowia. W Krakowie stałymi zwolnieniami ze szkolnych zajęć wychowania fizycznego okazywało się 10% młodzieży ze szkół średnich, podobnie jak w Gdańsku i Łodzi [30]. Według *Krawczyńskiego* liczba długoterminowych zwolnień z lekcji wychowania fizycznego w Polsce jest blisko 5-krotnie wyższa, niż wynikałoby to z aktualnej sytuacji zdrowotnej wśród młodzieży szkolnej [331]. Chcąc poprawić sytuację w zakresie aktywności fizycznej uczniów w szkołach, celem zredukowania wystawianych zwolnień, konieczne jest zwiększenie świadomości rodziców o roli ruchu w zachowaniu optymalnego stanu zdrowia i sprawności fizycznej. Nauczyciele powinni objąć szczególnym nadzorem kwestie zwolnień z lekcji wychowania fizycznego, mając na celu zmniejszenie liczby uczniów niećwiczących.

Aktywność fizyczna ma bezpośredni wpływ na inne ryzykowne zachowania, chociażby na palenie tytoniu. Palenie tytoniu przez młodzież w okresie pokwitania wpływa bezpośrednio na niższy poziom ich aktywności fizycznej [332,333,334,335,336,337], tym samym nastolatkowie, którzy uprawiają czynnie jakąś dyscyplinę sportową, odczuwają mniejszą chęć do sięgnięcia po papierosa [338,339].

Zależność tą potwierdzają badania amerykańskie, z których wnioskuje się, że uczniowie szkół licealnych uczęszczających na lekcje wychowania fizycznego rzadziej i później o 3-4 lata zaczynali swą inicjację tytoniową [340]. Z badań fińskich przeprowadzonych w 1980 roku i powtórzonych 12 lat później w grupie wiekowej 9-18 lat wynika, że wcześniej rozpoczęta aktywność fizyczna ma wpływ na społeczne funkcjonowanie aktywnych nastolatków, których prawidłowe zachowania zdrowotne stanowią korzystny wyznacznik w późniejszych latach dorosłości. Te prawidłowe zachowania zdrowotne są pozytywnym prognostykiem związanym ze zmniejszeniem częstości palenia jak i z opóźnieniem tego procesu [341]. Jak stwierdzono w powyższym badaniu, młodzież uczestnicząca w ćwiczeniach ruchowych pali rzadziej i mniej, jest to zależność wprost proporcjonalna do częstości wykonywanych ćwiczeń, intensywności oraz czasu ich trwania [342,343,344,345,346].

Każdego dnia 100 000 młodych ludzi na świecie staje się uzależnionych od nikotyny [347]. Większość palaczy rozpoczyna palenie przed ukończeniem 18 roku życia [348,349], często popadając w nałóg [350,351]. Z badań własnych wynika, że papierosy pali 14% ankietowanych licealistów. Kaliscy nastolatki stanowią 22% grupę spożywającą wyroby tytoniowe, zaś nastolatki 10%. Zbliżony odsetek palących, bo 11,5% uzyskano w grupie 15-19-letnich respondentów, którzy uczestniczyli w globalnym sondażu GATS (*Global Adult Tobacco Survey*) w latach 2009-2010 [132]. Z badań przeprowadzonych w województwie wielkopolskim przez *Krauss* i wsp. [352] wynika, że do regularnego palenia przyznaje się 18% młodzieży. Badania HBSC (*Health Behaviour in School - Aged Children*) przeprowadzone przez *Woynarowską* wykazały, że po 16 roku życia w liceach ogólnokształcących pali 14% chłopców i aż 27% dziewcząt [259]. Powodem sięgnięcia po pierwszego papierosa przez dziewczęta jest często istniejące przekonanie, że to pozwoli im utrzymać szczupłą sylwetkę bądź pomoże w procesie odchudzania [353]. Dowiodły tego badania amerykańskie, w których zwyczaj palenia papierosów wśród dziewcząt był sposobem kontroli masy ciała [354]. Z badań *Piotrowskiej* i wsp. [330] przeprowadzonych w grupie nastolatek z przedziału wiekowego 16-18 lat wynika, że częściej paliły licealistki z niedowagą oraz otyłością i nadwagą niż dziewczęta o prawidłowej masie ciała.

Młodociani palacze podobnie jak dorośli wykazują wszystkie rodzaje zachowań związanych z paleniem tytoniu, począwszy od stadium przygotowania, poprzez eksperymentowanie, regularne palenie, aż do uzależnienia od tytoniu [355]. Do najważniejszych cech charakteryzujących nałóg palenia należą: liczba wypalanych

codziennie papierosów, wiek rozpoczęcia regularnego palenia tytoniu, czas trwania nałogu, typ palonych papierosów, poziom uzależnienia od nikotyny [356]. Większość doniesień opiera się na analizie działań, które miałyby zapobiec rozpoczęciu palenia [357], a tylko ich niewielka ilość zajmuje się problemem odzwyczajania od palenia tytoniu [358,359]. Należy pamiętać, że uzależnienie jest to stan psychicznej reakcji zachodzący między organizmem a określoną substancją, charakteryzującą się zmianami zachowania, które wywierają przymus przyjmowania jakichkolwiek używek tak, aby doświadczyć skutków jego działania bądź uniknąć objawów wynikających z jego braku [360]. W większości badań obserwuje się psychiczne objawy związane z odstawieniem takie jak: depresja, napięcie nerwowe, napady gniewu czy zmęczenie [361]. Dlatego też pozbycie się nałogu jest procesem bardzo trudnym. Z badań [362] wynika, że 25% palącej młodzieży z przedziału wiekowego 17-18 lat pragnie porzucić nałóg, udaje się to zaledwie 5% grupie nastolatków. Istnieje wiele środków pomocniczych ułatwiających odejście od palenia tytoniu, choć nie zawsze skutecznych. Należą do nich: środki farmakologiczne, nikotynowa guma do żucia, plastry nikotynowe, produkty ziołowe. Niewątpliwie w procesie walki z nałogiem ważną rolę odgrywa motywacja i silna wola palącego. Osoby pozbawione motywacji i woli rzucenia palenia często wracają do nałogu, w przeciwieństwie do osób chcących wygrać z uzależnieniem. Odnotowuje się, że spośród wielu milionów zmotywowanych palaczy na całym świecie aż 90% porzuciło nałóg samodzielnie nie korzystając z pomocy innych środków bądź organizacji. Motywację w zaprzestaniu paleniu mogą stanowić względy zdrowotne bądź finansowe, wpływ bliskich osób, zakazy prawne [363]. Dużą rolę odgrywa również zmieniająca się moda, jak wiadomo obecnie papierosy nie cieszą się tak dużą popularnością jak przed kilkunastoma latami. Działania społeczne mogą wzmacniać motywację w rzuceniu palenia. Możemy do nich zaliczyć wszelkiego rodzaju: akcje oświatowe, dni bez papierosa czy konkursy z nagrodami dla osób rzucających palenie. Ogromny wpływ mają również środki masowego przekazu, poprzez które osoby charakteryzujące się dużym autorytetem społecznym mogą nawoływać do licznych działań związanych z rzuceniem nałogu palenia tytoniu [364].

Na szczególne podkreślenie po raz kolejny zasługuje fakt, że metodą wspomagającą proces rzucenia palenia są niewątpliwie ćwiczenia fizyczne, które łagodzą symptomy wynikające z odstawienia nikotyny [365]. Są one traktowane, jako pozytywny „stresor” [366] niwelując psychologiczne i socjalne objawy związane z odstawieniem tytoniu. Postrzegane są również, jako czynnik wspomagający proces

pokonywania trudności [367], zaś przez takie wykształcone cechy jak: wyższa samoocena [368], zaradność życiowa [367] czy zdolność do samodzielnego myślenia [369] zapobiegają wznowieniu nałogu.

Alkohol jest najczęstszą uzależniającą substancją psychoaktywną wśród nastolatków, często stosowaną naprzemiennie z paleniem tytoniu [370]. Jest słabym narkotykiem, dlatego też cieszy się ogromną popularnością wśród młodzieży. Młodociani stopniowo odczuwają stan upojenia alkoholowego, gdyż muszą przyjąć odpowiednią jego dawkę liczoną w gramach na kilogram masy ciała. Nastolatkowie wykazują mniejszą tolerancję na alkohol w porównaniu do dorosłych. Dlatego zbyt duże spożycie napojów spirytusowych w stosunkowo krótkim czasie może wywołać zatrucie w ich organizmie. Według Smitha sytuacja odwrotna, charakteryzująca się wysoką podatnością na alkohol może być symptomem prowadzącym do uzależnienia od tej substancji w przyszłości [371].

Liczne piśmiennictwo [372,373,374] wskazuje, że ponad 80% młodzieży swój pierwszy kontakt z alkoholem miało między 15-19 rokiem życia. Z badań własnych wynika, że 53% badanych kaliskich licealistów przyznało się do spożywania napojów alkoholowych (64% chłopców i 47% dziewcząt). Badania ESPAD (*European School Project on Alcohol and Drugs*) przeprowadzone w 1995 roku wykazały, że alkohol piło 55% chłopców i 50% dziewczynek, w roku 1999 odsetek ten wzrósł o 20%, wynosił odpowiednio 68% i 54%. W 2003 roku regularne spożywanie alkoholu deklarowało 74% siedemnastoletnich chłopców i 54% dziewcząt [375]. Według *Woynarowskiej* po 16 roku życia po raz pierwszy upiło się 45% chłopców i 53% dziewczynek [259]. Chłopcy stosunkowo częściej niż dziewczęta upijają się i doświadczają konsekwencji tego zjawiska [376]. Potwierdzają to badania amerykańskie, z których wynika, że odsetek ten wynosił w przypadku płci męskiej 56% i żeńskiej 43% [377]. Dowodzą tego również badania niemieckie przeprowadzone wśród młodzieży do 16-go roku życia [378]. Uzyskany w badaniach własnych procent osób pijących odbiega od powszechnie znanych danych, ukazujących znacznie wyższą konsumpcję alkoholu. Powodem zaistniałej sytuacji może być fakt, iż w badaniach przeprowadzonych w Kaliszu wzięło udział jedynie 32% chłopców i aż 68% dziewcząt. Należy zauważyć, że różnica pomiędzy pijącymi Kaliskimi dziewczętami i chłopcami wynosi 16 punktów procentowych. Respondenci najczęściej spożywają piwo - 89% i wódkę - 72%, zaś w dalszej kolejności wino 55%. Potwierdzają to chociażby badania przeprowadzone, przez *Gromadecką-Sutkiewicz*, z których wynika, że w okresie ankietyzacji 72% młodzieży

najczęściej spożywało piwo [379]. *Chodkiewicz i Juszczyński* dowiedli, że do najbardziej popularnych napojów alkoholowych konsumowanych przez licealistów należą piwo - 89% i 72% wino [380]. Podobne zależności w swych badaniach uzyskała *Krajewska* według niej 87% młodzieży spożywało piwo i 78% wódkę [381].

Nastolatki nie przestają często na tak wczesnej inicjacji alkoholowej, lecz kontynuują ten nawyk w przyszłości często ze wzmożoną siłą. Największy wzrost intensywności spożywania alkoholu występuje pomiędzy dorastaniem a okresem wczesnej dorosłości [382]. Amerykańskie badania potwierdzają zjawisko upijania się wśród 17-18-letnich licealistów, które jest kontynuowane na wyższych szczeblach edukacji, tj. na studiach. Młodzież po opuszczeniu domu rodzinnego częściej spożywa alkohol upijając się, ponadto zwyczaj ten wnosi w życie dorosłe [182]. Należy tutaj podkreślić, że stan „upicia się” jest definiowany, jako spożycie 5 lub więcej drinków (będących równoważnikiem 70g etanolu) dla mężczyzn i 4 lub więcej dla kobiet przy jednej okazji, zaś o upijaniu mówimy gdy zjawisko to się powtarza [383].

Młodzi chcąc wydłużyć pożądaną efekt przyjmują alkohol wraz z innymi substancjami odurzającymi takimi jak: amfetamina, marihuana, kokaina, LSD [384]. Związek ten potwierdzają badania YRBS (*Youth Risk Behavior Survey*) przeprowadzone w USA wśród młodzieży 11-19 letniej, w których wykazano, że palenie papierosów i picie alkoholu sprzyja używaniu marihuany [385]. W badaniach własnych wykazano, że 4% młodzieży zażywa narkotyki. W przypadku chłopców odsetek ten wynosi 7%, zaś dziewcząt 2%. Kaliscy licealiści najczęściej sięgają po marihuanę - 80%, amfetaminę -14%, leki - 11%, haszysz i ecstazy - 9%. Podobne zależności uzyskała *Woynarowska* [259] przeprowadzając badania wśród młodzieży licealnej z przedziału wiekowego 16-18 lat. Respondenci deklarowali, że różne substancje psychoaktywne częściej używali chłopcy aniżeli dziewczęta. Prawie połowa nastolatków w swym życiu próbowała marihuany lub haszyszu, również powodzeniem cieszyła się amfetamina - 15% i ecstazy - 9%. Przeprowadzone przeze mnie badania potwierdzają inne obserwacje, dotyczące szczególnego miejsca marihuany wśród najczęściej zażywanych narkotyków [386,387,388]. Porównując badania ESPAD [375] przeprowadzone wśród uczniów szkół licealnych w latach 1993, 1995, 2003, 2007 można zaobserwować załamanie się trendu eksperymentowania z substancjami innymi niż alkohol. W powiecie kaliskim uzyskano podobną zależność, gdyż młodzież częściej sięga po tytoń i napoje alkoholowe aniżeli po narkotyki, odnotowano w tym przypadku spadek z 5% do 4% osób je zażywających.

Substancje psychoaktywne, takie jak: nikotyna, alkohol etylowy, marihuana, amfetamina, kokaina, haszysz, ecstazy, są związkami o różnorodnej budowie chemicznej, niemniej jednak posiadają jedną wspólną cechę - prowadzą do uzależnienia. Początkowe ich zażywanie wywołuje przyjemne doznania, wprowadzając daną osobę w dobry nastrój a nawet w stan euforii. Młodzi ludzie często sięgają po substancje psychoaktywne aby poczuć się dorosłym, chcąc zaspokoić ciekawość, często wyrazić bunt w stosunku do otaczającego świata, odreagować życiowe trudności [389,390]. Wzbudzają one zatem poczucie pewności siebie, przynoszą odprężenie pozwalają zapomnieć o obowiązkach, równoważąc przykre doznania. Powodem tego jest niedojrzałość emocjonalna, jak i również jeden ze sposobów radzenia sobie z różnymi napięciami i stresami. Wszystkie te przyczyny naruszają równowagę psychiczną młodej, dorastającej osoby o jeszcze w pełni nieukształtowanej osobowości. Zadziwiającym jest fakt, że nawet po przerwie w inicjacji substancji psychoaktywnych, młodzież podejmuje ponowne próby, traktując je jako produkt atrakcyjny w pozyskiwaniu oczekiwanych efektów. Początkowy proces eksperymentowania prowadzi do utraty kontroli nad ich zażywaniem oraz własnym organizmem, przeradzając się w nieświadome uzależnienie [391], którego główną potrzebą jest zaspokojenie głodu nikotynowego, alkoholowego bądź narkotycznego. Uzależniające substancje psychoaktywne stają się sposobem radzenia sobie ze światem i samym sobą, są lekarstwem, bez którego młodzi nie potrafią funkcjonować. Zwłaszcza narkotyki zmieniają świadomość, dają poczucie bezpieczeństwa, osobie je zażywającej wydaje staje się, że jest samowystarczalna. Młodzi odcinają się od środowiska, w którym przebywają poszukując szczęścia w swoim zamkniętym świecie, stwarzając sobie inną, lepszą rzeczywistość [392]. Powyższe zachowania mogą wywołać poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne [393]. Obok następstw zdrowotnych, częste spożywanie substancji psychoaktywnych stanowi dużą przeszkodę w procesie nauczania, zaburzając procesy myślowe - utrudniając tym samym zapamiętywanie.

Negatywne skutki nadużywania substancji psychoaktywnych zauważalne są we wszystkich społeczeństwach. Palenie tytoniu cechuje się dużą nadpobudliwością nerwową bądź brakiem koncentracji. Upijanie wiąże się z poważnymi konsekwencjami społecznymi, do których należą: niebezpieczna jazda samochodem, wzmożona przemoc wśród młodocianych, niechciane lub przypadkowe kontakty seksualne [391]. Używanie narkotyków niesie ze sobą możliwość zarażenia się chorobami infekcyjnymi jak:

wirusowe zapalenie wątroby typu B i C oraz HIV poprzez korzystanie z tego samego sprzętu do iniekcji narkotykowych wśród większej liczby osób [394].

Pomimo wiedzy kaliskich licealistów na temat ujemnych skutków zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu - 96%, pić alkoholu - 91% oraz zażywaniem narkotyków - 97% badani respondenci chętnie eksperymentują w tym zakresie. *Grochowska, Zawadzka* [395], *Krauss* [352], *Woynarowska* [396] przyznają zgodnie, że młodzież jest przekonana o szkodliwych następstwach palenia tytoniu, jednak kontynuuje ten nałóg. Z badań własnych wynika, że uczniowie tłumaczą stosowanie używek: dobrą zabawą - 35%, bo to lubią - 24%, bo inni to robią - 11%, dla zabicia czasu - 9%, lepiej radzą sobie w życiu - 9%, są uzależnieni - 5%, próbują dorównać kolegom - 4%, smakuje im to - 3%. Zgodne są w tym przypadku badania *Huk-Wieliczuk* i wsp. [397], z których wynika, że alkohol stanowi formę dobrej zabawy - 48% w czasie wolnym. Poznańscy licealiści w badaniach *Gromadeckiej-Sutkiewicz* [398] deklaruowali, że piją dla towarzystwa, dobrej zabawy, chęci relaksu i odprężenia aż 20% stwierdziło, że lubi alkohol. Według *Maciorkowskiej* i wsp. [399] uczniowie sięgają po alkohol, bo inni to robią, tak uważa 31% uczniów z II klas liceów i 17% z III klas. *Gromadecka-Sutkiewicz* i wsp. [398] potwierdziła, że młodzież licealna pije alkohol najczęściej w towarzystwie innych, bo ma na to ochotę bądź dla poprawy nastroju. Podobnie nastolatki warunkują przyjmowanie narkotyków, jako: chęć lepszej zabawy, poprawy samopoczucia, identyfikacji z grupą rówieśniczą, presji ze strony przyjaciół [400].

Środowisko rodzinne, oraz rówieśnicze ma istotny wpływ na doświadczenia związane z paleniem tytoniu, pić alkoholu oraz z zażywaniem narkotyków. Psychiczna potrzeba dążąca do rozpoczęcia inicjacji w zażywaniu substancji psychoaktywnych wzrasta wśród nastolatków przynależących do grupy rówieśników, w której czynności te są zwyczajem. Sprzyja to silniejszej przynależności i identyfikacji z daną grupą wiekową. Nastolatki poprzez takie zachowania chcą zwrócić na siebie uwagę, przez co czują się ważni i potrzebni. Aprobata środowiska rówieśniczego wzmaga w nich chęć do owego działania szczególnie, gdy swym zachowaniem mogą sprzeciwić się rodzicom. Badania przeprowadzone w powiecie kaliskim wykazują, że według rodziców pali papierosy, pije alkohol, zażywa narkotyki odpowiednio 2%, 17% oraz 1% młodzieży. Jest to niewątpliwie drażliwy temat wśród dorosłych, co wskazuje na wysoki stopień braku świadomości o rzeczywistej skali zjawiska bądź co gorsze umyślnego niezauważenia zagrożenia.

Istotnym problemem jest podejmowanie przez młodzież prób zażywania napojów alkoholowych w obecności rodziców, chociażby poprzez wznoszenie toastów, czy też opijanie ważnych wydarzeń rodzinnych. Nastolatki w ten sposób uzyskują przyzwolenie na spożywanie alkoholu od swych opiekunów, jednocześnie obserwują rodziców i przyswajają powszechnie akceptowane wzorce picia. Na kształtowanie się postaw zdrowotnych młodzieży ma również wpływ palenia przez rodziców w obecności ich dzieci. Współzależność między palącymi członkami rodziny utrudnia podjęcie decyzji o zerwaniu z nałogiem. Co czwarty rodzic z powiatu kaliskiego przyznaje, że pali papierosy zaś 9% deklaruje, że ktoś z rodziny nadużywa alkoholu. Piśmiennictwo [401] potwierdza, że jeśli któryś z rodziców bądź oboje mają problemy alkoholowe, istnieje większe ryzyko wystąpienia w rodzinie kłopotów finansowych, bezrobocia, częściej dochodzi do aktów agresji i przemocy. Ma to wpływ na rozwój psychoemocjonalny dziecka, co więcej problemy alkoholowe u tych dzieci mogą pojawić się częściej niż wśród rówieśników wychowywanych w rodzinach pozbawionych tego nałogu. Z szacunków wynika, że w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej około 10% kobiet i 25% mężczyzn spokrewnionych z osobą uzależnioną od alkoholu popadnie w alkoholizm [193]. Prawidłowe relacje z rodzicami, system wartości wpajany dziecku od najmłodszych lat dzieciństwa, wpływa na dobór przyjaciół, decyzje i zachowania młodych ludzi. Nie mniej jednak picie alkoholu czy też zażywanie innych substancji psychoaktywnych zauważa się prawie w każdej subkulturze, gdyż jak twierdzą to pozwala im się komunikować i zacieśniać więzi towarzyskie [401].

Zachowania ryzykowne młodzieży licealnej związane z zażywaniem uzależniających substancji psychoaktywnych wymagają skonstruowania bardziej skutecznych programów, zajęć i form oddziaływania sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym. Hasło „lepiej zapobiegać niż leczyć” jest słuszne w kwestii naszego zdrowia, jak i również w przypadku wychowywania i kształtowania młodego pokolenia. W przypadku palenia promotorzy zdrowia, rodzice i nauczyciele powinni uświadamiać, że jest ono przyczyną gorszych wyników w nauce i sporcie, zahamowania wzrostu, zażółcenia zębów i paznokci czy szarzenia cery. Trafność tych argumentów winna być kierowana szczególnie do dziewcząt, bo to one wykazują większą trudność w walce z rzuceniem palenia [402,403,404,405], częściej powracając do nałogu [406]. Zależność ta jest związana z obawą przed przybraniem na wadze czy z przekonaniem, że palenie redukuje stres. Tym samym należy przeciwdziałać przejmowaniu przez młodzież

powszechnie funkcjonujących wśród dorosłych palaczy stereotypów o rzekomych „korzyściach” wynikających z palenia tytoniu. Podstawową zasadą jest własny, pedagogiczny przykład.

W Polsce występuje zjawisko powszechnego przyzwolenia i tolerancji na spożywanie alkoholu. Alkoholizowanie się dorosłych nie jest jedynym problemem naszego społeczeństwa, gdyż zjawisko to znalazło swych następców pośród młodocianych. Napoje alkoholowe stały się najbardziej popularną substancją psychoaktywną używaną przez młodzież. Powszechna dostępność, kampanie promujące spożywanie alkoholu a zwłaszcza piwa, nieskuteczne egzekwowanie przepisów prawnych dotyczących sprzedaży alkoholu nieletnim, stają się często celowym działaniem osób pracujących w przemyśle monopolowym. Potwierdzają to analizy rynkowe ukazujące, że zwiększenie konsumpcji piwa przez 15-19-latków jest podstawowym źródłem przyrostu dochodów w tym sektorze [407]. Konsekwencją powyższego jest brak odpowiedniej polityki państwa w tym zakresie, co prowadzi do obciążenia systemu opieki zdrowotnej, wynikającej ze szkód związanych z konsumpcją napojów alkoholowych. Należałoby, zatem doprowadzić do reorientacji polityki wobec alkoholu zmniejszając jego dostępność fizyczną jak i ekonomiczną. Doskonałym przykładem są Stany Zjednoczone, gdzie wiek legalnego spożywania alkoholu podwyższono do 21 lat [408]. Ważne jest aby każdy młodociany zdawał sobie sprawę, że alkohol może zniszczyć nie tylko zdrowie ale i jego życie oraz najbliższych, nie dając szans na prawidłowe funkcjonowanie.

Konieczne jest również wypracowanie zintegrowanej międzynarodowej polityki przeciwnarkotykowej, w której obecne są zagadnienia związane z ograniczeniem podaży jak i popytu na substancje odurzające. Walka z narkotykami winna polegać na całkowitym ich wyeliminowaniu z życia społecznego, co pozwoliłoby na ograniczenie negatywnych konsekwencji zdrowotnych związanych z ich zażywaniem. Istotne jest zatem prowadzenie skutecznych działań profilaktycznych przez odpowiednio wyspecjalizowane kadry oraz stworzenie młodym ludziom odpowiednich wzorców życia.

Przedstawione powiązania pomiędzy paleniem tytoniu, spożywaniem alkoholu i zażywaniem środków psychoaktywnych sugerują, że należy skierować uwagę na wszystkie te substancje razem.

VII. WNIOSKI

1. Wśród młodzieży licealnej, jak i jej rodziców, występowało wiele zachowań antyzdrowotnych. Dotyczyły one zarówno niewłaściwego sposobu odżywiania, niskiej aktywności fizycznej oraz spożywania uzależniających substancji psychoaktywnych.
2. Ankietowani licealiści, mimo że wykazali się wysoką wiedzą dotyczącą prawidłowego odżywiania się, z reguły nie stosowali się do zasad racjonalnego żywienia. Podobnie - pomimo wiedzy kaliskich licealistów na temat ujemnych skutków zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu, piciem alkoholu oraz zażywaniem narkotyków - badani chętnie eksperymentowali w tym zakresie.
3. Duże znaczenie dla kształtowania prawidłowych postaw zdrowotnych nastolatków mają wzorce rodzinne. Przeciwdziałanie zachowaniom antyzdrowotnym przez młodzież jest utrudnione przez częstą obecność tego typu zachowań wśród rodziców – istnieje silny wpływ wzorców rodzinnych w zakresie palenia papierosów. Rodzice z niższym poziomem wykształcenia wykazali mniejszą świadomość w kształtowaniu prawidłowych postaw zdrowotnych wśród swych dzieci.
4. Młodzież z terenów wiejskich była aktywniejsza ruchowo w porównaniu do swych rówieśników zamieszkujących aglomeracje miejskie, czego wynikiem są codzienne obowiązki związane z pracą w gospodarstwie rolnym. Tym samym była bardziej zadowolona ze swego wyglądu zewnętrznego, przez co rzadziej podejmowała próby odchudzania.
5. Odpowiedzi dzieci i ich rodziców są zgodne w przypadku częstości spożywania posiłków. Ankietowani rodzice w większości potwierdzali niechęć swoich dzieci do uczestnictwa w różnorodnych, pozaszkolnych formach aktywności ruchowej, choć sami nie kształtowali odpowiednich wzorców racjonalnego wykorzystania czasu wolnego.

6. Uczniowie, którzy brali udział w realizacji programu „Trzymaj Formę”, wykazywali większą świadomość zdrowotną i zachowania zdrowotne.
7. Systematyczne monitorowanie i analiza zmian zachowań zdrowotnych młodzieży stanowić powinna podstawę do planowania programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
8. Programy edukacyjne dotyczące różnych aspektów zdrowia należy wdrażać w sposób zorganizowany i komplementarny - kierowany nie tylko do szkół, ale całych rodzin i społeczności lokalnych.
9. Wiedza, przekonania, umiejętności i postawy wobec zdrowia uzyskane w fazie dorastania młodzieży decydują o stylu życia w dalszym, dorosłym życiu.

VIII. STRESZCZENIE

Paulina Wojtyła-Buciora

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży licealnej i ich rodziców w celu poznania możliwości optymalizacji programów edukacyjnych i działań z zakresu promocji zdrowia

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY. Celem pracy było poznanie zachowań zdrowotnych młodzieży licealnej i jej rodziców, czego zamierzeniem jest wdrożenie optymalnych programów edukacyjnych i działań z zakresu promocji zdrowia. Chcąc zrealizować powyższe założono zbadanie poszczególnych zależności pomiędzy zwyczajami zdrowotnymi a wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania licealistów oraz poziomem wykształcenia i statusem zatrudnienia ich rodziców. Zamysłem badań było również poznanie korelacji pomiędzy wiedzą uczniów o zdrowiu i jego uwarunkowaniach a ich postawami zdrowotnymi.

MATERIAŁ I METODA. Ankietyzację przeprowadzono w maju i czerwcu 2009 roku w losowo wybranej, reprezentatywnej grupie 1100 uczniów i uczennic szkół liceów publicznych z przedziału wiekowego 16-19 lat oraz w tej samej liczbie rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany przez Główny Inspektorat Sanitarny. Pytania w nim zawarte dotyczyły zachowań zdrowotnych związanych z: aktywnością fizyczną, zwyczajami żywieniowymi, paleniem papierosów, spożywaniem napojów alkoholowych oraz używaniem innych substancji psychoaktywnych. Zebrano następujące liczby ankiet: 1018 spośród licealistów oraz 670 spośród ich rodziców, zwrotność ankiet wynosiła odpowiednio 92% oraz 61%. Spośród zebranych do dalszych badań zakwalifikowano poprawnie wypełnione ankiety: 999 od licealistów oraz 667 od ich rodziców, łącznie 1666. Wśród nich z powiatu miasta Kalisz było 799 ankiet od licealistów i 620 od ich rodziców oraz z powiatu ziemskiego Kalisz 200 ankiet od licealistów i 47 od ich rodziców. Wśród ogółu licealistów było 679 dziewcząt i 320 chłopców zaś wśród ich rodziców 560 kobiet i 107 mężczyzn. Dane z ankiet w wersji papierowej zostały wprowadzone do centralnej bazy danych na podstawie, których zostały przeprowadzone analizy statystyczne (program: STATISTICA).

WYNIKI. Zarówno wśród młodzieży licealnej jak i jej rodziców występowało wiele zachowań antyzdrowotnych. Wśród tych zachowań antyzdrowotnych związanych z odżywianiem wymienić należy: niespożywanie pierwszego śniadania przed wyjściem do szkoły oraz drugiego w szkole, nieregularność spożywania posiłków, nieprawidłową częstość konsumpcji niektórych grup produktów spożywczych. Młodzież często pojadała między posiłkami, uzupełniając w ten sposób niezbędną energię do codziennego funkcjonowania. W ciągu dnia dojadło 78% uczniów, zwykle spożywane były wtedy owoce - 80%, słodczyce - 71%, jogurty - 60% oraz ciastka - 51%. Do ulubionych produktów wybieranych przez młodzież należały również wysokoenergetyczne potrawy typu fast-food. Nie tylko licealiści, ale i ich rodzice byli nieświadomi błędów żywieniowych. Kolejnym niepokojącym zjawiskiem był fakt, że 42% licealistów pomimo prawidłowej masy ciała i wiedzy dotyczącej zwyczajów żywieniowych twierdziło, że kiedyś się odchudzało, zaś 46% chciałoby schudnąć. Przy czym należy zaznaczyć, że spośród osób, które kiedykolwiek się odchudzały w 80% przypadków ich masa ciała była w normie. Do grupy tej należały głównie dziewczęta (60%). Rozprzestrzenia się zjawisko sedentaryzmu, o czym świadczy fakt, że 70% nastolatków spędzało codziennie lub prawie codziennie czas przed ekranem komputera, zaś 48% oglądało programy telewizyjne. W lekcjach wychowania fizycznego uczestniczyło 89% nastolatków, ale jedynie 46% chciałoby zwiększyć ilość tych zajęć. Chęć taką wyrażali częściej chłopcy (59%) niż dziewczęta (36%) oraz 54% ich ojców i 40% ich matek. Aktywność fizyczna miała bezpośredni wpływ na inne ryzykowne zachowania zdrowotne, chociażby na palenie tytoniu. Papierosy paliło ogółem 14% uczniów, wśród chłopców odsetek ten wynosił 22% a wśród dziewcząt 10%. Naprzemiennie z paleniem tytoniu licealiści spożywali alkohol etylowy. Do jego spożywania przyznało się ogółem 53% licealistów, wśród chłopców odsetek ten wynosił 64% a wśród dziewcząt 47%. Licealiści, chcąc wydłużyć pożądaną przez nich efekt, konsumowali napoje alkoholowe łącznie z innymi substancjami odurzającymi, takimi jak: marihuana - 80%, amfetamina -14%, leki - 11%, haszysz i ecstazy - 9%. Do takiego łączenia używania różnych substancji psychoaktywnych przyznało się ogółem 4% licealistów, odsetek ten wśród chłopców wynosił 7%, zaś wśród dziewcząt 2%.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI. Pomimo wiedzy kaliskich licealistów na temat ujemnych skutków zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu, pić alkoholu oraz zażywaniem narkotyków badani chętnie eksperymentowali w tym zakresie. Należy,

zatem systematycznie monitorować zmiany zachowań zdrowotnych młodzieży, które winny stanowić podstawę do planowania programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Programy edukacyjne należy zaś wdrażać w sposób zorganizowany i komplementarny, kierowany nie tylko do szkół, ale całych rodzin i społeczności lokalnych - mając na uwadze, że wiedza, przekonania, umiejętności i postawy wobec zdrowia uzyskane w fazie dorastania młodzieży decydują o stylu życia w dalszym, dorosłym życiu.

VIII. SUMMARY

Paulina Wojtyła-Buciora

Studies of health behaviors of secondary school adolescents and their parents in order to recognize the possibilities to optimize educational programmes and actions on behalf of health promotion

STUDY ASSUMPTIONS AND OBJECTIVES. The objective of the study was the recognition of health behaviours of secondary school adolescents and their parents, aimed at the implementation of optimum educational programmes and actions in the area of health promotion. In order to achieve the above-mentioned goals, individual relationships were investigated between health habits and age, gender, place of residence of secondary school adolescents, and the level of education and employment status of their parents. The intension of the study was also recognition of the correlation between adolescents' knowledge concerning health and its conditionings, and their health attitudes.

MATERIAL AND METHOD. The survey was conducted during the period May-June 2009 among a randomly selected representative group of 1,100 boys and girls attending public secondary schools, aged 16-19, and among the same number of parents from the urban and rural districts of Kalisz. The research instrument was a questionnaire form designed by the Chief Sanitary Inspectorate, containing questions concerning health behaviours associated with: physical activity, nutritional habits, cigarette smoking, consumption of alcoholic beverages, and use of psychoactive substances. The following

numbers of questionnaire forms were collected: 1,018 among secondary school adolescents, and 670 among their parents; the response rate was 92% and 61%, respectively. From among the questionnaires completed, a total number of 1,666 forms were qualified for further studies: 999 from secondary school adolescents and 667 from their parents. From the urban district of Kalisz there were 799 questionnaires from adolescents and 620 from their parents, and from the rural district of Kalisz, 200 from adolescents and 47 from their parents. Among the total number of secondary school adolescents there were 679 girls and 320 boys, while among their parents - 560 females and 107 males. Data from the printed version of the survey were introduced into the central database and subjected to statistical analyses (STATISTICA software).

RESULTS. Both secondary school adolescents and their parents showed many anti-health behaviours. Among anti-health behaviours associated with nutrition the following should be mentioned: non-consumption of first breakfast before going to school and second breakfast at school, irregularity of consumption of meals, inadequate frequency of consumption of selected groups of food products. Adolescents frequently snacked between meals, supplementing in this way the indispensable energy for every day functioning. During the day, 78% of schoolchildren snacked, they usually consumed fruits - 80%, sweets - 71%, yogurts - 60%, and cakes - 51%. High-energy, fast-food types of products were also among the preferred products chosen by the adolescents. Not only schoolchildren, but also their parents were unaware of nutritional errors. The subsequent alarming phenomenon was the fact that 42% of adolescents, despite normal body mass and knowledge concerning nutritional habits, reported that they had dieted at some time, whereas 46% wanted to loose weight. However, it should be mentioned that 80% of respondents who had ever dieted had a normal body weight. Mainly girls belonged to this group (60%). The phenomenon of sedentarism is spreading, which is evidenced by the fact that every day or nearly every day 70% of teenagers spend time in front of a computer screen, while 48% watched television programmes. As many as 89% of adolescents participated in PE classes, but only 46% wanted to increase the number of these classes. Such a desire was more often expressed by boys (59%) than girls (36%), and 54% of their fathers, and 40% of the mothers. Physical activity exerted a direct effect on other risky health behaviours, e.g. tobacco smoking. The total percentage of schoolchildren who smoked cigarettes was 14%, 22% among boys and 10% among girls. Intermittently with cigarette smoking, secondary school adolescents consumed ethyl alcohol. As many as 53% of secondary school

adolescents admitted that they consumed alcohol; among boys this percentage was 64%, and among girls - 47%. In order to prolong the desired effect, the adolescents consumed alcoholic beverages in combination with other psychotropic substances, such as: marihuana - 80%, amphetamine -14%, pharmaceuticals - 11%, hashish and ecstasy - 9%. In general, 4% of secondary school adolescents admitted that they combined many various psychoactive substances in this way, this percentage being 7% among boys and 2% among girls.

SUMMARY AND CONCLUSIONS. Despite knowledge possessed by secondary school adolescents from Kalisz concerning the negative health effects of tobacco smoking, alcohol consumption and taking drugs, the respondents willingly experimented in this area. Therefore, it is necessary to systematically monitor changes in health behaviours of adolescents, which should constitute a basis for the planning of health education and health promotion programmes. Educational programmes should be implemented in an organized and complementary way, directed not only at schools, but entire families and local communities – in consideration of the fact that knowledge, convictions, skills and attitudes towards health obtained during the developmental phase of adolescence decide about life style in further, adult life.

IX. PIŚMIENICTWO

1. Woynarowska B (red.): Zdrowie i szkoła. PZWL, Warszawa 2000, 126-264.
2. Leowski J. Funkcje zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne* 2001, 111:382-6.
3. Włodarczyk C, Poździej S. Pojęcie i zakres zdrowia publicznego. *Zdrowie publiczne*. Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków 2000, Tom I.
4. Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. *Wyd. Lekarskie PZWL*, Warszawa 2009, 53-134.
- 5.***<http://www.mz.gov.pl/> - data wejścia: 24.03.2011. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 2007.
- 6.***<http://www.stat.gov.pl/gus> - data wejścia: 24.03.2011. Główny Urząd Statystyczny - Portal Statystyki Publicznej.
7. Mazurkiewicz E. Pedagogika zdrowia a środowisko. [W] Żukowska Z (red.): *Ku tożsamości pedagogiki kultury fizycznej*. AWF, Warszawa 1993, 126-32.
8. Titkow A. Zachowania, postawy wobec zdrowia i choroby. PWN, Warszawa 1983, 74-175.
- 9.***<http://www.egospodarka.pl/> - data wejścia: 23.03.2011.
10. Dolińska-Zygmunt G. Behawioralne wyznaczniki zdrowia - zachowania zdrowotne. [W] Dolińska-Zygmunt G (red.): *Elementy psychologii zdrowia*. Wyd. UW, Wrocław 1996, 32-68.
11. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada. Ottawa 1975.
12. Sęk H. Zdrowie behawioralne. [W] Strelau J (red.): *Psychologia*, t. 3. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2000, 533-53.
13. Łukowska Z. Potrzeby i styl życia człowieka wobec zagrożeń cywilizacyjnych jego zdrowia. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 1995, 2:108.
14. Karski JB. Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku. [W] Karski JB (red.): *Promocja zdrowia*. Wyd. IGNIS, Warszawa 1999, 35-147.
15. Story M, Neumark-Sztainer D. School-based nutrition education programs and services for adolescents. *Adolesc Med State Art Reviews*. 1996, 7:287-302.
- 16.***http://www.who.int/school_youth_health/resources/information_series/FINAL%20Final.pdf – data wejścia 23.03.2011. WHO. WHO Information Series on School Health - Promoting Physical Activity in Schools: An Important Element of a Health-Promoting School. Geneva, Switzerland, in press.
17. Garrow JS, James WPT, Ralph A. *Human Nutrition and Dietetics*. Churchill Livingstone, London 2000.
18. Guo SS, Huang C, Maynard LM, et al. Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: The Fels Longitudinal Study. *Int J Obesity & Rel Met Dis* 2000, 24:1628-35.

19. Whitaker RC, Wright JA, Pele MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997, 337:869-73.
- 20.***<http://profiles.nlm.nih.gov/NN/Views/Exhibit/documents/public.html> – data wejścia 23.03.2011. The Surgeon General's Report on Nutrition and Health Washington DC: US Public Health Service, Office of the Surgeon General 1988.
21. Brosnahan J, Steffen LM, Little L, Patterson J, Boostrom A. The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic white adolescents. *Arch Peds & Adol Med* 2004, 158(8):818-23.
22. Willett WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med* 1999, 341:427-34.
23. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med* 2004, 350:2362-74.
24. Morrison JA, Friedman LA, Harlan WR, et al. Development of the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med* 2004, 350:2362-74.
25. Morimoto LM, White E, Chen Z, et al. Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: The Women's Health Initiative. *Canc Causes Contr* 2002, 13:741-51.
26. Cerhan JR, Torner JC, Lynch CF, et al. Association of smoking, body mass, and physical activity with risk of prostate cancer in the Iowa 65 + Rural Health Study. *Canc Causes Contr* 1997, 8:229-38.
27. McGill HC Jr, Arias-Stellen J, Carbonnell LM, et al. Physical fitness: its contribution to serum high - density lipoprotein. *Atherosclerosis* 1983, 48:173.
28. Szponar L, Sekuła W, Rychlik E, Ołtarzewski M, Figurska K. [W] *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywiania w gospodarstwach domowych. Prace IŻŻ* 2003, 101:230-443.
29. Szponar L, Respondek W. *Choroby pierwotne na tle niedoborów żywieniowych. Żywnie człowieka zdrowego i chorego. Wyd. Naukowe PWN. Warszawa* 2000, 95-110.
30. Jarosz M. *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia. Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłąm Chorobą Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH (2007-2011). IŻŻ, Warszawa* 2008, 45-374.
31. Utter J, Scragg R, Mhurchu CN, Schaff D. At-home breakfast consumption among New Zealand children: association with body mass index and related nutrition behaviors. *J of American Dietetic Association* 2007, 107:4:570-76.
32. Stunkard AJ, Album J. The accuracy of self-reported weight. *Am Jour of Clinic Nutr* 1981.
33. Abraham SF. Dieting, body weight, body image and self esteem in young women: doctors' dilemmas. *Med Jour Aust* 2003, 178(12):607-11.
34. Kołło H, Woynarowska B. Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania. *Przegląd Pediatryczny* 2004, 196-201.

35. Benedetto MC, Tordera C, Botella Arbona C. Body image and restrictive eating behaviour in adolescents. *Anales de Pediatría* 2003, 58(3):268-72.
36. Schneider N, Frieler K, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Saalbach-Andrae H. Comparison of body size estimation with different types of eating disorders. *Eur Eating Dis Rev* 2009, 17:468-75.
37. Winiarska-Mieczan A, Poterucha E. Zagrożenie anoreksją i bulimią wśród studentek lubelskich uczelni. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 9(1):158-63.
38. Namysłowska I. Zaburzenia odżywiania-jadłowstręt psychiczny i bulimia. *Przewodnik Lekarski* 2000, 6:88-91.
39. Pearlstein T. Eating disorders and comorbidity. *Arch Wom Ment Health* 2002, 4: 67-8.
40. Łucka I, Cebella A. Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej. *Terapia* 2007, 6(2): 43-6.
- 41.***http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/index.htm l – data wejścia 23.03.2011. Report of a WHO Consultation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. Genewa WHO, 2000.
42. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey *BMJ*. 2000 May 6, 320(7244):1240 PMID: PMC27365. 2000, *BMJ*.
43. Rolland-Cachera MF, Sempé M, Guilloud-Bataille M, Patois E, et al. Adiposity indices in children. *A J Clin Nutr* 1982, 36:178-84.
44. Cole TJ, Freeman JV, Preece MA. Body mass index reference curves for the UK, 1990. *Arch Dis Child* 1995, 73:25-29.
45. Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *Arch Peds & Adol Med* 1998, 132:191-93.
46. Bellizzi MC, Dietz WH. Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. *A J Clin Nutr* 1999, 70:173-15S.
- 47.***<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, accessed 28 July 2006 - data wejścia 23.03.2011. Diet and physical activity: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 2006.
- 48.***<http://tinyurl.com/332mf>, accessed 28 July 2006 - data wejścia 23.03.2011. At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer. London, Department of Health, 2004.
49. Fletcher GF, Ballady G, Blair SN, et al. Statement on exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans: a statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, AHA. *Circulation* 1996, 94:857-62.
- 50.***<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/execsumm.pdf> - data wejścia 23.03.2011. US Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: National Center for Chronic Disease

Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services, 1996.

51. Behm DG, Sale DG. American College of Sports Medicine. Position stand: The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci in Sp* 1998, 30:975-91.
52. Guidelines for exercise testing and prescription, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, ACSM's 2000: 22 - 32.
53. Myers J, Kaykha A, George S, et al. Fitness versus physical activity patterns in predicting mortality in men. *Am J of Med* 2004, 117:912-18.
54. Glen E, Duncan, PhD, RCEPSM, et al. Prescribing Exercise at Varied Levels of Intensity and Frequency. A Randomized Trial. *Arch Intern Med* 2005, 165:2362-69.
55. DeBusk RF, Stenestrand U, Sheehan M, Haskell WL. Training effects of long versus short bouts of exercise in healthy subjects. *American Journal Cardiology*. 1990, 65:1010-13.
56. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, et al. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med* 1986, 314:605-13.
57. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med* 1993, 328:538-45.
58. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5516.pdf WHO - data wejścia 23.03.2011. Diet, Physical Activity and Health: Report by the Secretariat. Fifty-fifth World Health Assembly, Provisional agenda item 13.11; 2002.
59. Harrel JS, McMurray RG, Gansky SA, Bangdiwala SI, Bradley CB. A public health vs a risk-based intervention to improve cardiovascular health in elementary school children: the Cardiovascular Health in Children Study. *Am Jour of Pub Health*, 1999, vol.89, 1529-35.
60. Leitzmann MF, Park Y, Blair A, et al. Physical Activity Recommendations and Decreased Risk of Mortality. *Arch Intern Med*, December 10, 2007, 167(22):2453-60.
61. Rokhill B, Willet WC, Manson JE, et al. Physical activity and mortality: a prospective study among women. *Am Jour of Pub Health*, 2001, 91, 4, 578-83.
62. Hayman LL, Williams CL, Daniels SR, et al. Cardiovascular Health Promotion in the schools: A statement for health and education professionals and child health advocates from the committee on atherosclerosis, hypertension, and obesity in Youth (AHOY) of the council on cardiovascular disease in the young. *AHA. Circulation*, October 12, 2004, 110(15):2266-75.
63. Ivy JL. Role of exercise training in the prevention and treatment of insulin resistance and non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Sports Med*. 1997, 24:32-36.
64. Boule NG, Haddad E, Kenny GP, et al. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA* 2001, 286:1218-27.

65. Wallberg-Henriksson H, Rincon J, Zierath JR. Exercise in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Sports Medicine* 1998, 25:25-35.
66. Young JC. Exercise prescription for individuals with metabolic disorders. Practical considerations. *Sports Medicine* 1995, 19:43-54.
67. Hambrecht R, Wolf A, Gielen S, et al. Effect of exercise on coronary endothelial function in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 2000, 342:454-60.
68. Physical activity and cardiovascular health. NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. *JAMA* 1996, 276:241-46.
69. Blair SN, Goodyear NN, Gibbons L, et al. Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. *JAMA* 1984, 252:487-90.
70. American College of Sports Medicine. Position stand: Physical activity, physical fitness, and hypertension. *Med Science in Sport* 1993, 25:i-x.
71. Adamopoulos S, Parissis J, Kroupis C, et al. Physical training reduces peripheral markers of inflammation in patients with chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001, 22:791-7.
72. Bayne-Smith Marcia, DSW, Fardy Paul S, et al. Improvements in Health Behaviors and Reduction in Coronary Artery Disease Risk Factors in Urban Teenaged Girls Through a School-Based Intervention: The PATH Program. *Am Jour of Pub Health*, 2004, vol.94, No 9, 1538-43.
73. Crasenta JL, Hyg RT, Burke GL, et al. Prevention of atherosclerosis in childhood. *Ped Clin N A*. 1986, 33:835-58.
74. McGill HC Jr, Arias-Stellen J, Carbonnell LM, et al. Physical fitness: its contribution to serum high-density lipoprotein. *Atherosclerosis* 1983, 48:173.
75. Byrne KP. *Understanding and Managing Cholesterol: A Guide for Wellness Professionals*. Champaign, III: Human Kinetics Books, 1991.
76. Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ, et al. Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet*. 1991, 338(8770):774-78.
77. Schulz AJ, Zenk Shannon, Odom-Young A, et al. Healthy eating and exercising to reduce diabetes: Exploring the potential of social determinants of health frameworks within the context of community-based participatory diabetes prevention. *Am Jour of Pub Health*, April 2005, 95(4):645-51.
78. Williamson DF, Vinicor F, Bowman BA. Primary prevention of type 2 diabetes mellitus by lifestyle intervention: implications for health policy. *Annals of Internal Medicine* 2004, 140:951-57.
79. Jeon CY, Lokken RP, HuFB, van Dam RM. Physical activity of moderate intensity and risk of Type 2 Diabetes. A systematic review. *Diabetes Care*. 2007, 30:3:744 52.
80. Lynch J, Helmrich SP, Lakka TA, et al. Moderately intense physical activities and high levels of cardiorespiratory fitness reduce the risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in middle-aged men. *Arch Intern Med* 1996, 156:1307-14.
81. Warburton DE, Gledhill N, Quinney A. The effects of changes in musculoskeletal fitness on health. *Can J Appl Physiol* 2001, 26:161-216.

82. Maiorana A, O'Driscoll G, Taylor R, et al. Exercise and the nitric oxide vasodilator system. *Sports Medicine* 2003, 33:1013-35.
83. Berg A, Halle M, Franz I, et al. Physical activity and lipoprotein metabolism: epidemiological evidence and clinical trials. *Eur J Clin Invest* 1997, 27:259-64.
84. Halle M, Berg A, von Stein T, et al. Lipoprotein(a) in endurance athletes, power athletes, and sedentary controls. *Med Science in Sport* 1996, 28:962-66.
85. Brenes G, Dearwater S, Shapera R, et al. High density lipoprotein cholesterol concentrations in physically active and sedentary spinal cord injured patients. *Arch of Phys Med Rehab* 1986, 67:445-50.
86. DuRant RH, Baranowski T, Rhodes T, et al. Association among serum lipid and lipoprotein concentrations and physical activity, physical fitness, and body composition in young children. *J Pediatr* 1993, 123:185-92.
87. Strong WB, Malina RM, Blimke CJR, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr* 2005, 146:732-37.
88. Taimela S, Viikari JS, Porkka KV, et al. Lipoprotein (a) levels in children and young adults: the influence of physical activity. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Acta Paediatrica* 1994, 83:1258-63.
89. Tell GS, Vellar OF. Physical fitness, physical activity, and cardiovascular disease risk factors in adolescents: the Oslo Youth Study. *Preventive Medicine* 1988, 17:12-24.
90. Thune I, Furberg AS. Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. Discussion S609-10. *Med Science in Sport and Exercise* 2001, 33:S530-50.
91. Rockhill B, Willett WC, Hunter DJ, et al. A prospective study of recreational physical activity and breast cancer risk. *Arch of Intern Med* 1999, 159:2290-96.
92. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, et al. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 2005, 293:2479-86.
93. Shephard RJ, Fitcher R. Physical activity and cancer: How may protection be maximized? *Crit Revs Oncolog* 1997, 8:219-72.
94. Hu FB, Willett WC, Li T, et al. Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. *N Engl J Med* 2004, 351:2694-03.
95. Westerlind KC. Physical activity and cancer prevention - mechanisms. *Med Science in Sport and Exercise* 2003, 35:1834-40.
96. Frish RE, Wysback G, Albright NL, et al. Lower prevalence of breast cancer and cancer of reproductive system among former college athletes compared to non-athletes. *Br J Canc* 1985, 52:885-91.
97. Albanek D, Blair A, Taylor PR. Physical activity and risk of cancer in the NHANES I population. *Am J of Public Health* 1989, 79:744-49.
98. Mussolino ME, Looker AC, Orwoll ES. Jogging and bone mineral density in men: results from NHANES III. *Am J of Public Health* 2001, 91, 970, 1956-59.
99. Manske SL, Lorincz CR, Zernicke RF. Bone Health: Part 2, Physical Activity. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach*, July 1, 2009 1(4):341-46.

100. Berard A, Bravo G, Gauthier P. Meta-analysis of the effectiveness of physical activity for the prevention of bone loss in postmenopausal women. *Osteoporosis International* 1997, 7:331-37.
101. Wolff I, van Cronenberg JJ, Kemper HC, et al. The effect of exercise training programs on bone mass: a meta-analysis of published controlled trials in pre-and postmenopausal women. *Osteoporosis International* 1999, 9:1-12.
102. Tinetti ME, Baker DI, McAvoy G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N England J Med* 1994, 331:821-27.
103. Warburton DER, Nicol CW, Bredni SSD. Health benefits of physical activity: the evidence *CMAJ*. 2006 March 14, 174(6): 801–809. doi: 10.1503/cmaj.051351.
104. Gregg EW, Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* 2000, 48:883-93.
105. Schildt C. Zur Entwicklung ausgewählter Muskel Gruppen von Kindern im Vorschulalter. Dissertation, Berlin 1997.
106. Mandroukas K, Krotkiewski M, Hedberg M, et al. Physical training in obese women. Effects of muscle morphology, biochemistry and function. *Eur J Appl Physiol Occup* 1984, 52:355-61.
107. Adamopoulos S, Piepoli M, McCance A, et al. Comparison of different methods for assessing sympathovagal balance in chronic congestive heart failure secondary to coronary artery disease. *Am J Card* 1992, 70:1576-82.
108. Tiukinhoy S, Beohar N, Hsie M. Improvement in heart rate recovery after cardiac rehabilitation. *Jour of Cardiopulm Rehab* 2003, 23:84-7.
109. Kantomaa MT, Tammelin TH, Demakakos P, Ebeling HE, Taanila AM. Physical activity, emotional and behavioural problems, maternal education and self-reported educational performance of adolescents. *Health Education Research Advance*. 2009, 10, 1093.
- 110.***<http://www.who.int/chp/gshs/en/> – data wejścia 23.03.2011.
- 111.***WHO, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, Department of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. Promoting Active Living In and Through Schools: Policy Statement and Guidelines for Action, 1998. (WHO/NMH/NPH/00.4.).
112. Tsallis J, McKenzie TL, Kolody B, et al. Effects of health-related physical education on academic achievement: Project SPARK. *Res Q Exerc Sport* 70(2):127-34, 1999.
113. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose–response effects on outcomes of depression and anxiety. Discussion 609-10. *Med Science in Sport and Exercise* 2001, 33:S587-97.
114. McAuley E. Physical activity and psychosocial outcomes. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, editors. *Physical activity, fitness and health: the consensus knowledge*. Champaign (IL): Human Kinetics 1994, 551-68.

115. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, et al. Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *J of Am Acad child and Adolescent Psychiatry* 1997, 36:785-92.
116. Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, et al. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J of Am Acad child and Adolescent Psychiatry* 1999, 38:272-9.
117. Jin P. Efficacy of Tai Chi, brisk walking, meditation, and reading in reducing mental and emotional stress. *J of Psychosomatic Research* 1992, 36:361-70.
118. Harte JL, Eifert GH, Smith R. The effects of running and meditation on beta-endorphin, corticotropin-releasing hormone and cortisol in plasma, and on mood. *Biological Psychology* 1995, 40:251-65.
119. Nabkasorn Ch, Nobuyuki Miyai1N, Anek Sootmongkol A, et al. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *T E J of Pub Health* 2006 16(2):179-184, doi:10.1093/eurpub/cki159.
120. Martinsen EW, Hoffart A, Solberg O. Comparing aerobic with non aerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: a randomized trial. *Comprehensive Psychiatry* 1989, 30:324-31.
121. Hughes JR, Casal DC, Leon AS. Psychological effects of exercise: a randomized cross-over trial. *J of Psychosomatic Research* 1986, 30:355-60.
122. Escobedo L, Marcus S, Holzman D, Giovino GA. Sports participation, age at smoking among US high school students. *JAMA* 1993, 269:1391-5.
123. Dishman RK, Berthoud HR, Booth FW, et al. Neurobiology of exercise. *Obesity (Silver Spring)* 2006, 14(3):345-56.
124. Komorowski JI. Effects of resistance exercise training on body composition and metabolic dysregulation in obese prepubertal children, *Wych. Fiz. i Sport*, 2006, 50, 1, 5-12.
125. Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, et al. *Tobacco Addiction. Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): World Bank; 2006. Chapter 46.
- 126.***<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167458> - data wejścia 23.03.2011. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. 1997 May 24, 349(9064):1498-1504.
- 127.***<http://www.ko.olsztyn.pl/admin/aktualnosci/-Zagro-enia-Epidemi--Palenia.pdf> - data wejścia 23.03.2011. Raport Światowej Organizacji Zdrowia na temat globalnej epidemii tytoniu 2008, MPOWER, Genewa. WHO.
- 128.***<http://www.stat.gov.pl/gus> - data wejścia 23.03.2011. Roczniki Statystyczne GUS 1928-2005, Warszawa GUS 2005.
129. Peto R, Lopez A, Bereham J, et al. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*, Oxford University Press Oxford, U.K. 1994; updated in 2006.
130. Zatoński W. *Democracy and Health: Tobacco Control in Poland*. [W] J de Beyer, W Brigden, (red.): *Tobacco Control Policy; Strategies, Successes and Setbacks*, World Bank and RITC, Washington, D.C. 2003.

131. Jaworski JM, Linke D, Przewoźniak K, Zatoński W. Profilaktyka chorób odtytoniowych-ogólnopolskie kampanie zdrowotne [w:] Zatoński W, Przewoźniak K, (red.): Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka, wyd. 2, Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 1999:127-63.
- 132.***Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009-2010.
133. Marmon G, Flak E. Postawy i zachowania związane z paleniem papierosów u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów. *Przegląd Lekarski* 2004; 61(10): 1156-60.
134. Strychowska A. Postawy młodzieży wobec nikotyny. *Wychowawca* 2008, 10:25-29.
135. Mazur J, Woynarowska B. Palenie tytoniu wśród młodzieży szkolnej w Polsce i w innych krajach w latach 1990-1998. *Zdrowie Publiczne* 1999, 9:312-19.
136. Curie C. Comparing national policies on smoking in eight European countries. *CAS Fact Sheet* 1. November 2000.
137. Hoffmann D, Wynder EL (1994): Aktives und passives Rauchen. [W] *Lehrbuch der Toxikologie*. H. Marquardt und S.G. Schäfer. Mannheim, Leipzig, Wien, Zurich, BI-Wiss.-verl.589-605.
138. Fraga CG, Motchnik PA, Wyrobek AJ, et al. Smoking and low antioxidant levels increase oxidative damage to sperm DNA. *Mutation Research*, 1996, 351, 199-203.
139. Starek A. Toksykologia dymu tytoniowego. [W] *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*. Zatoński W, Przewoźniak K (red.): Warszawa 1992:51-73.
140. Zatoński W. Stan zdrowia Polaków. *Medycyna po Dyplomie*, 1994, 3, 15-22.
141. Żołnierczuk-Kieliszek D. Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. [W] *Kulik TB, Latalski M (red.): Zdrowie Publiczne*. Wyd. Czelej, Lublin 2002, 75-114.
142. Kułakowski A, Skowrońska-Gardas A. *Onkologia*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 56-143.
143. Glover ED, Payne TJ. Treating nicotine dependence. *Am J of Med*, 2003, 327:183-6.
144. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992, 339:1268 -78.
145. Zatoński W, Przewoźniak K (red.): *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*. Ariel, Warszawa 1992, 61-73.
146. Zatoński W, Przewoźniak K, Kowalski M: *Szkodliwość palenia tytoniu*. *Medycyna Rodzinna* 1998, 1:35-40.
147. Austoker J, Sanders D, Flower G. Palenie tytoniu a nowotwory; zaprzestanie palenia. *BMJ wydanie polskie* 1995, 9, 13:30-37.
148. Phillips GB, Pinkernell BH, Jing I. Are major risk factors for myocardial infarction the major predictors of degree of coronary artery disease in men? *Metabolism*, 2004, 53:324-29.

149. Stasiołek D, Kwaśniewska M, Drygas W. Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. *Czynniki ryzyka* 2000, 4:62-67.
150. Torbus-Lisiecka B. Aktywne palenie tytoniu a ryzyko chorób układu krążenia. *Zdrowie Publiczne*, 1990, 10.
151. Kokot F. *Choroby Wewnętrzne*. Wydawnictwo Lekarskie. PZWL, Warszawa 2000, 20-42.
152. Middleton LS, Cass WA, Dwoskin LP. Nicotinic receptor modulation of dopamine transporter function in rat striatum and medial prefrontal cortex. *J Pharmacol Exp Therapeut*, 2003.
153. Klein LC, Corvin EJ, Stine MM. Smoking abstinence impairs time estimation accuracy in cigarette smokers. *Psychopharmacol Bull*, 2003, 90-95.
154. Browning KK, Wewers ME. Smoking cessation and cancer. *Seminars Oncology Nursing*, 2003, 19:268-75.
155. Carmella SG, Akerkar S, Hecht SS. *Cancer Research*. 1993, 53:721-24.
156. Balczewska E. Smoking and tobacco control in Poland. *European Journal of Dental Education*, 2004, 42-45.
157. Florek E. Palenie tytoniu a płodność kobiet. *Ginekologia praktyczna* 1996, 3:25-26.
158. Brzeziński ZJ, Szamotulska K, Sawińska I i wsp. (1993): Umieralność niemowląt, umieralność okołoporodowa i niska masa urodzeniowa noworodków w Polsce. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Epidemiologii i Programowania Ochrony Zdrowia Kobiet, Dzieci i Młodzieży, Warszawa.
159. Evans JA, Golding J (1992). Parental smoking and respiratory problems in childhood. Poswillo D, Alberman E (red.). *Effects of smoking on the fetus, neonate and child*. Oxford University Press, Oxford: 1992, 121-37.
160. Lebowitz MD, Sherrill D, Holdberg CJ. Effects of passive smoking on lung growth in children. *Pediatric Pulmonology* 1992, 12:37-42.
161. Skolnick AA. First AHA statement on tobacco and children. *JAMA* 1994, 272:841.
162. Wąsowicz M, Żurawski P, Florek E, Seńczuk W, Biczysko W. Retardation of lung development after Materna cigarette smoking and low protein diet in animal model. *Pat. Pol.* 1994, 45:155-62.
163. American Health Association, Council on Cardiovascular Disease in the Young. Active and passive tobacco exposure: a serious pediatric health problem. A statement from the Committee on Atherosclerosis and Hypertension in Children. *Circulation* 1994, 90: 2581-90.
164. Di-Benedetto G. Passive smoking in childhood. *J Roy Soc Health*, 115:13-16.
165. Gidding SS, Schydlower M. Active and passive tobacco exposure a serious pediatric health problem. *Pediatrics* 1994, 94:750-51.
166. Przewoźniak K. Trendy palenia tytoniu w Polsce w latach 1974-1994. [W] Malinowski J i Błędowski J (red). *Palenie tytoniu a zdrowie*. IMW, Lublin 1995.
167. Zatoński W, Brzeziński Z, Didkowska J i wsp. (1996): Ekspozycja populacji Polski na tytoń: palenie tytoniu, substancje toksyczne, następstwa zdrowotne. *Mag. Med.* 7:I -XII.

168. The GTSS collaborative group. A cross-country comparison of exposure to second-hand smoke among youth. *Tobacco Control*. 2006, 15 (Supl. II).
169. Warren CW, Jones NR, Eriksen MP, et al. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet* 2006, 367:749-53.
170. Carlsen K Lodrup-Carlsen KC. Parental smoking and childhood asthma: clinical implications. *Treat. Respir. Med.* 2005, 4:337.
171. Chang JS, Selvin S, Metayer C, et al. Parental smoking and the risk of childhood leukemia. *The Journal of Epidem* 2006, 163:1091.
172. Dziuda-Gorzowska M, Grzybowski A, Nowacka E: Ocena stanu zdrowia młodzieży narażonej na działanie dymu tytoniowego z wykorzystaniem kotoniny jako biomarkera narażenia. *Ann. Acad. Med. Stein.* 2005, 51:35.
173. Mathers M, Toumbourou W, Catalano RF, et al. Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies. *Addiction* 2005, 101:948.
174. Skolnick AA. First AHA statement on tobacco and children. *JAMA.* 1994, 272:909.
175. Maziak W, Ward KD, Rastam S, et al. Extent of exposure to environmental tobacco Smoke (ETS) and its dose-response relation to respiratory health among adults. *Respiratory Research* 2005, 6:13.
176. Mazur J, Woynarowska B, Kowalewska A. Palenie tytoniu. Zdrowie młodzieży szkolnej. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego; Warszawa 2000.
- 177.***http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/iotf_en.pdf - data wejścia 23.03.2011. International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005.
178. Seńczuk W. Toksykologia. Wyd. PZWL, Warszawa 1990.
179. Deckert A. Kultura fizyczna studentów Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. *Kultura Fizyczna*, 1999, 3-4, 10-11.
180. Woronowicz BT. Bez tajemnic o uzależnieniach i leczeniu. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001, 23-134.
181. Rudzik J. Struktura społeczno-demograficzna studentów przyjętych na Wydziały Lekarskie Warszawskiej Akademii Medycznej w roku akademickim 1996/97 i jej wpływ na adaptację nowo przyjętych do środowiska studenckiego. *Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie*, 1998, 1-2, 99-105.
- 182.***<http://www.narkomania.gov.pl/studenci.zip> - data wejścia 23.03.2011. Sierosławski J. Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów. *Studenci* 2004.
183. Marcinkowski JT (red.): Higiena - Profilaktyka w zawodach medycznych (wybrane zagadnienia). Wyd. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2002.
- 184.***Pietruszka M. Europejski Raport Zdrowia 2002 przygotowany przez WHO: <http://www.psychologia.edu.pl> – data wejścia 23.03.2011.
185. Mędrala-Kuder E. Niektóre elementy stylu życia młodzieży aktywnej uprawiającej sport. *Kultura Fizyczna*, 2004, 1-2, 23-26.

186. Rich (1995): Arch of Intern Med, 145:830-33.
187. Lowe G, Foxcroft DR, Sibley D. Picie młodzieży a style życia w rodzinie. PARPA, Warszawa 2000.
188. Woronowicz BT. Alkoholizm jest chorobą. PARPA, Warszawa 1998.
189. Charness M (1999). Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23:1941-44.
190. Begleiter H (1995). Alcohol Health and Research World, 19:228-37.
191. Begleiter H (1999). Genetic Epidemiology, 17:S25-S30.
192. Low E and Bali (2000). Neurochemistry International, 37:413-423.
193. Goodwin D (1985). Archives of General Psychiatry, 42:171-174.
194. Schuckit M, 2000. Alcohol and Alcoholism, 35:242-248.
195. Thomasson H (2000). Alcoholism: Clinic and Experim Research, 24:419-420. Truswell, A.S. 2000. Addiction, 95 (6):829-32.
196. Frezza M (1990). J of Med, 322:95-99.
197. Lieber C (2000). Alcoholism: Clin and Exp Research, 24:417-18.
198. ***Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015: <http://www.mz.gov.pl/> – data wejścia 23.03.2011.
199. Sierosławski J, Zieliński A. Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych. Alkohol a zdrowie, PARPA, Warszawa 1999, 23, 165-82.
200. Ehrig T. Alcohol and aldehyde dehydrogenase, Alcohol and Alcohol, 1990, 25, 2-3, 105-16.
201. Spear L (2000). Alcohol Research and Health, 24:115-23.
202. Dąbrowska K, Żulewska J.: Relacje pomiędzy dostępnością alkoholu a problemami zdrowotnymi i społecznymi - przegląd literatury. Alkoh i Narkom, 18, 4:25-39.
203. Stockwell T, Gruenewald PJ. Controls on the physical availability of alcohol [W] Heather N, Peters TJ, Stockwell T (red.): Handbook on alcohol dependence and alcohol related problems. New York: Wiley and Sons Ltd, 2001, 699-720.
204. Edwards G, Anderson P, Babor T, et al. Alcohol policy and the public good. Oxford (1994): Oxford University Press.
205. Gorman DM, Spear PW, Gruenewald PJ, Labourie EW (2001). Spatial dynamics of alcohol availability, neighborhood structure and violent crime. J Stud Alcohol, 62(5), 628-36.
206. Wells S, Graham K (2003). Aggression involving alcohol: Relationship to drinking patterns and social context. Addiction, 98(1), 33-42.
207. Wysocki M. Zdrowie publiczne i polityka zdrowotna w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. [W] Wyzwania i zagrożenia zdrowotne w świetle procesu integracji, materiały konferencyjne. PZH, Warszawa 2002, 31-33.
208. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, WHO 1999, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Fundacja Zdrowia Publicznego, Kraków 2001.

209. Chisholm D (2004). The global burden of hazardous alcohol use: A comparative cost-effectiveness analysis. *J of studies on Alcohol*, 65, 782-93.
- 210.***<http://www.alkoholizm.akcjasos.pl/> - data wejścia 23.03.2011.
- 211.***http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf - data wejścia 23.03.2011. United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2004, vol.1, 8.
212. Cekiera C. Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych. Wyd. TN KUL, Lublin 1993, 67-149.
213. Brodniak WA. Międzynarodowe raporty i strategie dotyczące kontroli substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania* 2002, 15, 2.
- 214.***http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/rozporzodzenie_rada_p250_82006.pdf - data wejścia 23.03.2011. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii. Ministerstwo Zdrowia 2006.
- 215.***<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf> - data wejścia 23.03.2011. WHO, Lexicon of Alcohol and Drugs Terms, Genewa 1994.
216. Maisto, SA, Galizio M, Connors GJ. Uzależnienia Zażycie i Nadużywanie, Katolicka Fundacja Pomocy Osobom Uzależnionym i Dzieciom „Karan”, Warszawa 2000.
217. Bejerot N. Uzależnienie od przyjemności. Biologiczna i psychospołeczna teoria uzależnień. *Nowiny Psychologiczne*, 1995, 2:47-58.
218. Popiołek. Wsparcie społeczne - zarys problematyki. [W] Popiołek K (red.): *Psychologia pomocy. Wybrane zagadnienia*. Katowice, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996, 30-45.
219. Sarason IG, Sarason BR, Pierce GR. Social support: global and relationship-based levels of analysis. *J Soc Pers Relat*, 1995, 11:295-12.
220. Effectiveness of substance abuse treatment. US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1995.
221. Łuczak E. Przemiany w zjawisku narkomanii. [W] *Aspra-JR*, Pułtusk 2004, 21-89.
222. Jędrzejko M, Bożewicz W. Narkotyki i narkomania. Fundacja Pedagogium, Warszawa 2007.
- 223.***http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Publications_en.asp - data wejścia 23.03.2011. Pompidou Group Prisons, drugs and society. Proceedings. Council of Europe Publishing 2003.
224. Alison KR, Rootman J. Scientific rigor and community participation in health promotion research – are they compatible. *Health Promotion International* 1996, 11, 4, 333.
225. Kirschner H. Charakterystyka przemian zdrowotnych w Polsce w ostatnim półwieczu. [W] Kirschner H, Kopczyński J (red.): *Aktualne problemy zdrowotne-zagrożenia i szanse*. Wyd. IGNIS, Warszawa 1999, 15-52.
226. Miller M, Wysocki M. Promocja zdrowia w kontekście reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Zdrowie Publiczne* 2005, 115, 1, 78-81.

227. Kulik TB. Koncepcja zdrowia w medycynie: Kulik TB, Latalski M (red.): Zdrowie Publiczne. Wyd. CZELEJ, Lublin 2002, 2002:18, 25-30.
228. Karski JB. Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku: Karski JB (red.): Promocja zdrowia. Wyd. IGNIS, Warszawa 1999, 19-53.
- 229.***Dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia. Zdrowie 21: Karski JB (red.): Promocja zdrowia. Wyd. IGNIS, Warszawa 1999.
230. Miller M, Zieliński A. Zdrowie publiczne – misja i nauka. Przegląd Epidemiologiczny 2002, 56, 547-57.
231. Gniazdowski A. Edukacja zdrowotna: Indulski J, Jethon Z, Dawydzik LT (red.): Zdrowie publiczne. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2000, 132-76.
232. Bik B. Koncepcja promocji zdrowia: Czupryna A, Poździuch S, Ryś A, Włodarczyk C (red.): Zdrowie publiczne. Wyd. Versalius, Kraków 2001, 359-403.
233. Skommer J. Promocja zdrowia. [W] Marcinkowski JT (red.): Podstawy higieny. Volumed, Wrocław 1997.
234. Waszkiewicz L. Polityka zdrowotna. [W] Kulik TB, Latalski M (red.): Zdrowie publiczne. Wyd. CZELEJ, Lublin 2002.
235. Leowski J. Polityka zdrowotna - aktualne aspekty międzynarodowe: Karski JB (red.): Promocja zdrowia. Wyd. IGNIS, Warszawa 1999. Włodarczyk C. Polityka zdrowotna-aktualne aspekty krajowe.[W] Karski JB (red.): Promocja zdrowia. Wyd. IGNIS, Warszawa 1999.
236. Goryński P, Wojtyniak B, Kuszewski K (red.): Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia. PZH, Warszawa 2004, 79.
237. Kirschner H. Rola społecznych zróżnicowań w kształtowaniu sytuacji zdrowotnej w Polsce. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2001.
238. Nosko J. Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne aspekty historyczno-kulturowe. IMP, Łódź 2005, 154-237.
239. Charles B Corbin, Gregory J Welk, Wiliam R Corbin, Karen A Welk: Fundamental Concepts of Fitness and Wellness. The MacGraw-Hill Companies Inc, 2006.
- 240.***<http://www.trzymajforme.pl/> - data wejścia 23.03.2011.
241. Joško J, Kamecka-Krupa J. Czynniki ryzyka anoreksji. Probl Hig Epidemiol 2007, 88(3):254-58.
242. Joško J, Kamecka-Krupa J. Czynniki kulturowe i społeczne predysponujące do zaburzeń odżywiania u młodzieży szkolnej w wybranych miastach województwa śląskiego. Probl Hig Epidemiol 2007, 88(3):320-26.
243. Malara B, Joško J, Kasperczyk J, Kamecka-Krupa J. Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania wśród młodzieży w wybranych miastach województwa śląskiego. Probl Hig Epidemiol 2010, 91(3):388-92.
244. Żórawska J, Steciwko A. Sedentarny styl życia-narastający problem wśród młodych ludzi. Family Medicine and Primary Care Review 2007, 9(4):1015-19.
245. McConahy KL, Smiciklas-Wright H, Birch LL, Mitchell DC, Picciano MF. Food portions are positively related to energy intake and body weight in early childhood. The J Pediatr, 2002, 140:3, 340-47.

246. McGrath SA, Gibney MJ. The effect of altered frequency of eating on plasma lipids in free-living healthy males on normal self-selected diets. *E J of Clinical Nutr* 1994, 48:402-07.
247. Kasperczyk J, Joško J, Bilka J. Sposób odżywiania się oraz wybrane czynniki zdrowego stylu życia wśród młodzieży licealnej. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(2):157-61.
248. Downs DS, DiNallo JM, Savage JS, Davison KK: Determinants of eating attitudes among overweight and non-overweight adolescents. *J of Adolesc Health* 2007, 4:138-45.
249. Nicklas TA, O'Neil CE, Berenson GS. Nutrient contribution of breakfast, secular trends, and the role of ready-to-eat cereals: a review of data from Bogalusa Hearth Study. *Am J of Clin Nutr*.1998, 67 Suppl, 757-763S.
250. Dubois L, Girard M, Potvin Kent M, Farmer A, Tatone-Takuda F. Breakfast skipping is associated with differences in meal patterns, macronutrient intakes and overweight among pre-school children. *Pub Health Nutr* 2008, 12:19-28.
251. Basiotis PP, Lino M, Anand RS. Eating breakfast greatly improves school children's diet quality. *Fam Econ and Nutr Review* 1999, 12:81-84.
252. Cohen B, Evers S, Manske S, Bercovitz K, Edward HG. Smoking, physical activity and breakfast consumption among secondary school students in southwestern Ontario community. *Can J of Pub Health* 2003, 54:281-7.
253. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metz J. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2005, 105:5, 743-60.
254. Gleason PM, Dodd AH. School Breakfast Program but not School Lunch Program participation is associated with lower body mass index. *J Am Diet Assoc* 2009, 109:2, S118-28.
255. Szczygieł A. Podstawy fizjologii żywienia. *Żywnie człowieka*. PZWL, Warszawa 1975.
256. Gawęcki J, Hryniewiecki L. Podstawy nauki o żywieniu. PWN, Warszawa 2000, 333-45.
257. Nadolna I, Przygoda B, Troszczyńska A, Kunachowicz H. Tabele wartości odżywczej produktów spożywczych. *Prace IŻŻ*, Warszawa 2000.
- 258.***<http://www.gis.gov.pl/> – data wejścia 23.03.2011.
- 259.***Raport z badań: Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce (red.): Oblacińska A, Woynarowska B, Kołło H. *Zachowania zdrowotne-sposób żywienia*. Warszawa 2006, 51-56.
260. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med and Ethics* 2007, 35:22-34.
261. Hesketh K, Waters E, Green J, Salmon L, Williams J. Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. *Health Promotion Int*, 2005;20:1:19-26.

262. Gacek M. Niektóre racjonalne i wadliwe wybory żywieniowe młodzieży licealnej w Krakowie. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne* 2004 (5), 13-15.
263. Kołoto H, Woynarowska B. Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania. *Przegląd pediatryczny* 2004, 196-201.
264. Campbell A, Hausenblas HA. Effects of exercise interventions on body image: a meta-analysis. *J of Health Psych* 2009, 14:780-93.
265. Kim O, Kim K. Comparisons of body mass index, perception of body weight, body shape satisfaction, and self-esteem among Korean adolescents. *Perceptual and Motor Skills*.2003, 97:1339-46.
266. Ozman D, Ozman E, Ergin E, et al. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health* 2007, 7:80.
267. Chandler-Laney PC, Hunter GR, Bush NC, et al. Associations among body size dissatisfaction, perceived dietary control, and diet history in African American and European American women. *Eating Behaviors* 2009, 10:202-8.
268. Al Shammari SA, Khoja TA, Al Subaie AS. Transcultural attitude towards being overweight in patients attending health center, Riyadh, Saudi Arabia. *The Journal of Family Practice* 1994, 14:149-56.
269. Rasheed P. Perception of body weight and self-reported eating and exercise behavior among obese and non-obese women in Saudi Arabia. *Public Health*.1998, 112:409-14.
270. Brewis AA, McGarvey, Jones J, Swinburn BA. Perceptions of body size in Pacific Islanders. *Int J of Obesity* 1998, 22:185-89.
271. Mvo Z, Dick J, Steyn K. Perceptions of overweight African women about acceptable body size of women and children. *Curationis*.1999, 22:27-31.
272. Yanez AM, Peix MA, Atserias N, Arnau A, Brug J. Association of eating attitudes between teenage girls and their parents. *Int J Soc Psychiatry* 2007, 53:507.
273. Mciza Z, Goedecke JH, Steyn NP, et al. Development and validation of instruments measuring body image and body weight dissatisfaction in South African mothers and their daughters. *Pub Health Nutrition* 2005, 8(5):509-19.
274. Rodgers R, Chabrol H. The impact of exposure to images of ideally thin models of body dissatisfaction in French and Italian Women. *Encephale*, 2009, 35:262-68.
275. French SA, Story M, Downem B, Resnick MD, Blum RW. Frequent dieting among adolescents: psychological and behavior correlates. *Am J of Pub Health* 1995, 85:695-701.
276. Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Elary-Zald MB. Prospective analysis of personalisty and behavioral vulnerabilities and gander influence in the later development of disordered eating. *J Abnorm Psychol* 1995, 104:140-49.
277. Strauss RS, Pollack HAq. Social marginalization of overweight children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003, 157:746-52.
278. Oblacińska A, Tabak I, Jodkowska M. Zachowania żywieniowe i metody kontroli masy ciała u młodzieży 16-18-letniej w Polsce w kontekście postrzegania swego wyglądu i masy ciała. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(2):162:70.

279. Saxton J, Hill C, Chadwick P, Wardle J. Weight status and perceived body size in children. *Arch of Disease of Childhood* 2009.
280. Peternel L, Sujoldzić A. Adolescents eating behavior, body image and psychological well-being. *Collegium Antropolologicum*, 2009, 33:205-12.
281. Sekine MK, Yamagami T, Kagamimori S. Relationship between body image and lifestyle factors in Japanese girls. *Pediatrics International* 2009, 51:507-13.
282. Kral JG. The pathogenesis of obesity: stress and the brain-gut axis. *Surgery of Obesity and Rel Dis* 2005, 1:1:25-34.
283. Kirkley BO, Burg JC. Dietary restriction in young women: issues and concerns. *Annals of Beha Med* 1989, 11:66-72.
284. Story M, French SA, Neumark-Sztainer D, et al. Psychosocial and behavioral correlates of dieting and purging in Native American adolescents. *Pediatrics*, 1997:99:4:8.
285. Panofsky-Kraft M, Cohen ML, Yanovsky SZ, et al. A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics*. 2006, 117:1203-09.
286. Epel E, Lapidus R, McEwen B, et al. Stress may add bite to appetite in women. *Psychoneuroendocrinology*, 2001, 26:37-49.
287. Xie B, Liu C, Chou CP, et al. Weight perception and psychological factors in Chinese adolescents. *J of Adolesc Health* 2003, 33:202-10.
288. Wołowski T, Jankowska M. Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Część II. Aktywność fizyczna oraz formy spędzania czasu wolnego. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(1):69-73.
289. Charzewska J, Wajszczyk B, Chabrom E i wsp. Uczestnictwo młodzieży w wieku pokwitania w pozalekcyjnych zajęciach sportowych w aspekcie biologicznych i społecznych uwarunkowań. [W] *Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania*, pod redakcją A. Dąbrowskiego. AWF-Warszawa, Płock, 2003, 27-35.
290. Jasiński T, Czerska M. Sposoby spędzania czasu wolnego, częstość i formy podejmowania pozaszkolnej aktywności fizycznej przez młodzież wiejską zróżnicowaną ze względu na płeć. [W] *Pedagogics, Psychology, Medical-Biological Problems of Pchysical Training and Sports* pod red. S.Yermacov. Ministerstwo Oświaty i Nauki Ukrainy, Charków 2007,10,146-150.
291. Baker BL, Birch LL, Trost SG, Davison KK. Advanced pubertal status at age 11 and lower physical activity in adolescent girls. *J Pediatr* 2007, 151:488-93.
292. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. *MMWR Surveill Summ*. 2008, 57:1-131.
293. Trost SG, Pate RR, Sallis JF, et al. Age and gender differences in objectively measured physical activity in youth. *Medicine and Science Sports Exercise*. 2002;34:350-5. doi: 10.1097/00005768-200205001-01563.
294. Van Mechelen W, Twisk JW, Post GB, Snel J, Kemper HC. Physical activity of young people: the Amsterdam Longitudinal Growth and Health Study. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:1610-16.doi: 10.1097/00005768-200009000-00014.

295. Witana K, Szpak A. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne aktywności fizycznej młodzieży szkół średnich w Białymstoku. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(1):42-46.
296. Gajewska M. Analiza społecznych uwarunkowań wybranych elementów stylu życia młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem jakości żywienia. Praca doktorska wykonana w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, maszynopis niepublikowany, Warszawa 2005.
297. Eisenmann JC, Bartee RT, Wang MQ. Physical activity, TV viewing, and weight in U.S. youth: 1999 Youth Risk Behavior Survey. *Obesity Research*. 2002, 10:379-85.
298. Norman GJ, Schmid BA, Sallis JF, Calfas KJ, Patrick K. Psychosocial and environmental correlates of adolescent sedentary behaviors. *Pediatrics* 2005, 116:908-916. doi: 10.1542/peds.2004-1814.
299. http://www.leadershipforactiveliving.org/pdf_file/LeadershipActionStr%20web.pdf, accessed 28 July 2006 - data wejścia 23.03.2011. Leadership for Active Living. Leadership action strategies. San Diego, State University, 2003.
300. Gruber KJ, Lauren A, Haldeman A. Rusing the family to combat childhood and adult obesity. *Prev Chron Dis*, 2009;6:3:1-6.
301. Davison KK, Cutting TM, Birch LL: Parents' activity-related parenting practices predict girls' physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 2003, 35:1589-95.
302. Lindsay AC, Sussner KM, Kim J, Gortmaker S. The role of parents in preventing childhood obesity. *Future Child*. 2006;16:169-86. doi: 10.1353/foc.2006.0006.
303. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc* 2000, 2:963-75. doi: 10.1097/00005768-200005000-00014.
304. Taylor WC, Blair SN, Cummings SS, Wun CC, Malina RM. Childhood and adolescent physical activity patterns and adult physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 1999, 31:118-23. doi: 10.1097/00005768-199901000-00019.
305. Telama R, Yang X, Laakso L, Viikari J. Physical activity in childhood and adolescence as predictor of physical activity in young adulthood. *Am J Prev Med* 1997, 13:317-23.
306. Trost SG, Sallis JF, Pate RR, et al. Evaluating a model of parental influence on youth physical activity. *Am J Prev Med* 2003, 25:277-82.
307. Dempsey JM, Kimiecik JC, Horn TS. Parental influence on children's moderate to vigorous physical activity participation: an expectancy-value approach. *Pediatr Exerc Sci* 1993, 5:151-67.
308. Moore LL, Lombardi DA, White MJ, et al: Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *J of Pediatric* 1991, 118:215-9.
309. Madsen KA, McCulloch CE, Crawford PB. Parent modeling: perceptions of parents' physical activity predict girls' activity throughout adolescence. *J of Pediatric* 2009, 154:278-83.
310. Anderssen N, Wold B. Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents. *Research Quarterly Ex and Sp* 1992, 63:341-8.

311. Hoefler WR, McKenzie TL, Sallis JF, Marshall SJ, Conway TL. Parental provision of transportation for adolescent physical activity. *Am J Prev Med* 2001, 21:48-51.
312. Trost S, Pate R, Ward D, Saunders R, Riner W. Correlates of objectively measured physical activity in preadolescent youth. *Am J Prev Med.* 1999, 17:120-26. doi: 10.1016/S0749-3797(99)00056-2.
313. Schmitz K, Lytle L, Phillips G, et al. Psychosocial correlates of physical activity and sedentary leisure habits in young adolescents: The Teens Eating for Energy and Nutrition at School Study. *Am J Prev Med* 2002, 34:266-278. doi: 10.1006/pmed.2001.0982.
314. Olsson G, Nordstrom M, Arinell H, von Knorring A. Adolescent depression: Social network and family climate-a case-control study. *J of Child Psych and Psyche* 1999, 40:227-37, doi: 10.1017/S0021963098003412.
315. Woolger C, Power T. Parent and sport socialization: Views from the achievement literature. *J Sport Behav* 1993, 16:171.
316. Ornelas JI, Perreira KM, Ayala GX. Parental influences on adolescent physical activity: a longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2007; 4: 3. Published online 2007 February 2, doi: 10.1186/1479-5868-4-3.
317. Gorely T, Atkin JA, Biddle SJH, Marshall SJ. Family circumstance, sedentary behaviour and physical activity in adolescents living in England: Project STIL *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009, 6:33.
318. Fogelholm M, Nuutinen O, Pasanen M, et al. Parent-child relationship of physical activity patterns and obesity. *Int J of Ob Relat Metab Disord* 1999, 23:1262-68.
319. Myers L, Strikmiller PK, Webber LS, Berenson GS. Physical and sedentary activity in school children grades 5-8:the Bogalusa Heart Study. *Med Sci Sports Exerc* 1996, 28:852-59.
320. Trost SG, Kerr LM, Ward DS, Pate RR. Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *Int J of Ob Relat Metab Disord* 2001, 25:822-29.
321. Cash T. The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes and images. In *Body Images: Development, Deviance, and Change*. Edited by: Cash T, Pruzinsky T. New York: Guilford Press; 1990:51-79.
322. Savage JS, DiNallo JM, Downs DS. Adolescent body satisfaction: the role of perceived parental encouragement for physical activity. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009, 6:90doi:10.1186/1479-5868-6-90.
323. Raudsepp L. The relationship between socio-economic status, parental support and adolescent physical activity. *Acta Paediatrica* 2006, 95:93b-8.
324. Goldfield GS, Mallory R, Parker S, et al. Effects of modifying physical activity and sedentary behavior on psychosocial adjustment in overweight/obese children. *Journal of Pediatrics Psychology* 2007, 32:783-93.
325. Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim L. Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, CD003683.

326. Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Cudeck R. Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Int J Behav Nutr Phys Act* 1993, 102:438-44.
327. Kirkcaldy BD, Shephard RJ, Siefen RG. The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2002, 37:544-50.
328. Roemmich JN, Wright SM, Epstein LH. Dietary restraint and stress-induced snaking in youth. *Obesity Research* 2002, 10:1120-28.
329. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, et al. Prevalence of overweight and obesity in The United States, 1999-2004. *JAMA*. 2006; 295:1549-55. doi:10.1001/jama.295.13.1549.
330. Piotrowska E, Żechałko-Czajkowska A, Biernat J, Mikołajczak J. Ocena wybranych cech stylu życia kształtujących stan zdrowia 16-18 letnich dziewcząt. Cz. I. Stosowanie różnych diet, aktywność fizyczna, palenie papierosów i picie alkoholu. *Roczniki PZH* 2009, 60, nr 1, 51-57.
331. Krawczyński M. Problemy zdrowotne i psychospołeczne dojrzewającej młodzieży. *Nowiny Lekarskie* 1997, 66, supl.1, 23-31.
332. Kujala UM, Kaprio J, Rose RJ. Physical activity in adolescence and smoking in young adulthood: a prospective twin cohort study *Addiction*. 2007 July, 102(7): 1151-57. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01858.
333. Kelder SH, Perry CL, Klepp KI, Lytle LL. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity and food choice behaviors. *Am J Pub Health*. 1994, 84: 1121-6.
334. Pate RR, Heath GW, Dowda M, Trost SG. Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *Am J Pub Health*. 1996, 86:1577-81.
335. Sasco AJ, Laforest L, Benhaim-Luzon V, Poncet M, Little RE. Smoking and its correlates among preadolescent children in France. *Preventive Medicine* 2002, 34: 226-34.
336. Rodriguez D, Dunton GF, Tcherne J, Sass J. Physical Activity and Adolescent Smoking: A Moderated Mediation Model. *Mental Health and Physical Activity* 2008.
337. Rodriguez D, Audrain-McGovern J. Team sport participation and smoking: analysis with general growth mixture modeling. *J Pediatr Psychol* 2004, 29:299-08.
338. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Wileyto EP, Schmitz KH, Shields PG. Effect of team sport participation on genetic predisposition to adolescent smoking progression. *Archives of General Psychiatry*. 2006, 63:433-41.
339. Russell PO, Epstein LH, Erickson KT. Effects of acute exercise and cigarette smoking on autonomic and neuromuscular responses to a cognitive stressor. *Psychol Rep*. 1983, 53:199-06.
340. Kaczynski AT, Manske SR, Mannell RC, Grewal K. Smoking and physical activity: a systematic review. *American Journal of Health Behavior* 2008, 32: 93 -110.

341. Yang X, Telama R, Leino M. Factors explaining the physical activity of young adults: the importance of early socialization. *Scand J Med Sci Sports*. 1999, 9: 120-7.
342. Aaron DJ, Deadwater SR, Anderson R, et al. Physical activity and the initiation of high-risk health behaviors in adolescents. *Med Sci Sports Exerc*, 27: 1639-1645,1995.
343. Peretti-Watel P, Beck F, Legleye S. Beyond the U-curve: the relationship between sport and alcohol, cigarette and cannabis use in adolescents. *Addiction*, 97: 707 - 16, 2002.
344. Coulson NS, Eiser C, Eiser JR. Diet, smoking and exercise: interrelationships between adolescent health behaviors. *Child Care Health and Development*, 23: 207 - 16, 1997.
345. Thorlindsson T, Vilhjalmsón R. Factors related to cigarette smoking and alcohol use among adolescents. *Adolescence*, 26:399-418, 1991.
346. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Moss HB. Smoking progression and physical activity. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 2003, 12:1121-9.
- 347.***World Bank Publications. The World Bank, Curbing the Epidemic, Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999.
- 348.***INSEE. Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (partie variable): comportement vis à vis de la santé INSEE Première. 2001.
349. Kessler DA, Natanblut SL, Wilkenfeld JP, et al. Nicotine addiction: a pediatric disease. *J of Pediatric*, 130:518-524, 1997.
350. Beck F, Legleye S, Spilka S. Drogues à l'adolescence-niveau et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France. *ESCAPAD 2003* 2004.
- 351.***Centers for Disease Control. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. *Morbidity and Mortality Weekly*, 51:300 - 03, 2002.
352. Krauss H, Sosnowski P, Balcer N i wsp. The assessment of exposure to tobacco addiction in children and youth of the selected school in the Wielkopolska Province. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90 (2):212:17.
353. Saarni SE, Silventoinen K, Rissanen A, Sarlin-Lähteenkorva S, Kaprio J. Intentional weight loss and smoking in young adults. *Int J Ob Relat Metab Disord* 2004, 28:796-02.
354. Stice E, Martinez E. Cigarette smoking prospectively predicts retarded physical growth among female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 37, 363-70.
- 355.***Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses-United States, 1997 -2001. *MMWR*. 2005, 54:625-28.
356. Zatoński W, Przewoźniak K. Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Warszawa 1996, 148.
357. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1983, 24:385-96.

358. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003, 35:1381-95.
359. Daniel J, Cropley M, Fife-Schow C. The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction*. 2006, 101:1187-92.
360. Preisler E. Tytoń a zdrowie i sprawność fizyczna. *Polskie Towarzystwo Przeciwytoniowe*, Poznań 1999, 45-97.
361. McNair D, Lorr M, Droppleman L. *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: 1971.
362. Boudreaux ED, Francis JL, Carmack Taylor CL, Scarinci IC, Brantley PJ. Changing multiple health behaviors: Smoking and exercise. *Preventive Medicine* 2003; 36:471-8.
363. Zatoński W. *Demokracja jest zdrowsza. Cud zdrowotny nad Wisłą*. Centrum Onkologii - Instytut, Warszawa 1999, 7-17.
364. Percival J, Bialous SA, Chan S, Sarna L. International efforts in tobacco control. *Seminars and Oncology Nursing*, 2003, 19, 301-8.
365. LeUnes A. Updated bibliography on the Profile of Mood States in sport and exercise psychology research. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2000, 12: 110-3.
366. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J of Health Soc Behav* 1983, 24:385-96.
367. Steptoe A, Edwards S, Moses J, Matthews A. The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *Journal of Psychosomatic Research* 1989, 33:537-47.
368. Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition* 1999, 2:411-18.
369. Rodriguez D, Audrain-MacGovern J. Physical activity, global self-concept, and adolescent smoking. *Annals of Behavioral Medicine* 2005, 3:251-59.
370. Peretti-Watel P, Guagliardo V, Verger P, et al. Sporting activity and drug use: Alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. *Addiction* 2003, 98:1249-56.
371. Schuckit, MA Smith, TL 2001, *Addiction* 96:903-10.
372. Chassin L, DeLucia Ch. Picie w okresie dojrzewania. [W] *Picie alkoholu w różnych okresach życia. Alkohol a zdrowie nr 25, PARPA, Warszawa 2000, 84-100.*
373. Jessor R, Donora JE, Costa FM, *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development*. Cambridge University Press, Cambridge 1999.
374. Bachman JG, Wadsworth KN. *Smoking, drinking and drug use in young adulthood*. Lawrence Erlbaum Assoc. Mahwah, New Jersey 1997.
- 375.***The ESPAD Raport 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European Countries. <http://www.espad.org/> - data wejścia 24.03.2011.

376. Johstone LD. Getting drunk and growing up: Trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *J stud. Alcohol.* 1996, 57, 289-3-4.
377. Ellickson PL, Mckuigan KA, Adams B, Vell RM, Hays RD (1996). Teenagers and alcohol misuse in the United States: By any definition, it's a big problem. *Addiction*, 91: 1489-1503.
- 378.***Raport ICAP (1997). Zjawisko upijania się; <http://www.icap.org/> - data wejścia 24.03.2011.
379. Gromadecka-Sutkiewicz M, Dziwak A, Kłos J. Młodzież licealna i alkohol. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89 (2):293-96.
380. Chodkiewicz J, Juszczynski Z. Problem używania środków psychoaktywnych przez młodzież. *Badania uczniów szkół łódzkich. Alkoh i Narkom* 2002, nr 4.
381. Krajewska M, Grabowska H, Grafowski H. Zachowania ryzykowne dla zdrowia wśród młodzieży gimnazjalnej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2005; LX, Supl. XVI: 249, Lublin 2005.
382. Stępień E. Doświadczenia i przekonania związane z alkoholem z okresu dorastania a intensywność picia alkoholu przez młodych dorosłych. *Badania katamnesticzne. Alkoh i Narkom* 2001, 14, 289-300.
383. Wechsler HA (1994). *Journal of American Medical Association*, 272:1672-77.
384. Jędrzejko M, Bożejewicz W. Zjawisko eksperymentowania z narkotykami wśród dzieci i młodzieży na Mazowszu. *Fundacja Pedagogium, Warszawa* 2007.
385. Merrill JC, Kleber HD, Schwarz M. Cigarettes, alcohol, marihuana, other risk behaviors and American youth. *Drug Alcohol Depend* 1999, 56:205-12.
386. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2003 roku. Europejski program badań w szkołach ESPAD. *Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa* 2003.
387. Fatyga B, Sierosławski J. Uczniowie i nauczyciele o stylach życia młodzieży i narkotykach. Raport z badań jakościowych. *Instytut Spraw Publicznych, Warszawa* 1999.
388. Fatyga B, Rogala-Obłękowska J. Style życia młodzieży a narkotyki. *Instytut Spraw Publicznych, Warszawa* 2002.
389. Hartel, ChR, Glantz, MD. The Treatment of Drug Abuse: Changing the Paths: [W] *Drug Abuse, Origin and Intervention. American Psychological Association, Washington DC*, 1998, 331-366.
390. Verster A, Bunning E. Training manual. Key aspects of substitution treatment for opiats dependence. *EuroMethwork* 2003.
391. Miller WR, Munoz RF. *Picie kontrolowane. Wyd. Edukacyjne PARPA, Warszawa* 2006.
392. Poprawa R. Poznawczo-fenomenologiczne koncepcje radzenia sobie z problemami życiowymi. [W] *Przesmycka-Kamińska J (red.): Refleksja nad etycznymi i teoretycznymi podstawami pomocy psychologicznej. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław* 1994, 45-89.

393. Cekiera C. Toksykomania. Narkomania. Lekomania. Alkoholizm. PWN, Warszawa 1985.
394. Darke S, Hall W, Ross M, Wodak A. Benzodiazepin use and HIV risk-taking behavior among injecting drug users. *Drug Alcohol Dependence*, 31:31-36, 1992.
395. Grochowska A, Schlegel-Zawadzka M. Palenie tytoniu jako przykład antyzdrowotnych zachowań wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Studia Medyczne* 2008, 11:29-32.
396. Woynarowska B, Mazur J (2001). Przekonania dotyczące palenia tytoniu wśród młodzieży 15-letniej w różnych krajach, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego.
397. Huk-Wieliczuk E, Litwiniuk A. Picie alkoholu przez uczniów wiejskich w wieku 15-17 lat. *Zdrowie Publiczne* 2004; 114(3):312-14.
398. Gromadecka-Sutkiewicz M, Kłos J. Konsumpcja alkoholu przez młodzież kończącą edukację w liceach ogólnokształcących i zasadniczych szkołach zawodowych porównanie wyników badań poznańskich z 1997 i 2007 roku. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(4):699-03.
399. Maciorkowska E, Malesińska M. Picie alkoholu przez uczniów szkół wiejskich. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88 (3):381-84.
400. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Kocoń K. Przyjmowanie leków psychoaktywnych a używanie innych substancji odurzających przez młodzież. *Alkoh Narkom* 2006, 19(1):47.
401. Prajsner B. Alkohol a młodzi Europejczycy u progu XXI w. Materiały Instytutu Psychologii Zdrowia, Warszawa 2002.
402. Ockene JK. Smoking among women across the life span: prevalence, interventions, and implications for cessation research. *Annals of Behavioral Medicine* 1993, 15:135-48.
403. Epstein JA, Griffin KW, Botvin GJ. A model of smoking among inner-city adolescents: the role of personal competence and perceived social benefits of smoking. *Prev Med*, 31: 107-14, 2000.
404. Everett SA, Warren CW, Sharp D, Kann L, Husten CG, Crossett LS. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U. S. high school students. *Prev Med*, 29:327-33, 1999.
405. Fergusson DM, Horwood LJ. Transitions to cigarette smoking during adolescence. *Addict. Behav*, 20:627-642, 1995.
406. Escobedo LG, Peddicord JP. Smoking prevalence in US birth cohorts: the influence of gender and education. *American Journal Public Health*. 1996, 86:231-36.
407. Powell KE, Spain KG, Christenson GM, Mollenkamp MP. The status of the 1990 objectives for physical fitness and exercise. *Pub Health Reports*, 1986, 101, 15-21.
408. Adams HG, Jordan C. Infections in the alcoholic. *Medical Clinics North America*, 1984, 68, 179-99.

X. ANEKS

1. Tabele statystyczne

W aneksie umieszczono poszczególne tabele przedstawiające zależności nieistotne statystycznie. W nawiasach przy określonych tabelach podano numer strony, do której należy się odnieść w celu przeanalizowania najbardziej istotnych związków, wyróżnionych odcieniem szarości.

Tab. XXIX A. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich zwyczajów żywieniowych (p. str. 81).

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
wegetarianin	Xx	xx
lubi potrawy słone	0,09	xx
zaburzenia odżywiania: nadmierna konsumpcja	0,68	xx
zaburzenia odżywiania: lęk przed otyłością	0,21	xx
zaburzenia odżywiania: prowokowanie wymiotów	Xx	xx
spożywane produkty: mięso czerwone	0,91	xx
spożywane produkty: mięso białe	Xx	xx
spożywane produkty: mleko	0,09	xx
spożywane produkty: warzywa	Xx	xx
spożywane produkty: owoce	Xx	xx
spożywane produkty: słodczyce	0,00	0,09
spożywane produkty: białe pieczywo	Xx	xx
spożywane produkty: ryby	Xx	xx
spożywane produkty: jaja	Xx	xx
częstość spożywania I śniadania	Xx	xx
częstość spożywania II śniadania	Xx	xx
częstość spożywania obiadu	Xx	xx
częstość spożywania podwieczorku	0,00	0,09
częstość spożywania kolacji	Xx	xx
miejsce spożywania I śniadania	Xx	xx
miejsce spożywania II śniadania	Xx	xx
miejsce spożywania obiadu	Xx	xx
miejsce spożywania podwieczorku	Xx	xx
miejsce spożywania kolacji	Xx	xx
ilość spożywanych posiłków dziennie: 1	Xx	Xx
ilość spożywanych posiłków dziennie: 2	0,19	Xx

cd. Tab. XXIX A. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich zwyczajów żywieniowych (p. str. 81).

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość spożywanych posiłków dziennie: 3	0,01	0,10
ilość spożywanych posiłków dziennie: 4	0,19	Xx
ilość spożywanych posiłków dziennie: 5	0,15	Xx
ilość spożywanych posiłków dziennie: > 5	Xx	Xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: jogurt	0,89	Xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: pieczywo	Xx	Xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: masło	Xx	Xx
rodzaj spożywanych napojów na I śniadanie: mleko	0,82	Xx
rodzaj spożywanych napojów na I śniadanie: herbata	Xx	Xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: wędlina	0,04	0,08
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: dżem	0,37	Xx
rodzaj spożywanego posiłku na I śniadanie: zupa mleczna	Xx	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: drożdżówka	0,02	0,10
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: chipsy	Xx	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: słodycze	0,02	0,10
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: fast-foody	0,04	0,09
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: kanapka	0,29	Xx
rodzaj spożywanych napojów na II śniadanie: kubek mleka	Xx	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: herbata	0,94	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: owoce	0,25	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: jogurt	0,24	Xx
rodzaj spożywanych posiłków na obiad: zupa	0,14	Xx
rodzaj spożywanych posiłków na obiad: drugie danie	Xx	Xx
rodzaj spożywanych produktów na obiad: surówka	0,87	Xx
rodzaj spożywanych napojów na obiad: kompot	0,01	0,09
rodzaj spożywanych produktów na podwieczorek: owoce	0,78	Xx
rodzaj spożywanych napojów na kolację: herbata	0,32	Xx
rodzaj spożywanych napojów na kolację: mleko	0,02	0,10
rodzaj spożywanych produktów na kolację: kanapki	0,22	Xx
rodzaj spożywanych posiłków na kolację: danie ciepłe	0,07	Xx
ulubiony napój: mleko	0,84	Xx
ulubiony napój: sok	0,19	Xx
ulubiony napój: herbata	0,51	Xx
ulubiony napój: niegazowany	0,02	0,10
ulubiony napój: gazowany	0,73	Xx
ulubiony napój: woda mineralna	0,20	Xx
dojadanie	0,19	Xx
dojada: pieczywo	0,11	Xx
dojada: ciastka	0,18	Xx

cd. Tab. XXIX A. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich zwyczajów żywieniowych (p. str. 81).

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
dojada: owoce	0,66	xx
dojada: jogurty	0,58	xx
jedzenie nocą	0,14	xx
częstość spożywanych posiłków nocą	Xx	xx
najedzony	Xx	xx
głodny	Xx	Xx

Tab. XXXVI A. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od rodzaju podejmowanej przez nich aktywności fizycznej (p. str. 83)

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
posiadany sprzęt sportowy: rower	Xx	xx
posiadany sprzęt sportowy: łyżwy	0,16	xx
posiadany sprzęt sportowy: łyżworolki	0,52	xx
posiadany sprzęt sportowy: motorower	0,69	xx
posiadany sprzęt sportowy: narty	0,35	xx
posiadany sprzęt sportowy: piłka	0,45	xx
posiadany sprzęt sportowy: skating	Xx	xx
posiadany sprzęt sportowy: fitness	0,92	xx
posiadany sprzęt sportowy: tenis	Xx	xx
wysiłek dzienny: dojście do szkoły	0,83	xx
wysiłek dzienny: zajęcia pozalekcyjne	0,83	xx
wysiłek dzienny: spacer z psem	0,45	xx
sport w klubie	0,18	xx
uprawiana dyscyplina: gimnastyka	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: jeździectwo	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: kolarstwo	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: koszykówka	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: lekkoatletyka	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: piłka nożna	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: piłka ręczna	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: piłka siatkowa	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: pływanie	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: sporty walki	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: sporty zimowe	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: tenis zimowy	Xx	xx
uprawiana dyscyplina: taniec	Xx	xx
odnosi sukces sportowy	Xx	xx
uprawia sport amatorsko	0,32	xx

cd. Tab. XXXVI A. Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od rodzaju podejmowanej przez nich aktywności fizycznej (p. str. 83)

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
uczęszcza na lekcje WF	0,13	xx
zwolnienie z lekcji WF	Xx	xx
nie uczęszcza na lekcje WF powód: niepełnosprawność	Xx	xx
lubi lekcje WF	0,15	xx
jest zadowolony z aktywności fizycznej	0,10	xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak obiektów	0,11	xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak sprzętu	0,19	xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: drogi wynajem	0,54	xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak czasu	0,83	xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: samemu trudno	0,64	xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: jestem leniwy	0,45	xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak nawyku	Xx	xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak tradycji rodzinnej	Xx	xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak zainteresowania	Xx	xx

Tab. LI A. Stan odżywiania badanych licealistów w zależności od ich wiedzy dotyczącej zachowań zdrowotnych (p. str. 88).

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość spożywanych posiłków	Xx	xx
spożywanie surówek: ważne	Xx	xx
spożywanie chipsów: zdrowe	Xx	xx
picie coca coli: zdrowe	Xx	xx
spożywanie I śniadania: ważne	Xx	xx
spożywanie II śniadania: ważne	Xx	xx
palenie szkodzi	Xx	xx
alkohol szkodzi	Xx	xx
narkotyki szkodzą	Xx	xx

Tab. LIV A. Stan odżywiania badanych licealistów w zależności od zażywanych przez nich substancji psychoaktywnych (p. str. 89).

Zależność między zmienną „stan odżywiania” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
pali papierosy	0,67	xx
częstość palenia	Xx	xx
ilość wypalanych papierosów dziennie	Xx	xx
pali w szkole	Xx	xx
pije alkohol	0,05	xx
pije alkohol: piwo	Xx	xx
pije alkohol: wódkę	0,72	xx
pije alkohol: wino	0,21	xx
częstość picia	Xx	xx
pije piwo: ile dziennie	Xx	xx
pije wino: ile dziennie	Xx	xx
pije wódkę: ile dziennie	Xx	xx
zażywa środki odurzające	Xx	xx
dawniej zażywał/a środki odurzające	Xx	xx

Tab. LV A. Pytania metryczkowe kierowane do uczniów szkół licealnych w zależności od ich miejsca zamieszkania (p. str. 90).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
mieszka z mamą	0,07	xx
mieszka z tatą	0,65	xx
mieszka z rodzeństwem	0,07	xx
mieszka z innym opiekunem	0,04	0,07
pracuje: mama	0,00	0,09
pracuje: tata	0,23	Xx
pracuje: opiekun	0,30	Xx
nikt nie pracuje	Xx	Xx

Tab. LVI A. Zwyczaje żywieniowe ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. str. 92).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
wegetarianin	Xx	Xx
lubi potrawy słone	0,54	Xx
odchudzanie	0,00	0,16
zaburzenia odżywiania: nadmierna konsumpcja	0,04	0,10
zaburzenia odżywiania: lęk przed otyłością	0,81	Xx
zaburzenia odżywiania: prowokowanie wymiotów	0,32	Xx
zaburzenia odżywiania: jadłowstręt	0,13	Xx

cd. LVI A. Zwyczaje żywieniowe ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. str. 92).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
spożywane produkty: mięso czerwone	0,00	0,17
spożywane produkty: mięso białe	0,00	0,15
spożywane produkty: mleko	0,05	0,09
spożywane produkty: warzywa	0,00	0,13
spożywane produkty: owoce	0,00	0,12
spożywane produkty: słodczyce	0,02	0,10
spożywane produkty: białe pieczywo	0,91	xx
spożywane produkty: ryby	0,00	0,13
spożywane produkty: jaja	0,03	0,10
częstość spożywania I śniadania	0,53	xx
częstość spożywania II śniadanie	0,52	Xx
częstość spożywania obiadu	Xx	Xx
częstość spożywania podwieczorku	0,00	0,16
częstość spożywania kolacji	0,00	0,17
miejsce spożywania I śniadania	Xx	Xx
miejsce spożywania II śniadania	Xx	Xx
miejsce spożywania obiadu	Xx	Xx
miejsce spożywania podwieczorku	Xx	Xx
miejsce spożywania kolacji	Xx	Xx
ilość spożywanych posiłków dziennie: 1	0,05	0,10
ilość spożywanych posiłków dziennie: 2	0,25	Xx
ilość spożywanych posiłków dziennie: 3	0,00	0,14
ilość spożywanych posiłków dziennie: 4	0,00	0,15
ilość spożywanych posiłków dziennie: 5	0,00	0,17
ilość spożywanych posiłków dziennie: > 5	0,00	0,19
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: jogurt	0,62	Xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: pieczywo	0,00	0,15
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: masło	0,00	0,18
rodzaj spożywanych napojów na I śniadanie: mleko	0,32	Xx
rodzaj spożywanych napojów na I śniadanie: herbata	0,00	0,15
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: wędlina	0,00	0,29
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: dżem	0,00	0,26
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: zupa mleczna	0,42	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: drożdżówka	0,84	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: chipsy	0,15	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: słodczyce	0,75	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: fast-foody	0,46	Xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: kanapka	0,57	Xx

cd. Tab. LVI A. Zwyczaje żywieniowe ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. str. 92).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
rodzaj spożywanych napojów na II śniadanie: kubek mleka	Xx	Xx
rodzaj spożywanych napojów na II śniadanie: herbata	0,01	0,08
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: owoce	0,00	0,18
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: jogurt	0,00	0,18
rodzaj spożywanych dań na obiad: drugie danie	0,02	0,10
rodzaj spożywanych produktów na obiad: surówka	0,00	0,15
rodzaj spożywanych produktów na podwieczorek: ciastko	0,19	Xx
rodzaj spożywanych produktów na podwieczorek: owoce	0,00	0,17
rodzaj spożywanych produktów na podwieczorek: słodycze	0,06	Xx
rodzaj spożywanych napojów na podwieczorek: herbata	0,27	Xx
rodzaj spożywanych napojów na kolację: mleko	0,21	Xx
rodzaj spożywanych produktów na kolację: kanapki	0,01	0,08
rodzaj spożywanych dań na kolację: dania ciepłe	0,00	0,09
ulubiony napój: mleko	0,32	Xx
ulubiony napój: sok	0,78	Xx
ulubiony napój: herbata	0,10	Xx
ulubiony napój: niegazowany	0,00	0,10
ulubiony napój: gazowany	0,00	0,15
ulubiony napój: energetyzujący	0,00	0,16
ulubiony napój: woda mineralna	0,00	0,20
dojadanie	0,00	0,12
dojada: słodycze	0,01	0,09
dojada: pieczywo	0,00	0,16
dojada: ciastka	0,06	Xx
dojada: owoce	0,00	0,19
dojada: jogurty	0,02	0,08
jedzenie nocą	0,19	Xx
częstość spożywanych posiłków nocą	0,42	Xx
najedzony	0,00	0,13
głodny	0,03	0,10

Tab. LXIV A. Dyscypliny sportowe uprawiane przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. str. 94).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
posiadany sprzęt sportowy: rower	Xx	Xx
posiadany sprzęt sportowy: łyżwy	0,08	Xx
posiadany sprzęt sportowy: łyżworolki	0,00	0,12

cd. Tab. LXIV A. Dyscypliny sportowe uprawiane przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. str. 94).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
posiadany sprzęt sportowy: motorower	0,00	0,16
posiadany sprzęt sportowy: narty	0,00	0,09
posiadany sprzęt sportowy: piłka	0,00	0,18
posiadany sprzęt sportowy: skating	0,01	0,09
posiadany sprzęt sportowy: fitness	0,02	0,07
posiadany sprzęt sportowy: tenis	0,02	0,07
wysiłek dzienny: dojście do szkoły	0,00	0,10
wysiłek dzienny: gry i zabawy	0,01	0,08
wysiłek dzienny: zajęcia pozalekcyjne	0,00	0,13
wysiłek dzienny: sport	0,09	Xx
wysiłek dzienny: spacer z psem	0,00	0,11
wysiłek dzienny: sport w klubie	0,00	0,12
uprawiana dyscyplina: gimnastyka	0,02	0,16
uprawiana dyscyplina: jeździectwo	0,07	Xx
uprawiana dyscyplina: kolarstwo	0,01	0,18
uprawiana dyscyplina: lekkoatletyka	0,06	Xx
uprawiana dyscyplina: piłka ręczna	0,24	Xx
uprawiana dyscyplina: piłka siatkowa	0,02	0,16
uprawiana dyscyplina: pływanie	0,81	Xx
uprawiana dyscyplina: sporty walki	0,02	0,16
uprawiana dyscyplina: sukces sportowy	0,05	Xx
uprawia sport amatorsko	0,00	0,14
uczęszcza na lekcje WF	0,03	0,07
zwolnienie z lekcji WF	Xx	Xx
nie uczęszcza na lekcje WF powód: niepełnosprawność	Xx	Xx
lubi lekcje WF	0,05	0,07
chce więcej lekcji WF	0,33	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak obiektów	0,23	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak sprzętu	0,00	0,15
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: drogi wynajem	0,01	0,12
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak klubu	0,95	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: samemu trudno	0,01	0,11
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: jestem leniwy	0,08	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak nawyku	0,41	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak tradycji rodzinnej	0,25	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak zainteresowania	Xx	Xx

Tab. LXX A. Budowa ciała w opinii licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. str.96).

Zależność między zmienną „powiat” a :	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
lekarz informował o otyłości lub nadwadze	0,28	Xx
otyli w rodzinie	0,31	Xx
próby przytycia	0,13	Xx

Tab. LXXIII A. Stosowanie środków uzależniających przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. str. 97).

Zależność między zmienną „powiat” a :	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
pali papierosy	0,00	0,18
ilość wypalanych papierosów dziennie	0,14	Xx
pije alkohol	0,00	0,12
pije alkohol: piwo	0,00	0,17
pije alkohol: wódkę	0,00	0,13
pije alkohol: jak często	Xx	Xx
pije piwo: ile dziennie	Xx	Xx
pije wino: ile dziennie	Xx	Xx
pije wódkę: ile dziennie	Xx	Xx
zażywa środki odurzające	0,08	Xx
dawniej zażywał/a środki odurzające	0,64	Xx

Tab. LXXVI A. Samoocena stanu zdrowia w opinii licealistów w zależności od miejsca zamieszkania (p. str. 99).

Zależność między zmienną „powiat” a :	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ocena swojego zdrowia	Xx	Xx
leczy się w szpitalu	0,12	Xx
bierze leki	0,00	0,14

Tab. LXXXI A. Wiedza ankietowanych uczniów dotycząca zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania (p. str. 101).

Zależność między zmienną „powiat” a :	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość spożywanych posiłków	Xx	Xx
spożywanie surówek: ważne	0,00	0,11
spożywanie chipsów: zdrowe	0,00	0,12
spożywanie I śniadania: ważne	Xx	Xx
spożywanie II śniadania: ważne	0,06	Xx

Tab. LXXXIV A. Zwyczaje żywieniowe licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” (p. str. 102).

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
wegetarianin	Xx	Xx
lubi potrawy słone	0,18	Xx
odchudzanie	0,15	Xx
zaburzenia odżywiania: lęk przed otyłością	0,24	Xx
zaburzenia odżywiania: prowokowanie wymiotów	Xx	Xx
zaburzenia odżywiania: jadłowstręt	0,37	Xx
spożywane produkty: mięso czerwone	0,83	Xx
spożywane produkty: mleko	0,03	0,09
spożywane produkty: warzywa	0,09	Xx
spożywane produkty: owoce	Xx	Xx
spożywane produkty: słodczyce	0,10	Xx
spożywane produkty: białe pieczywo	0,84	Xx
spożywane produkty: ryby	0,08	xx
spożywane produkty: jaja	0,74	xx
częstość spożywania I śniadania	0,46	xx
częstość spożywania II śniadania	0,97	xx
częstość spożywania obiadu	Xx	xx
częstość spożywania podwieczorku	0,04	0,09
częstość spożywania kolacji	0,09	xx
miejsce spożywania I śniadania	Xx	xx
miejsce spożywania II śniadania	Xx	xx
miejsce spożywania obiadu	Xx	xx
miejsce spożywania podwieczorku	Xx	xx
miejsce spożywania kolacji	Xx	xx
ilość spożywanych posiłków dziennie: 1	0,33	xx
ilość spożywanych produktów dziennie: 2	0,56	xx
ilość spożywanych produktów dziennie: 3	0,55	xx
ilość spożywanych produktów dziennie: 4	0,45	xx
ilość spożywanych produktów dziennie: 5	0,25	xx
ilość spożywanych produktów dziennie: > 5	0,29	xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: jogurt	0,94	xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: pieczywo	Xx	xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: mleko	0,13	xx
rodzaj spożywanych napojów na I śniadanie: herbata	0,33	xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: wędlina	0,42	xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: dżem	0,22	xx
rodzaj spożywanych produktów na I śniadanie: zupa mleczna	0,46	xx

cd. Tab. LXXXIV A. Zwyczaje żywieniowe licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” (p. str. 102).

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: drożdżówka	0,24	xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: chipsy	0,05	xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: słodycze	0,71	xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: fast-food	0,39	xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: kanapka	0,65	xx
rodzaj spożywanych napojów na II śniadanie: kubek mleka	Xx	xx
rodzaj spożywanych napojów na II śniadanie: herbata	0,15	xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: owoce	0,20	xx
rodzaj spożywanych produktów na II śniadanie: jogurt	0,88	Xx
rodzaj spożywanych posiłków na obiad: drugie danie	Xx	Xx
rodzaj spożywanych produktów na obiad: surówka	0,74	Xx
rodzaj spożywanych produktów na podwieczorek: ciastko	0,52	Xx
rodzaj spożywanych produktów na podwieczorek: owoce	0,09	Xx
rodzaj spożywanych produktów na podwieczorek: słodycze	0,87	Xx
rodzaj spożywanych napojów na kolację: herbata	0,90	Xx
rodzaj spożywanych napojów na kolację: mleko	0,83	Xx
rodzaj spożywanych produktów na kolację: kanapki	0,06	Xx
rodzaj spożywanych posiłków na kolację: dania ciepłe	0,89	Xx
ulubiony napój: mleko	0,37	Xx
ulubiony napój: sok	0,32	Xx
ulubiony napój: herbata	0,06	Xx
ulubiony napój: niegazowany	0,17	Xx
ulubiony napój: gazowany	0,03	0,07
ulubiony napój: energetyzujący	0,03	0,07
ulubiony napój: woda mineralna	0,00	0,11
dojadanie	0,56	Xx
dojada: słodycze	0,30	Xx
dojada: pieczywo	0,33	Xx
dojada: ciastka	0,93	Xx
dojada: owoce	0,42	Xx
dojada: jogurty	0,09	Xx
jedzenie nocą	0,35	Xx
częstość spożywania posiłków nocą	Xx	Xx
najedzony	0,23	Xx
głodny	0,74	Xx

Tab. LXXXVII A. Aktywność fizyczna ankietowanych uczniów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” (p. str. 104).

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
posiadany sprzęt sportowy: rower	Xx	Xx
posiadany sprzęt sportowy: łyżwy	0,21	Xx
posiadany sprzęt sportowy: łyżworolki	0,05	0,06
posiadany sprzęt sportowy: narty	0,19	Xx
posiadany sprzęt sportowy: piłkę	0,54	Xx
posiadany sprzęt sportowy: skating	Xx	Xx
posiadany sprzęt sportowy: fitness	0,13	Xx
posiadany sprzęt sportowy: tenis	Xx	Xx
wysiłek dzienny: dojście do szkoły	0,01	0,08
wysiłek dzienny: gry i zabawy	0,98	Xx
wysiłek dzienny: lekcje WF	0,02	0,08
wysiłek dzienny: zajęcia pozalekcyjne	0,72	Xx
wysiłek dzienny: sport	0,87	Xx
wysiłek dzienny: spacer z psem	0,38	Xx
uprawiana dyscyplina: gimnastyka	0,41	Xx
uprawiana dyscyplina: jeździectwo	Xx	Xx
uprawiana dyscyplina: kolarstwo	Xx	Xx
uprawiana dyscyplina: koszykówka	Xx	Xx
uprawiana dyscyplina: lekkoatletyka	Xx	Xx
uprawiana dyscyplina: piłka nożna	0,24	Xx
uprawiana dyscyplina: piłka ręczna	Xx	Xx
uprawiana dyscyplina: piłka siatkowa	0,08	Xx
uprawiana dyscyplina: pływanie	0,27	Xx
uprawiana dyscyplina: sporty walki	0,41	Xx
uprawiana dyscyplina: sporty zimowe	Xx	Xx
uprawiana dyscyplina: tenis ziemny	Xx	Xx
uprawiana dyscyplina: taniec	Xx	Xx
odnosi sukces sportowy	0,52	Xx
uprawia sport amatorsko	0,03	0,07
uczęszcza na lekcje WF	0,51	Xx
zwolnienie z lekcji WF	Xx	Xx
nie uczęszcza na lekcje WF powód: niepełnosprawność	Xx	Xx
lubi lekcje WF	0,48	Xx
chce więcej lekcji WF	0,95	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak obiektów	0,24	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak sprzętu	0,10	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak klubu	0,80	Xx

cd. Tab. LXXXVII A. Aktywność fizyczna ankietowanych uczniów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” (p. str. 104).

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak czasu	0,14	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: samemu trudno	0,04	0,09
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: jestem leniwy	0,72	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak nawyku	0,67	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak tradycji rodzinnej	Xx	Xx
niezadowolony z aktywności fizycznej powód: brak zainteresowania	Xx	Xx

Tab. XCIII A. Stosowanie środków uzależniających wśród licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” (p. str.107).

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
pali papierosy	0,10	Xx
częstość palenia	Xx	Xx
ilość wypalanych papierosów dziennie	Xx	Xx
pali w szkole	0,94	Xx
pije alkohol	0,85	Xx
pije alkohol: piwo	0,13	Xx
pije alkohol: wódkę	0,94	Xx
pije alkohol: wino	0,70	Xx
częstość picia	xx	Xx
pije piwo: ile dziennie	xx	Xx
pije wino: ile dziennie	xx	Xx
pije wódkę: ile dziennie	xx	Xx
zażywa środki odurzające	xx	Xx
dawniej zażywał/a środki odurzające	xx	Xx

Tab. XCIV A. Stan zdrowia licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” (p. str. 107).

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ocena swojego zdrowia	xx	Xx
problemy ze zdrowiem	0,36	Xx
leczy się w poradni	0,47	Xx
leczy się w szpitalu	0,30	Xx
bierze leki	0,71	Xx
bywa zestresowany	0,17	Xx

Tab. XCV A. Samoocena i dobrostan licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę” (p. str. 107).

Zależność między zmienną udział w programie „Trzymaj Formę” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
zadowolony z wyglądu	0,38	Xx
jest szczęśliwy	0,68	Xx
ilość posiadanych przyjaciół	0,29	Xx

Tab. CXIV. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od miejsca zamieszkania (p. str. 126).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w domu	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: u rodziny	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w barze	xx	Xx
dziecko je I śniadanie	xx	Xx
dziecko je II śniadanie	xx	Xx
dziecko je obiady	xx	Xx
dziecko je podwieczorek	0,83	Xx
dziecko je kolację	xx	Xx
II śniadanie dziecko: zabiera z domu	xx	Xx
II śniadanie dziecko: otrzymuje bezpłatnie w szkole	xx	Xx
II śniadanie dziecko: kupuje w szkole	0,73	Xx
ilość spożywanych dziennie posiłków przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mleka przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania słodczy przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mięsa przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania surówek/sałatek przez dziecko	xx	Xx
spożywane przez dziecko produkty wyhodowane w gospodarstwie rodziców	0,02	0,09
dziecko jest na diecie odchudzającej	xx	Xx
dziecko odchudzało się w ciągu ostatnich 2 lat	0,53	Xx
dziecko jest najedzone	xx	Xx
dziecko jest głodne	xx	Xx
w rodzinie dziecka nadwaga lub otyłość	0,06	Xx
dziecko siedzi przy komputerze	xx	Xx
dziecko ogląda TV	xx	Xx
dziecko uprawia sport w klubie	xx	Xx
dziecko uprawia sport amatorsko	0,36	Xx
dziecko uczestniczy w lekcjach WF	0,32	Xx
rodzic chce więcej lekcji WF	0,10	Xx
rodzic uprawia zdrowy styl życia	0,59	Xx

cd. Tab. CXIV. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od miejsca zamieszkania (p. str. 126).

Zależność między zmienną „powiat” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ocena stanu zdrowia dziecka przez rodzica	xx	Xx
dziecko leczone w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat	0,26	Xx
dziecko opuszcza lekcje z powodu choroby	0,18	Xx
ilość opuszczonych lekcji z powodu choroby przez dziecko	xx	Xx
w czasie choroby leczy dziecko znachor: lekarz	xx	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: rodzice nie-lekarze	0,88	Xx
w czasie choroby leczy: znachor	xx	Xx
forma leczenia dziecka: środki farmakologiczne	0,22	Xx
forma leczenia dziecka: zioła ze sklepu	0,39	Xx
forma leczenia dziecka: metody domowe	0,28	Xx
dziecko pali papierosy	xx	Xx
czasokres palenia papierosów przez dziecko	xx	Xx
rodzic pali	0,60	Xx
dziecko pije alkohol	0,82	Xx
rodzice piją alkohol	xx	Xx
dziecko pije kawę	0,04	0,08
dziecko stosuje używki	xx	Xx
rodzic zadowolony z wyglądu	0,79	Xx
rodzic zadowolony z życia	xx	Xx
rodzic zadowolony z rodziny	xx	Xx
rodzic interesuje się sprawami kraju	0,95	Xx
rodzic uważa, że życie ma sens	xx	Xx

Tab. CXV A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych z uwzględnieniem ich wieku (p. str.127).

Zależność między zmienną „wiek” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w domu	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: u rodziny	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w barze	xx	Xx
dziecko je I śniadanie	0,82	Xx
dziecko je II śniadanie	0,73	Xx
dziecko je obiady	xx	Xx
dziecko je podwieczorek	0,77	Xx
dziecko je kolację	0,51	Xx
II śniadanie dziecko: zabiera z domu	0,26	Xx
II śniadanie dziecko: otrzymuje bezpłatnie w szkole	xx	Xx

cd. Tab. CXV A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych z uwzględnieniem ich wieku (p. str.127).

Zależność między zmienną „wiek” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
II śniadanie dziecko: kupuje w szkole	0,34	Xx
ilość spożywanych dziennie posiłków przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mleka przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania słodczy przez dziecko	0,89	Xx
częstość spożywania mięsa przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania surówek/sałatek przez dziecko	xx	Xx
dziecko spożywa produkty wyhodowane w gospodarstwie rodziców	0,99	Xx
dziecko jest na diecie odchudzającej	0,16	Xx
dziecko odchudzało się w ciągu ostatnich 2 lat	0,69	Xx
dziecko jest najedzone	xx	Xx
dziecko jest głodne	xx	Xx
w rodzinie dziecka nadwaga lub otyłość	0,28	Xx
dziecko siedzi przy komputerze	xx	Xx
dziecko ogląda TV	xx	Xx
aktywność fizyczna dziecka: świeże powietrze	0,18	Xx
dziecko uprawia sport w klubie	0,26	Xx
dziecko uprawia sport amatorsko	0,68	Xx
dziecko uczestniczy w lekcjach WF	0,59	Xx
rodzic chce więcej lekcji WF	0,25	Xx
rodzic uprawia zdrowy styl życia	0,64	Xx
ocena stanu zdrowia dziecka przez rodzica	xx	Xx
dziecko leczone w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat	0,07	Xx
dziecko opuszcza lekcje z powodu choroby	0,72	Xx
ilość opuszczonych lekcji z powodu choroby przez dziecko	xx	Xx
w czasie choroby leczą dziecko: lekarz	0,33	Xx
w czasie choroby leczą dziecko: rodzice nie-lekarze	0,47	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: znachor	xx	Xx
forma leczenia dziecka: samo przejdzie	0,45	Xx
forma leczenia dziecka: środki farmakologiczne	0,10	Xx
forma leczenia dziecka: zioła ze sklepu	0,91	Xx
forma leczenia dziecka: metody domowe	0,77	Xx
dziecko pali papierosy	xx	Xx
czasokres palenia papierosów przez dziecko	xx	Xx
rodzic pali	0,13	Xx
dziecko pije alkohol	0,91	Xx
rodzice piją alkohol	0,11	Xx

Tab. CXVI A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych – wg płci (p. str. 129).

Zależność między zmienną „płeć” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość spożywanych posiłków dziennie przez dziecko	xx	Xx
dziecko jest najedzone	xx	Xx
dziecko jest głodne	xx	Xx
ocena stanu zdrowia dziecka przez rodzica	xx	Xx
forma leczenia dziecka: środki farmakologiczne	0,29	Xx
forma leczenia dziecka: zioła ze sklepu	0,37	Xx
forma leczenia dziecka: metody domowe	0,95	Xx
rodzic zadowolony z życia	0,89	Xx
rodzic zadowolony z rodziny	xx	Xx
rodzic interesuje się sprawami kraju	0,09	Xx
rodzic uważa, że życie ma sens	xx	Xx

Tab. CXVII A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych z uwzględnieniem ich wykształcenia (p. str. 130).

Zależność między zmienną „ wykształcenie” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w domu	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: u rodziny	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w barze	xx	Xx
dziecko je I śniadanie	xx	Xx
dziecko je II śniadanie	xx	Xx
dziecko je obiady	xx	Xx
dziecko je podwieczorek	0,13	Xx
dziecko je kolację	xx	Xx
II śniadanie dziecko: zabiera z domu	xx	Xx
II śniadanie dziecko: otrzymuje bezpłatnie w szkole	xx	Xx
II śniadanie dziecko: kupuje w szkole	0,30	Xx
ilość spożywanych dziennie posiłków przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mleka przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania słodczy przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mięsa przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania surówek/sałatek przez dziecko	xx	Xx
spożywane przez dziecko produkty wyhodowane w gospodarstwie rodziców	0,00	0,25
dziecko jest na diecie odchudzającej	0,10	Xx
dziecko odchudzało się w ciągu ostatnich 2 lat	0,99	Xx
dziecko jest najedzone	xx	Xx
dziecko jest głodne	xx	Xx

cd. Tab. CXVII A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych z uwzględnieniem ich wykształcenia (p. str. 130).

Zależność między zmienną „ wykształcenie” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
w rodzinie dziecka nadwaga lub otyłość	0,90	Xx
dziecko siedzi przy komputerze	xx	Xx
dziecko ogląda TV	xx	Xx
dziecko uprawia aktywność fizyczną na świeżym powietrzu	0,06	Xx
dziecko uprawia sport w klubie	xx	Xx
dziecko uprawia sport amatorsko	0,34	Xx
dziecko pomaga w domu	0,21	Xx
dziecko uczestniczy w lekcjach WF	0,86	Xx
rodzic chce więcej lekcji WF	0,39	Xx
rodzic uprawia zdrowy styl życia	0,05	0,12
ocena stanu zdrowia dziecka przez rodzica	xx	Xx
dziecko leczone w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat	0,29	Xx
dziecko opuszcza lekcje z powodu choroby	0,87	Xx
dziecko spożywa produkty wyhodowane w gospodarstwie rodziców	0,00	0,25
ilość opuszczonych lekcji z powodu choroby przez dziecko	xx	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: lekarz	0,53	Xx
w czasie choroby leczą dziecko: rodzice nie-lekarze	0,64	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: znachor	xx	Xx
forma leczenia dziecka: samo przejdzie	0,86	Xx
forma leczenia dziecka: środki farmakologiczne	0,56	Xx
forma leczenia dziecka: zioła ze sklepu	0,16	Xx
forma leczenia dziecka: metody domowe	0,83	Xx
dziecko pali papierosy	xx	Xx
czasokres palenia papierosów przez dziecko	xx	Xx
rodzic pali	0,10	Xx
dziecko pije alkohol	0,11	Xx
rodzice piją alkohol	0,05	Xx
dziecko pije kawę	0,87	Xx
dziecko stosuje używki	xx	Xx
rodzic zadowolony z wyglądu	0,33	Xx
rodzic zadowolony z życia	0,40	Xx
rodzic zadowolony z rodziny	xx	Xx
rodzic uważa, że życie ma sens	xx	Xx

Tab. CXVIII A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od ich statusu zatrudnienia (p. str. 132).

Zależność między zmienną „status zatrudnienia” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w domu	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: u rodziny	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w barze	xx	Xx
dziecko je I śniadanie	xx	Xx
dziecko je II śniadanie	xx	Xx
dziecko je obiady	xx	Xx
dziecko je podwieczerek	xx	Xx
dziecko je kolację	xx	Xx
II śniadanie dziecko: zabiera z domu	xx	Xx
II śniadanie dziecko: otrzymuje bezpłatnie w szkole	xx	Xx
II śniadanie dziecko: kupuje w szkole	xx	Xx
ilość spożywanych dziennie posiłków przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mleka przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania słodczy przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mięsa przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania surówek/sałatek przez dziecko	xx	Xx
ilość spożywanych posiłków przez dziecko	xx	Xx
dziecko jest na diecie odchudzającej	xx	Xx
dziecko odchudzało się w ciągu ostatnich 2 lat	0,13	Xx
dziecko jest najedzone	xx	Xx
dziecko jest głodne	xx	Xx
w rodzinie dziecka nadwaga lub otyłość	0,44	Xx
dziecko siedzi przy komputerze	xx	Xx
dziecko ogląda TV	xx	Xx
aktywność fizyczna dziecka na świeżym powietrzu	xx	Xx
dziecko uprawia sport w klubie	xx	Xx
dziecko uprawia sport amatorsko	xx	Xx
dziecko pomaga w domu	xx	Xx
dziecko uczestniczy w lekcjach WF	xx	Xx
rodzic chce więcej lekcji WF	0,42	Xx
rodzic uprawia zdrowy styl życia	0,71	Xx
ocena stanu zdrowia dziecka przez rodzica	xx	Xx
dziecko leczone w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat	xx	Xx
dziecko opuszcza lekcje z powodu choroby	0,29	Xx
ilość opuszczonych lekcji z powodu choroby przez dziecko	xx	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: lekarz	xx	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: rodzice nie-lekarze	0,62	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: znachor	xx	Xx

cd. Tab. CXVIII A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od ich statusu zatrudnienia (p. str. 132).

Zależność między zmienną „status zatrudnienia” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
forma leczenia dziecka: samo przejdzie	xx	Xx
forma leczenia dziecka: środki farmakologiczne	xx	Xx
forma leczenia dziecka: zioła ze sklepu	0,58	Xx
forma leczenia dziecka: metody domowe	0,49	Xx
dziecko pali papierosy	xx	Xx
czasokres palenia papierosów przez dziecko	xx	Xx
rodzic pali	0,04	0,14
rodzice piją alkohol	xx	Xx
dziecko pije kawę	0,49	Xx
dziecko stosuje używki	xx	Xx
rodzic zadowolony z wyglądu	0,33	Xx
rodzic zadowolony z życia	xx	Xx
rodzic zadowolony z rodziny	xx	Xx
rodzic uważa, że życie ma sens	0,11	Xx

Tab. CXXII A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od wykonywanego przez nich zawodu (p. str. 134).

Zależność między zmienną „zawód” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
ilość posiadanych dzieci	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w domu	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: u rodziny	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w barze	xx	Xx
dziecko je I śniadanie	xx	Xx
dziecko je II śniadanie	xx	Xx
dziecko je obiady	xx	Xx
dziecko je podwieczerek	xx	Xx
dziecko je kolację	xx	Xx
II śniadanie dziecko: zabiera z domu	xx	Xx
II śniadanie dziecko: otrzymuje bezpłatnie w szkole	xx	Xx
II śniadanie dziecko: kupuje w szkole	xx	Xx
ilość spożywanych dziennie posiłków przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mleka przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania słodczy przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mięsa przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania surówek/sałatek przez dziecko	xx	Xx
spożywane przez dziecko produkty wyhodowane w gospodarstwie rodziców	0,09	Xx

cd. Tab. CXXII A. Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od wykonywanego przez nich zawodu (p. str. 134).

Zależność między zmienną „zawód” a:	Wartość p dla testu χ^2	Współczynnik V Cramera
dziecko jest na diecie odchudzającej	xx	Xx
dziecko odchudzało się w ciągu ostatnich 2 lat	0,64	Xx
dziecko jest najedzone	xx	Xx
dziecko jest głodne	xx	Xx
w rodzinie dziecka nadwaga lub otyłość	0,30	Xx
dziecko siedzi przy komputerze	xx	Xx
dziecko ogląda TV	xx	Xx
dziecko uprawia aktywność fizyczną na świeżym powietrzu	xx	Xx
dziecko uprawia sport w klubie	xx	Xx
dziecko uprawia sport amatorsko	xx	Xx
dziecko pomaga w domu	xx	Xx
dziecko uczestniczy w lekcjach WF	0,43	Xx
rodzic chce więcej lekcji WF	0,78	Xx
rodzic uprawia zdrowy styl życia	0,29	Xx
ocena stanu zdrowia dziecka przez rodzica	xx	Xx
dziecko opuszcza lekcje z powodu choroby	xx	Xx
ilość opuszczonych lekcji z powodu choroby przez dziecko	xx	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: lekarz	0,34	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: rodzice nie-lekarze	xx	Xx
w czasie choroby leczy dziecko: znachor	xx	Xx
forma leczenia dziecka: środki farmakologiczne	0,67	Xx
forma leczenia dziecka: zioła ze sklepu	0,74	Xx
forma leczenia dziecka: metody domowe	0,24	Xx
czasokres palenia papierosów przez dziecko	xx	Xx
dziecko pije alkohol	0,90	Xx
rodzice piją alkohol	xx	Xx
dziecko pije kawę	0,53	Xx
dziecko stosuje używki	xx	Xx
rodzic zadowolony z wyglądu	0,51	Xx
rodzic zadowolony z życia	xx	Xx
rodzic zadowolony z rodziny	xx	Xx
rodzic interesuje się sprawami kraju	0,10	Xx
rodzic uważa, że życie ma sens	xx	Xx

Tab. CXXVI A. Zależność między zmienną „forma rodziny” a „poszczególnymi pytaniami ankietowanymi” kierowanymi do rodziców uczniów szkół licealnych (p. str. 136).

Zależność między zmienną „forma rodziny” a:	Wartość p dla testu chi-kwadrat	Współczynnik V Cramera
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w domu	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: u rodziny	xx	Xx
miejsce spożywania posiłków przez dziecko: w barze	xx	Xx
dziecko je I śniadanie	xx	Xx
dziecko je II śniadanie	0,41	Xx
dziecko je obiady	xx	Xx
dziecko je podwieczorek	0,49	Xx
dziecko je kolację	xx	Xx
II śniadanie dziecko: zabiera z domu	0,68	Xx
II śniadanie dziecko: otrzymuje bezpłatnie w szkole	xx	Xx
II śniadanie dziecko: kupuje w szkole	0,57	Xx
Ilość spożywanych dziennie posiłków przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania mleka przez dziecko	xx	Xx
częstość spożywania słodyczy przez dziecko	0,52	Xx
częstość spożywania mięsa przez dziecko	xx	Xx

2. Spis rycin

1. Liczby ankietowanych uczniów i ich rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
2. Rozkład procentowy - z podziałem na klasy I, II i III - uczniów biorących udział w badaniach.
3. Rozkład procentowy – wg wieku – uczniów biorących udział w badaniach.
4. Odsetek ankietowanych spośród ogółu licealistów pochodzących z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
5. Liczba rodzeństwa ankietowanych licealistów kaliskich.
6. Rodzice z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
7. Wiek ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
8. Wykształcenie ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
9. Liczba dzieci w rodzinie - podana przez ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
10. Status zatrudniania ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
11. Częstość spożywania przez licealistów I. i II. śniadania.
12. Miejsca, w których licealiści spożywali I. i II. śniadania.
13. Częstość spożywania przez licealistów wybranych najpopularniejszych produktów na I. śniadanie.
14. Częstość spożywania przez licealistów mleka i przetworów mlecznych podczas I. śniadania.
15. Wskazywane przez licealistów miejsca spożywania obiadów, podwieczorków i kolacji.
16. Częstość spożywania obiadów przez licealistów.
17. Częstość spożywania poszczególnych dań obiadowych przez licealistów.
18. Liczba spożywanych dziennie posiłków przez licealistów.

19. Liczba dni w tygodniu, podczas których licealiści deklarowali, że są najedzeni bądź głodni.
20. Postrzeganie zmiany własnej sylwetki w opinii ankietowanych licealistów.
21. Porównanie częstości spożywania przez licealistów mięsa czerwonego i białego.
22. Częstość spożywania przez licealistów owoców i warzyw.
23. Częstość spożywania przez licealistów białego pieczywa, ryb i jaj.
24. Odsetek licealistów deklarujących wegetarianizm oraz preferujących słone potrawy.
25. Częstotliwość dojadania przez uczniów w nocy.
26. Odsetek licealistów uczestniczących w zajęciach wychowania fizycznego – wg płci.
27. Odsetek licealistów deklarujących chęć zwiększenia liczby godzin wychowania fizycznego - wg płci.
28. Zadowolenie licealistów z własnej aktywności fizycznej.
29. Odsetek licealistów „bardzo zadowolonych” i „raczej zadowolonych” ze swej własnej aktywności fizycznej - wg płci.
30. Wskazywany przez licealistów z własnym sukcesem sportowym poziom najwyższego osiągnięcia sportowego.
31. Najwyższe zajęte miejsca podczas zawodów, które wskazała młodzież odnosząca sukcesy sportowe.
32. Ocena przez licealistów własnej masy ciała.
33. Ocena własnej masy ciała - w opinii licealistów.
34. Zamierzenia w odniesieniu do zmiany własnej sylwetki - w opinii ankietowanych.
35. Zamierzenia w odniesieniu do zmiany własnej sylwetki - wg płci ankietowanych.
36. Odsetek licealistów, którzy kiedykolwiek próbowali się odchudzać - wg płci.
37. Odsetek licealistów, którzy kiedykolwiek próbowali przytyć - wg płci.
38. Charakterystyka ankietowanych licealistów wg zmiennej „masa ciała”.
39. Charakterystyka ankietowanych licealistów wg zmiennej „wysokość ciała”.

40. Odsetek uczniów, którzy przyznali się, że lekarz informował ich iż mają nadwagę bądź otyłość.
41. Odsetek palących licealistów - wg płci.
42. Częstotliwość palenia papierosów.
43. Liczba wypalanych dziennie papierosów.
44. Odsetek młodzieży konsumującej alkohol - wg płci.
45. Odsetek licealistów przyznających się do zażywania środków odurzających - wg płci.
46. Samoocena stanu zdrowia w opinii licealistów.
47. Odsetek licealistów: leczących się w poradni i szpitalu oraz systematycznie stosujących leki przepisane przez lekarza.
48. Częstość z jaką licealiści odczuwali stres.
49. Liczba posiadanych przyjaciół - wskazana przez licealistów.
50. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca konieczności spożywania I. i II. śniadania.
51. Opinie ankietowanych licealistów dotyczące zalecanej liczby posiłków w ciągu dnia.
52. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca właściwego sposobu żywienia - spożywanie surówek.
53. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca nieprawidłowego sposobu żywienia - jedzenie chipsów, picie coca-coli.
54. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca dojadania w ciągu dnia.
55. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca prawidłowej masy ciała.
56. Wiedza ankietowanych licealistów dotycząca następstw konsumowania substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol, narkotyki).
57. Problemy zdrowotne ankietowanych licealistów w zależności od ich stanu odżywiania.
58. Ilość rodzeństwa ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
59. Sposób dotarcia do szkoły ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.

60. Udział licealistów w programie „Trzymaj Formę” w zależności od miejsca zamieszkania.
61. Odsetek licealistów zadowolonych ze swej aktywności fizycznej w zależności od miejsca zamieszkania.
62. Częstość palenia papierosów przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
63. Częstość z jaką licealiści odczuwają stres w zależności od miejsca zamieszkania.
64. Częstość spożywania przez licealistów mięsa białego w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
65. Częstość spożywania przez licealistów masła w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
66. Częstość spożywania przez licealistów zup w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
67. Odsetek licealistów zadowolonych ze swej aktywności fizycznej w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
68. Odsetek licealistów wyrażających chęć zmiany sylwetki w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
69. Częstość spożywania I. i II. śniadania przez licealistów - w opinii ich rodziców.
70. Częstość spożywania pozostałych posiłków przez licealistów - w opinii ich rodziców.
71. Procentowy rozkład różnych form zdobywania II. śniadania przez licealistów - w opinii ich rodziców.
72. Częstość spożywania w ciągu dnia mleka przez licealistów - w opinii ich rodziców.
73. Częstość spożywania mięsa, warzyw i słodczy w ciągu dnia przez licealistów - w opinii ich rodziców.
74. Miejsce spożywania posiłków przez licealistów - w opinii ich rodziców.
75. Odsetek odchudzających się licealistów w okresie ostatnich 2 lat oraz stosujących dietę w czasie ankietyzacji - w opinii ich rodziców.
76. Odsetek licealistów odczuwających i nie odczuwających głodu - w opinii ich rodziców.
77. Zestawienie liczby posiłków jakie powinni jadać dziennie licealiści z liczbą posiłków spożywanych przez nich – w opinii ich rodziców.

78. Produkty konsumowane przez licealistów na śniadanie - sieć powiązań.
79. Produkty i potrawy konsumowane przez licealistów na obiad - sieć powiązań.
80. Produkty konsumowane przez licealistów na podwieczorek - sieć powiązań.
81. Produkty i potrawy konsumowane przez licealistów na kolację - sieć powiązań.
82. Spędzanie czasu wolnego przez licealistów przed ekranem komputera, telewizora i na świeżym powietrzu - wg wskazywanej częstotliwości, w odsetkach.
83. Spędzanie aktywnie czasu wolnego przez licealistów - wg wskazywanej częstotliwości, w odsetkach.
84. Masa ciała licealistów - w opinii ich rodziców.
85. Opinie ankietowanych rodziców na temat związku masy ciała ze stanem zdrowia.
86. Czasokres palenia tytoniu przez uczniów - w opinii ich rodziców.
87. Odsetek palących rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
88. Stan zdrowia licealistów - w opinii ich rodziców.
89. Liczba dni w roku szkolnym, w których licealiści nie uczestniczyli w zajęciach lekcyjnych z powodu choroby - wg wskazań ich rodziców.
90. Odsetek wskazań rodziców odnośnie zadowolenia: ze swojego wyglądu, z życia i rodziny.
91. Odsetek badanych rodziców deklarujących, że ich życie ma sens oraz wykazujących zainteresowanie bieżącymi sprawami wsi, miasta i kraju.
92. Ilość posiadanych dzieci przez rodziców w powiecie ziemskim i miejskim Kalisz.
93. Częstotliwość spędzania czasu na świeżym powietrzu przez dzieci - w opinii ich rodziców, z uwzględnieniem podziału na powiat ziemski i powiat miasta Kalisz.
94. Odsetek licealistów pomagających w domu w opinii ich rodziców - z uwzględnieniem częstotliwości tej pomocy i podziału na powiat ziemski i powiat miasta Kalisz.
95. Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „wiek” a „ilość dzieci”.
96. Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „wiek” a „zainteresowany bieżącymi sprawami miasta, wsi i kraju”.

97. Zależność między zmienną „płeć” a zmienną „więcej godzin lekcji wychowania fizycznego” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.
98. Odsetek ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza palących papierosy - wg płci.
99. Odsetek ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza wyrażających zadowolenie ze swego wyglądu - wg płci.
100. Struktura badanych wg zmiennej „wykształcenie rodzica” a „ilość dzieci”.
101. Struktura badanych wg zmiennej „wykształcenie” a „produkty wyhodowane”.
102. Struktura badanych wg zmiennej „wykształcenie” a „zainteresowany bieżącymi sprawami miasta, wsi i kraju”.
103. Zależność między zmienną „forma rodziny” a „ilość dzieci”.
104. Zależność między zmienną „forma rodziny” a „palenie tytoniu”.
105. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je I śniadanie?”, ze zmienną „jak często je I śniadanie?”.
106. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je II śniadanie?”, ze zmienną „jak często je II śniadanie?”.
107. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je obiad?”, ze zmienną „jak często je obiad?”.
108. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je podwieczorek?”, ze zmienną „jak często je podwieczorek?”.
109. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „czy dziecko je kolację?”, ze zmienną „jak często je kolację?”.
110. Porównanie zgodności odpowiedzi rodziców i ich dzieci na zadane pytanie „czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?”.
111. Porównanie zgodności odpowiedzi rodziców i ich dzieci na zadane pytanie „czy należy zwiększyć liczbę zajęć wychowania fizycznego w szkole?”.
112. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „masa ciała wg licealistów”, ze zmienną „masa ciała wg rodziców”.
113. Rozkład procentowy dla zmiennej „stan odżywiania” - wg licealistów.
114. Rozkład procentowy dla zmiennej „masa ciała” - wg rodziców.
115. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „pali papierosy wg licealistów”, ze zmienną „pali papierosy wg rodziców”.

- 116. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „pije alkohol wg licealistów”, ze zmienną „pije alkohol wg rodziców”.
- 117. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „środki odurzające wg licealistów”, ze zmienną „środki odurzające wg rodziców”.
- 118. Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „leczenie w szpitalu wg licealistów”, ze zmienną „leczenie w szpitalu wg rodziców”.

3. Spis tabel

- I. Ocena stanu odżywiania u osób dorosłych.
- II. Rodzaj szkoły ponadgimnazjalnej z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza - z podaniem liczb uczniów klas I i II, objętych badaniami ankietowymi.
- III. Członkowie rodziny mieszkający z ankietowanymi licealistami z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
- IV. Liczba pracujących rodziców bądź opiekunów - w opinii licealistów.
- V. Struktura rodziny przedstawiana przez rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
- VI. Zawody ankietowanych rodziców z powiatu ziemskiego i powiatu miasta Kalisza.
- VII. Rodzaj najczęściej spożywanych przez licealistów produktów na II. śniadanie.
- VIII. Rodzaj spożywanych przez licealistów produktów na podwieczorek.
- IX. Rodzaj spożywanych przez licealistów produktów na kolację.
- X. Najczęściej wymieniane przez licealistów lubiane i nie lubiane potrawy.
- XI. Najczęściej spożywane przez licealistów napoje.
- XII. Rodzaje produktów spożywanych przez licealistów podczas dojadania między posiłkami.
- XIII. Najczęstsze powody nieuczestniczenia przez licealistów w lekcjach wychowania fizycznego.
- XIV. Najczęstsze przyczyny nieuczestniczenia przez licealistów w lekcjach wychowania fizycznego.

- XV.** Najczęściej wskazywany przez licealistów wysiłek fizyczny wykonywany w ciągu dnia.
- XVI.** Najczęstsze powody braku uczestnictwa w pozalekcyjnych zajęciach sportowych podane przez licealistów.
- XVII.** Najpopularniejsze dyscypliny sportowe uprawiane przez licealistów.
- XVIII.** Najczęściej posiadany przez licealistów własny sprzęt sportowy.
- XIX.** Częstotliwość konsumpcji alkoholu.
- XX.** Najczęściej konsumowane przez licealistów napoje alkoholowe.
- XXI.** Najczęściej konsumowane przez licealistów substancje psychoaktywne.
- XXII.** Najczęstsze powody wskazywane przez licealistów, które skłaniają ich do sięgania po narkotyki.
- XXIII.** Najczęstsze problemy zdrowotne wymieniane przez licealistów.
- XXIV.** Poradnie, z których najczęściej korzystali licealiści.
- XXV.** Oddziały szpitalne, w których najczęściej byli hospitalizowani licealiści.
- XXVI.** Najczęściej stosowane leki przez licealistów.
- XXVII.** Główne przyczyny niezadowolenia z własnego wyglądu.
- XXVIII.** Deklarowane zmiany we własnym sposobie żywienia.
- XXIX.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich zwyczajów żywieniowych.
- XXX.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od spożywanego posiłku - podwieczorek „ciastko”.
- XXXI.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od spożywanego posiłku – podwieczorek „słodczy”.
- XXXII.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od pojadania słodczy między posiłkami.
- XXXIII.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od spożywanego napoju energetyzującego.
- XXXIV.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich częstości odchudzania się.

- XXXV.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich zaburzeń w odżywianiu - jadłowstręt.
- XXXVI.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od rodzaju podejmowanej przez nich aktywności fizycznej.
- XXXVII.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich dziennego wysiłku - gry i zabawy.
- XXXVIII.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich dziennego wysiłku - lekcje wychowania fizycznego.
- XXXIX.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich dziennego wysiłku - uprawianie sportu.
- XL.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od wykazywanej chęci zwiększenia liczby godzin wychowania fizycznego.
- XLI.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów spowodowany niezadowoleniem z własnej aktywności fizycznej - brak klubu.
- XLII.** Zależność między „budową ciała” a „stanem odżywiania” licealistów.
- XLIII.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w odniesieniu do chęci zmiany własnej sylwetki.
- XLIV.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od podejmowanych przez nich prób odchudzania.
- XLV.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od podejmowanych przez nich prób przytycia.
- XLVI.** Zależność wśród ankietowanych licealistów między zmienną „lekarz informował” a zmienną „stan odżywiania”.
- XLVII.** Zależność wśród ankietowanych licealistów między zmienną „otyli w rodzinie” a zmienną „stan odżywiania”.
- XLVIII.** Stan zdrowia licealistów w zależności od ich stanu odżywiania.
- XLIX.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich samooceny i dobrostanu.
- L.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w odniesieniu do ich zadowolenia z własnego wyglądu.
- LI.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich wiedzy dotyczącej zachowań zdrowotnych.

- LII.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od wyrażenia chęci zmian w swym sposobie żywienia.
- LIII.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od ich wiedzy dotyczącej pojadania między posiłkami.
- LIV.** Stan odżywiania ankietowanych licealistów w zależności od zażywanych przez nich substancji psychoaktywnych.
- LV.** Pytania metryczkowe kierowane do uczniów szkół licealnych w zależności od ich miejsca zamieszkania.
- LVI.** Zwyczaje żywieniowe ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LVII.** Częstość spożywania przez licealistów wędliny na I śniadanie w zależności od miejsca zamieszkania.
- LVIII.** Częstość spożywania przez licealistów dzemu na I śniadanie w zależności od miejsca zamieszkania.
- LIX.** Częstość spożywania przez licealistów zup na obiad w zależności od miejsca zamieszkania.
- LX.** Częstość spożywania przez licealistów kompotu na obiad w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXI.** Częstość spożywania przez licealistów wody mineralnej w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXII.** Odsetek licealistów pojadających owoce między posiłkami w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXIII.** Liczba spożywanych dziennie posiłków przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXIV.** Dyscypliny sportowe uprawiane przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXV.** Lekcje wychowania fizycznego jako wysiłek dzienny ankietowanych licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXVI.** Odsetek licealistów czynnie uprawiających dyscyplinę sportową - koszykówka w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXVII.** Odsetek licealistów czynnie uprawiających dyscyplinę sportową - piłka nożna w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXVIII.** Odsetek licealistów czynnie uprawiających dyscyplinę sportową – taniec w zależności od miejsca zamieszkania.

- LXIX.** Brak czasu jako powód niezadowolenia z aktywności fizycznej wśród uczniów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXX.** Budowa ciała w opinii licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXI.** Zamierzenia licealistów w odniesieniu do zmiany własnej sylwetki z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.
- LXXII.** Odsetek licealistów podejmujących próby odchudzania w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXIII.** Stosowanie środków uzależniających przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXIV.** Odsetek licealistów palących w szkole w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXV.** Rodzaj spożywanego alkoholu przez licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXVI.** Samoocena stanu zdrowia w opinii licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXVII.** Odsetek licealistów deklarujących problemy zdrowotne w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXVIII.** Odsetek licealistów leczących się w poradni w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXIX.** Samoocena i dobrostan licealistów w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXX.** Odsetek licealistów zadowolonych z własnego wyglądu w zależności od miejsca zamieszkania.
- LXXXI.** Wiedza badanych uczniów dotycząca zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.
- LXXXII.** Zamierzenia licealistów w odniesieniu do zmian w sposobie odżywiania z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.
- LXXXIII.** Odsetek licealistów deklarujących pojadanie między posiłkami z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.
- LXXXIV.** Zwyczaje żywieniowe licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- LXXXV.** Odsetek licealistów deklarujących zaburzenia odżywiania - nadmierna konsumpcja w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.

- LXXXVI.** Odsetek licealistów wskazujących ulubiony napój - woda mineralna w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- LXXXVII.** Aktywność fizyczna ankietowanych licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- LXXXVIII.** Odsetek licealistów uprawiających sport w klubie w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- LXXXIX.** Odsetek licealistów niezadowolonych ze swej aktywności fizycznej - powód „drogi wynajem” w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- XC.** Budowa ciała w opinii licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- XCI.** Wiedza ankietowanych uczniów dotycząca zachowań zdrowotnych w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- XCII.** Zamierzenia licealistów w odniesieniu do zmian w sposobie odżywiania w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- XCIII.** Stosowanie środków uzależniających wśród licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- XCIV.** Stan zdrowia licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- XCV.** Samoocena i dobrostan licealistów w zależności od udziału w programie „Trzymaj Formę”.
- XCVI.** Najczęściej spożywane przez licealistów produkty na śniadanie - w opinii ich rodziców.
- XCVII.** Najczęściej spożywane produkty na obiad przez licealistów - w opinii ich rodziców.
- XCVIII.** Najczęściej spożywane produkty na podwieczorek przez licealistów - w opinii ich rodziców.
- XCIX.** Najczęściej spożywane produkty na kolację przez licealistów - w opinii ich rodziców.
- C.** Najczęściej produkowane/hodowane własne produkty spożywcze - wg wskazań rodziców.
- CI.** Popularne zestawy śniadaniowe spożywane przez licealistów - wg opinii ich rodziców.

- CII.** Popularne zestawy obiadowe spożywane przez licealistów - wg opinii ich rodziców.
- CIII.** Popularne zestawy produktów spożywanych przez licealistów na podwieczorek - w opinii ich rodziców.
- CIV.** Popularne zestawy produktów spożywane na kolację przez licealistów - w opinii ich rodziców.
- CV.** Najczęstsze choroby będące powodem nieuczestniczenia licealistów w zajęciach wychowania fizycznego - w opinii ich rodziców.
- CVI.** Występująca otyłość wśród najbliższych członków ankietowanych rodziców.
- CVII.** Liczba palących licealistów - w opinii ich rodziców.
- CVIII.** Odsetek licealistów konsumujących napoje alkoholowe - w opinii ich rodziców.
- CIX.** Liczba licealistów zażywających narkotyki – w opinii ich rodziców.
- CX.** Liczba licealistów pijących kawę - w opinii ich rodziców.
- CXI.** Najczęściej wskazywane przez rodziców oddziały szpitalne, na których miała miejsce hospitalizacja ich dzieci.
- CXII.** Struktura badanych wg zmiennej „kto leczy dzieci w czasie choroby?” w opinii ich rodziców.
- CXIII.** Najczęstsze sposoby terapii własnych dzieci przedstawiane przez rodziców.
- CXIV.** Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od miejsca zamieszkania.
- CXV.** Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych z uwzględnieniem ich wieku.
- CXVI.** Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych - wg płci.
- CXVII.** Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych z uwzględnieniem ich wykształcenia.
- CXVIII.** Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od ich statusu zatrudnienia.
- CXIX.** Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „status zatrudnienia” a „ilość dzieci”.

- CXX.** Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „status zatrudnienia” a „produkty wyhodowane”.
- CXXI.** Struktura ankietowanych rodziców wg zmiennej „status zatrudnienia” a „palenie papierosów” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.
- CXXII.** Poszczególne pytania ankietowe kierowane do rodziców uczniów szkół licealnych w zależności od wykonywanego przez nich zawodu.
- CXXIII.** Zależność między zmienną „zawód” a „leczony w szpitalu” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.
- CXXIV.** Zależność między zmienną „zawód” a „opuszcza lekcje” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.
- CXXV.** Zależność między zmienną „zawód” a „pali papierosy” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych.
- CXXVI.** Zależność między zmienną „forma rodziny” a „poszczególnymi pytaniami ankietowymi” kierowanymi do rodziców uczniów szkół licealnych.
- CXXVII.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je I śniadanie?” oraz „jak często je I śniadanie?”.
- CXXVIII.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je II śniadanie?” oraz „jak często je II śniadanie?”.
- CXXIX.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je obiad?” oraz „jak często je obiad?”.
- CXXX.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je podwieczorek?” oraz „jak często je podwieczorek?”.
- CXXXI.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko - rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „czy dziecko je kolację?” oraz „jak często je kolację?”.
- CXXXII.** Zestawienie rozkładów procentowych zmiennej „czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?” z ankiety dla dzieci i ich rodziców.
- CXXXIII.** Zestawienie rozkładów procentowych zmiennej „czy należy zwiększyć liczbę zajęć wychowania fizycznego w szkole?” z ankiety dla dzieci i ich rodziców.
- CXXXIV.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „masa ciała wg licealistów” oraz „masa ciała wg rodziców”.

- CXXXV.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „stan odżywiania” oraz „masa ciała”.
- CXXXVI.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „pali papierosy wg licealistów” oraz „pali papierosy wg rodziców”.
- CXXXVII.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „pije alkohol wg licealistów” oraz „pije alkohol wg rodziców”.
- CXXXVIII.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „zażywanie środków odurzających wg licealistów” oraz „zażywanie środków odurzających wg rodziców”.
- CXXXIX.** Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „ocena stanu zdrowia wg licealistów”.
- CXL.** Porównanie rozkładu procentowego zmiennej „ocena stanu zdrowia wg rodziców”.
- CXLI.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „ocena stanu zdrowia wg rodziców” oraz „ocena stanu zdrowia wg licealistów”.
- CXLII.** Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „leczenie w szpitalu wg rodziców” oraz „leczenie w szpitalu wg licealistów”.



4. Wzór kwestionariusza ankiety

Główny Inspektorat Sanitarny

Województwo	Powiat	Gmina	nr ankiety

Szanowna Młodzieży! Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie tej anonimowej ankiety. Celem badania jest poznanie zwyczajów zdrowotnych młodzieży w Polsce. Z góry dziękujemy za poświęcony czas!

Pracownicy Głównego Inspektoratu Sanitarnego

ANKIETA DLA MŁODZIEŻY

KIM JESTEŚ?

1. Wiek:

- [1] 16-17 lat
 [2] 17-18 lat
 [3] 18-19 lat

2. Płeć:

- [1] kobieta
 [2] mężczyzna

3. Klasa:

- [1] pierwsza
 [2] druga
 [3] trzecia

4. Liczba rodzeństwa:

- [1] nie mam rodzeństwa
 [2] 1
 [3] 2
 [4] 3 i więcej

5. Mieszkasz z: (zaznacz wszystkich, z którymi mieszkasz)

- [a] z mamą
- [b] z tatą
- [c] z rodzeństwem
- [d] z innym opiekunem

6. Mieszkasz w:

podaj nazwę miejscowości

podaj kod pocztowy

7. Kto w Twoim domu pracuje? (zaznacz wszystkich, którzy pracują)

- [a] mama
- [b] tata
- [c] opiekun
- [d] nikt nie pracuje

8. Który z niżej wymienionych sprzętów sportowych posiadasz? (możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- [a] rower
- [b] łyżwy
- [c] łyżworolki
- [d] motorower
- [e] narty
- [f] piłkę
- [g] inny sprzęt (napisz, jaki?)
.....

9. W jaki sposób najczęściej docierasz do szkoły? (zaznacz jedną odpowiedź)

- [1] pieszo
- [2] rowerem
- [3] autobusem lub tramwajem
- [4] rodzice/opiekunowie odwożą mnie samochodem
- [5] w inny sposób (jaki?)

9a. Czy klasa, do której uczęszczasz realizuje program” Trzymaj formę”?
(Uwaga: można wypełnić z pomocą nauczyciela)

- [1] TAK
- [2] NIE

TWOJA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

10. Twój wysiłek w ciągu dnia to: (możesz wybrać kilka odpowiedzi)

- [a] wysiłek związany z dotarciem do szkoły i z powrotem
- [b] gry i zabawy z rówieśnikami
- [c] lekcje WF
- [d] zajęcia dodatkowe – pozalekcyjne na terenie szkoły np. SKS
- [e] uprawiam sport
- [f] spacery z psem
- [g] inny rodzaj wysiłku (napisz jaki?)

11. Czy poza lekcjami WF uprawiasz CZYNNIE (W KLUBIE SPORTOWYM) jakąś dyscyplinę sportową?

- [1] TAK
- [2] NIE – *przejdź do pytania 14*

12 Jaka to dyscyplina? (możesz wybrać kilka odpowiedzi)

- [a] gimnastyka
- [b] jeździectwo
- [c] kolarstwo
- [d] koszykówka
- [e] lekkoatletyka
- [f] piłka nożna
- [g] piłka ręczna
- [h] piłka siatkowa
- [i] pływanie
- [j] sporty walki (karate, judo, boks itp.)
- [k] sporty zimowe (łyżwiarstwo, narciarstwo, saneczkarstwo itp.)
- [l] tenis ziemny
- [m] inna dyscyplina (napisz, jaka?)

13. Czy osiągnąłeś jakiś sukces sportowy?

- [1] TAK, jaki to sukces? (napisz)
- [2] NIE

14. Czy poza lekcjami WF uprawiasz REKREACYJNIE jakąś dyscyplinę sportową?

- [1] TAK
- [2] NIE – *przejdź do pytania 16*

15. Ile czasu poświęcasz na tę aktywność fizyczną? Ile godzin TYGODNIOWO?
(możesz wybrać kilka odpowiedzi)

Dyscyplina	szacunkowa liczba godzin TYGODNIOWO
[a] gimnastyka	
[b] jeździectwo	
[c] kolarstwo	
[d] koszykówka	
[e] lekkoatletyka	
[f] piłka nożna	
[g] piłka ręczna	
[h] piłka siatkowa	
[i] pływanie	
[j] sporty walki (karate, judo, boks itp.)	
[k] sporty zimowe (łyżwiarstwo narciarskie, saneczkarstwo itp.)	
[l] tenis ziemny	
[m] inna dyscyplina (napisz, jaka?)	

16. Czy uczęszczasz na lekcje WF:

- [1] TAK – przejdź do pytania 17
 [2] NIE

16a. Jaki jest powód nieuczestniczenia w lekcjach WF?

- [a] mam długoterminowe zwolnienie z WF (jaka jest przyczyna? napisz)
.....
 [b] jestem osobą niepełnosprawną (jaki masz problem? napisz)
.....
 [c] inny powód (napisz jaki?)

Przejdź do pytania 19

17. Czy lubisz zajęcia WF?

- [1] TAK
 [2] NIE

18. Czy chciałbyś, aby w szkole zwiększono liczbę godzin z WF?

- [1] TAK
 [2] NIE

19. Czy jesteś zadowolony ze swojej codziennej aktywności fizycznej?

- [1] bardzo zadowolony
- [2] raczej zadowolony
- [3] ani zadowolony ani niezadowolony
- [4] raczej niezadowolony
- [5] bardzo niezadowolony

20. Jeśli ze swojej aktywności fizycznej jesteś niezadowolony, to jaka jest przyczyna? (możesz wybrać kilka odpowiedzi)

- [a] brak obiektów sportowych (pływalni, boisk, hal sportowych)
- [b] brak sprzętu sportowego do uprawiania sportu
- [c] wynajem (bilety wstępu, karnety) obiektów sportowych jest zbyt drogi
- [d] w okolicy, gdzie mieszkam, nie ma klubu sportowego
- [e] brak czasu
- [f] samemu trudno być aktywnym
- [g] jestem zbyt leniwy, by się ruszać
- [h] nie wyrobiono u mnie nawyku uprawiania aktywności fizycznej
- [i] nie ma takiej tradycji w mojej rodzinie
- [j] nie interesuje mnie bycie aktywnym

TWOJE ZWYCZAJE ŻYWIENIOWE

21. Czy jesteś wegetarianinem (wegetarianin to osoba, która nie jada mięsa)?

- [1] TAK
- [2] NIE

22. Czy lubisz potrawy słone?

- [1] TAK
- [2] NIE

23. Czy w swoim życiu odchudzałeś się (np. specjalna dieta, ograniczenie jedzenia)?

- [1] TAK
- [2] NIE

24. Czy występują (lub występowały) u Ciebie? (możesz wybrać kilka odpowiedzi)

- [a] nadmierna konsumpcja (poczucie braku kontroli nad jedzeniem)
- [b] nieodparty lęk przed przybraniem na wadze
- [c] prowokowanie wymiotów po spożyciu posiłku
- [d] jadłowstręt (unikanie jedzenia)

25. Jak często spożywasz wymienione poniżej produkty spożywcze?
(w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, określ częstotliwość dla każdego produktu)

	codziennie	kilka razy w tygodniu	rzadziej niż raz na tydzień	rzadziej niż raz na miesiąc, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[a] mięso czerwone (np. wołowina, wieprzowina)				
[b] mięso białe (drób)				
[c] mleko				
[d] warzywa				
[e] owoce				
[f] słodycze				
[g] białe pieczywo				
[h] ryby				
[i] jaja				

26. Jak często spożywasz? (w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, określ częstotliwość dla każdego posiłku)

	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[a] pierwsze śniadania				
[b] drugie śniadania				
[c] obiady				
[d] podwieczorki				
[e] kolacje				

27. Gdzie najczęściej spożywasz? (w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, wyraż opinię nt. każdego produktu)

	w domu	u bliskiej rodziny	w barach, restauracjach	w szkole	w innych miejscach	nie spożywam
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
[a] pierwsze śniadania						
[b] drugie śniadania						
[c] obiady						
[d] podwieczorki						
[e] kolacje						

28. Ile posiłków dziennie spożywasz? (w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk)

	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[a] 1 posiłek dziennie				
[b] 2 posiłki dziennie				
[c] 3 posiłki dziennie				
[d] 4 posiłki dziennie				
[e] 5 posiłków dziennie				
[f] więcej niż 5 posiłków dziennie				

29. Co najczęściej spożywasz na pierwsze śniadanie? (w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, możesz wybrać kilka produktów)

	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[a] jogurt				
[b] pieczywo				
[c] masło				
[d] kubek mleka				
[e] kubek herbaty				
[f] wędlina				
[g] dżem				
[h] zupa mleczna				
[i] inne (podaj jakie?)				

30. Jakie produkty spożywasz zazwyczaj na drugie śniadanie? (możesz wskazać kilka odpowiedzi)

- [a] drożdżówkę
- [b] chipsy
- [c] słodczyce
- [d] fast-foody (hot dogi, hamburgery itp.)
- [e] bułkę z masłem i wędliną lub serem
- [f] kubek gorącego mleka
- [g] kubek herbaty
- [h] owoce
- [i] jogurt
- [j] inne (jakie?)

31. Co najczęściej spożywasz na obiad? (w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, możesz wybrać kilka produktów)

	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[a] zupę				
[b] drugie danie				
[c] surówkę				
[d] kompot				

32. Jakie produkty spożywasz zazwyczaj na podwieczorek? (możesz wskazać kilka odpowiedzi)

- [a] ciastko
- [b] owoce
- [c] słodczyce
- [d] inne (napisz jakie?)

33. Jakie produkty spożywasz zazwyczaj na kolację? (możesz wskazać kilka odpowiedzi)

- [a] herbatę
- [b] mleko
- [c] kanapki (pieczywo, masło, wędlina/ser)
- [d] dania ciepłe (np. placki, naleśniki)
- [e] inne (napisz jakie?)

34. Wymień 3 potrawy / produkty spożywcze, które LUBISZ najbardziej

- 1.....
- 2.....
- 3.....

35. Wymień 3 potrawy / produkty spożywcze, których NIE LUBISZ najbardziej

- 1.....
- 2.....
- 3.....

36. Jaki jest Twój ulubiony napój? (możesz wybrać kilka odpowiedzi)

- [a] mleko
- [b] sok
- [c] herbata
- [d] napój niegazowany (np. Tymbark, Tarczyn)
- [e] napój gazowany (np. Coca Cola, Pepsi)
- [f] napój energetyzujący (np. Red Bull, Tiger)
- [g] woda mineralna
- [h] inne (napisz jakie?)

37. Czy dojadasz między posiłkami?

- [1] TAK
- [2] NIE – *przejdź do pytania 39*

38. Jeśli tak, to co jesz?

(możesz wskazać kilka odpowiedzi)

- [a] słodyczne
- [b] pieczywo
- [c] ciastka
- [d] owoce
- [e] jogurty
- [f] inne (napisz jakie?)

39. Czy zdarza Ci się jeść w nocy?

- [1] TAK
- [2] NIE – *przejdź do pytania 41*

40. Jeśli tak, to jak często to robisz?

- [1] co noc lub prawie co noc (5-7 razy w tygodniu)
- [2] 3-4 razy na tydzień
- [3] 1-2 razy na tydzień
- [4] rzadziej niż raz na tydzień

41. Czy są takie dni, kiedy jesteś:

	codziennie lub prawie codziennie (5-7 razy w tygodniu)	3-4 razy w tygodniu	1-2 razy w tygodniu	rzadziej, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[a] najedzony				
[b] głodny				

TWOJA BUDOWA CIAŁA

42. Czy jesteś? (wskaż jedną odpowiedź)

- [1] chudy
 [2] szczupły
 [3] w normie
 [4] z nadwagą
 [5] otyły

43. Twoja masa ciała i wzrost:

[a] masa ciała.....kg

[b] wzrost.....cm

44. Czy kiedykolwiek lekarz informował Cię, że masz nadwagę lub otyłość?

- [1] TAK
 [2] NIE

45. Czy Twoi rodzice/opiekunowie (albo jedno z rodziców) są osobami otyłymi?

- [1] TAK
 [2] NIE

46. Czy chciałbyś/chciałabyś? (wskaż jedną odpowiedź)

- [1] schudnąć
 [2] przytyć
 [3] utrzymać dotychczasową sylwetkę

47. Czy kiedykolwiek wcześniej próbowałeś/próbowałaś się odchudzać?

- [1] TAK
 [2] NIE

48. Czy kiedykolwiek wcześniej próbowałeś/próbowałaś przytyć?

- [1] TAK
 [2] NIE

STOSOWANIE UŻYWEK

49. Czy palisz papierosy?

- [1] TAK
 [2] NIE – *przejdź do pytania 53*

50. Jeśli tak, to jak często?

- [1] codziennie
- [2] kilka razy w tygodniu – *przejdź do pytania 52*
- [3] raz w tygodniu – *przejdź do pytania 52*
- [4] rzadziej niż raz w tygodniu – *przejdź do pytania 52*

51. Ile papierosów wypalasz przeciętnie w ciągu dnia?

- [1] 1-2 papierosy
- [2] 3-5 papierosów
- [3] 6-10 papierosów
- [4] więcej niż 10 papierosów

52. Czy palisz na terenie szkoły?

- [1] TAK
- [2] NIE

53. Czy pijesz alkohol?

- [1] TAK
- [2] NIE – *przejdź do pytania 57*

54. Jeśli tak, to jaki?

(możesz wybrać kilka odpowiedzi)

- [a] piwo
- [b] wódkę
- [c] wino
- [d] inne napoje alkoholowe (napisz jakie?)

55. Jak często pijesz?

- [1] codziennie
- [2] kilka razy w tygodniu – *przejdź do pytania 57*
- [3] raz w tygodniu – *przejdź do pytania 57*
- [4] rzadziej niż raz w tygodniu – *przejdź do pytania 57*

56. Przeciętnie wypijasz w ciągu dnia: (możesz wybrać kilka odpowiedzi)

liczba butelek piwa

liczba kieliszków (100 ml) wina

liczba kieliszków (50 ml) wódki

57. Czy zdarza Ci się zażywać środki odurzające, psychoaktywne?

- [1] TAK
- [2] NIE

58. Czy kiedykolwiek wcześniej zażywałeś środki odurzające, psychoaktywne?

- [1] TAK
 [2] NIE – *przejdź do pytania 60*

59. Jeśli tak, to podaj, jakie środki zażywałeś

59a. i jak często w tygodniu

60. Dlaczego stosujesz używki (tytoń, alkohol lub narkotyki)

- [a] nie stosuję używek → *przejdź do pytania 61.*
- [b] dla zabicia czasu
 [c] bo inni to robią
 [d] po nich lepiej sobie daję radę w życiu
 [e] chcę dorównać rówieśnikom
 [f] bo jestem już uzależniony
 [g] inny powód (napisz jaki?)

TWOJA WIEDZA DOTYCZĄCA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH.

61. Ile posiłków osoba w Twoim wieku powinna spożywać? (wskaż jedną odpowiedź)

- [1] 1 posiłek dziennie
 [2] 2 posiłki dziennie
 [3] 3 posiłki dziennie
 [4] 4 posiłki dziennie
 [5] 5 posiłków dziennie
 [6] więcej niż 5 posiłków dziennie

62. Czy ważne jest spożywanie surówek w ciągu dnia?

- [1] TAK
 [2] NIE
 [3] nie wiem

63. Czy należy dojadać w ciągu dnia?

- [1] TAK
 [2] NIE
 [3] nie wiem

64. Czy spożywanie chipsów jest zdrowe?

- [1] TAK
 [2] NIE
 [3] nie wiem

65. Czy spożywanie coca coli jest zdrowe?

- [1] TAK
- [2] NIE
- [3] nie wiem

66. Czy młody człowiek w Twoim wieku powinien być?

- [1] otyły
- [2] z nadwagą
- [3] w normie

67. Czy ważne jest spożywanie pierwszego śniadania przed wyjściem do szkoły?

- [1] TAK
- [2] NIE
- [3] nie wiem

68. Czy wg Ciebie powinno się spożywać drugie śniadanie w szkole?

- [1] TAK
- [2] NIE
- [3] nie wiem

69. Czy palenie tytoniu jest szkodliwe dla zdrowia?

- [1] TAK
- [2] NIE
- [3] nie wiem

70. Czy picie alkoholu jest szkodliwe dla zdrowia?

- [1] TAK
- [2] NIE
- [3] nie wiem

71. Czy stosowanie narkotyków jest szkodliwe dla zdrowia?

- [1] TAK
- [2] NIE
- [3] nie wiem

72. Co byś zmienił(a) w swoim sposobie żywienia

- [1] nic bym nie zmienił(a) → *przejdź do pytania 73*

- 2.....
- 3.....
- 4.....

TWÓJ STAN ZDROWIA

73. Jak oceniasz swój stan zdrowia?

- [1] bardzo dobrze
- [2] dobrze
- [3] średnio
- [4] źle
- [5] bardzo źle

74. Czy masz problemy ze zdrowiem?

- [1] TAK
- [2] NIE

75. Jeśli tak, to jakie to są problemy (choroby)

- 1.....
- 2.....
- 3.....

76. Czy leczysz się w jakiej poradni?

- [1] TAK
- [2] NIE – *przejdź do pytania 78*

77. Jeśli tak, to w jakiej poradni?

(Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- [a] chirurgicznej / ortopedycznej
- [b] chorób nerek i dializ
- [c] chorób wewnętrznych
- [d] dermatologicznej
- [e] kardiologicznej
- [f] okulistycznej
- [g] onkologicznej
- [h] otolaryngologicznej
- [i] psychiatrycznej
- [j] reumatologicznej
- [k] urologicznej
- [l] w innej poradni (proszę podać, w jakiej)

78. Czy w ostatnich 2 latach byłeś leczony w szpitalu?

- [1] TAK
- [2] NIE – *przejdź do pytania 80*

79. Jeśli tak, to na jakim oddziale?

(Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- [a] chirurgicznym / ortopedycznym
- [b] chorób nerek i dializ
- [c] chorób wewnętrznych
- [d] dermatologicznym
- [e] kardiologicznym
- [f] okulistycznym
- [g] onkologicznym
- [h] otolaryngologicznym
- [i] psychiatrycznym
- [j] reumatologicznym
- [k] urologicznym
- [l] na innym oddziale (proszę podać, na jakim?)

80. Czy bierzesz systematycznie jakieś leki?

- [1] TAK, jakie to były leki? (przeciwbólowe, przeciwzapalne itp.)
.....
- [2] NIE

81. Czy zdarza się ci być zestresowanym?

- [1] TAK, bardzo często
- [2] TAK, często
- [3] TAK, rzadko
- [4] NIE, nigdy się nie stresuję

SAMOCENA I DOBROSTAN

82. Czy jesteś zadowolony (a) ze swego wyglądu zewnętrznego?

- [1] TAK
- [2] NIE, napisz krótko dlaczego
.....
.....

83. Czy jesteś osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą)?

- [1] TAK
- [2] NIE

84. Ilu/ile bliskich przyjaciół/przyjaciółek posiadasz?

- [1] żadnego / żadnej
- [2] 1
- [3] 2
- [4] 3 i więcej

Serdecznie dziękujemy za rzetelne wypełnienie ankiety.



nr ankiety

Główny Inspektorat Sanitarny

ANKIETA DLA RODZICÓW

Szanowni Państwo! Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie tej anonimowej ankiety. Celem badania jest poznanie zwyczajów zdrowotnych młodzieży w Polsce. Z góry dziękujemy za poświęcony czas!

Pracownicy Głównego Inspektoratu Sanitarnego

1. Wiek

- [1] 30-39 lat
- [2] 40-49 lat
- [3] 50-59 lat
- [4] 60 lat i więcej

2. Płeć

- [1] kobieta
- [2] mężczyzna

3. Wykształcenie

- [1] podstawowe
- [2] zasadnicze zawodowe
- [3] średnie lub średnie zawodowe
- [4] pomaturalne (w tym licencjat)
- [5] wyższe

4. Status zatrudnienia. Proszę wybrać jeden wariant odpowiedzi – stanowiący Pana/Pani główne źródło dochodu.

- [1] pracuję na pełnym etacie
- [2] pracuję na niepełnym etacie
- [3] pracuję dorywczo
- [4] jestem emerytem (rencistą) / emerytką (rencistką) – *proszę przejść do pyt. 6.*
- [5] nie pracuję zawodowo, zajmuję się domem – *proszę przejść do pyt. 6.*
- [6] nie pracuję zawodowo, w chwili obecnej szukam pracy – *proszę przejść do pyt. 6.*
- [7] jestem rolnikiem ubezpieczonym w KRUS – *proszę przejść do pyt. 6.*

5. Wykonywany zawód (proszę wybrać jedną odpowiedź).

<input type="checkbox"/>	[1] SPECJALIŚCI (m.in. informatycy, inżynierowie, lekarze, nauczyciele, ekonomiści, prawnicy, filolodzy)
<input type="checkbox"/>	[2] TECHNICY I INNY ŚREDNI PERSONEL (m.in. technicy budowlani, elektrycy, mechanicy, optycy, pośrednicy ubezpieczeniowi, instruktorzy prawa jazdy, księgowi)
<input type="checkbox"/>	[3] PRACOWNICY BIUROWI (m.in. sekretarki, magazynierzy, kasjerzy, inkasenci, recepcjoniści, telefoniści, pracownicy biur podróży)
<input type="checkbox"/>	[4] PRACOWNICY USŁUG OSOBISTYCH i sprzedawcy (m.in. przewodnicy turystyczni, kucharze, kelnerzy, opiekunki dziecięce, fryzjerzy, ochroniarze, sprzedawcy, modelki)
<input type="checkbox"/>	[5] ROLNICY, OGRODNICY, LEŚNICY I RYBACY (m.in. hodowcy zwierząt)
<input type="checkbox"/>	[6] ROBOTNICY PRZEMYSŁOWI I RZEMIEŚLNICY (m.in. górnicy, murarze, posadzkarze, tynkarze, monterzy instalacji, malarze, blacharze, ślusarze, elektromonterzy, jubilerzy, grawerzy, masarze, piekarze, cukiernicy, stolarze, krawcy)
<input type="checkbox"/>	[7] OPERATORZY I MONTERZY MASZYN I URZĄDZEŃ (m.in. operatorzy maszyn budowlanych, hutniczych, górniczych, operatorzy urządzeń do obróbki drewna, metalu, kierowcy (w tym taksówkarze), maszyniści)
<input type="checkbox"/>	[8] PRACOWNICY PRZY PRACACH PROSTYCH (sprzedawcy uliczni, pomoce i sprzątaczkę biurowe, pomoc kuchenna, gospodarze budynków, gońcy, bagażowi, portierzy, ładowacze nieczystości, kopacze)

Jeśli ma Pan/Pani kłopoty z przypisaniem swojego zawodu do powyższej listy, proszę bardzo krótko opisać, czym się Pan/Pani zajmuje?

.....
.....

6. Liczba dzieci zamieszkujących wspólnie z Panem/Panią:

- [1] 1
 [2] 2
 [3] 3 i więcej

7. Tworzy Pan/Pani rodzinę:

- [1] pełną
 [2] niepełną (nie ma jednego z rodziców)
 [3] zastępczą

ZASADY ŻYWIENIOWE PANUJĄCE W DOMU RODZINNYM

8. Czy Pana/Pani rodzina spożywa wszystkie posiłki:

(w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi)

	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[a] w domu				
[b] u bliskiej rodziny				
[c] w barach				
[d] w innych miejscach (jakich? proszę podać)				

9. Czy Pana/Pani dziecko je:

(w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego posiłku)

	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[a] pierwsze śniadania				
[b] drugie śniadania				
[c] obiady				
[d] podwieczorki				
[e] kolacje				

10. Skąd dziecko ma drugie śniadanie? (proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi)

[a] dziecko nie jada drugiego śniadania – proszę przejść do pytania 11

	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[b] zabiera z domu				
[c] otrzymuje bezpłatnie w szkole				
[d] kupuje w szkole				

11. Co najczęściej dziecko je w domu na pierwsze śniadanie? Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi.

[a] dziecko nie je w domu pierwszego śniadania → *proszę przejść do pytania 12.*

- [b] pieczywo
- [c] masło
- [d] jajka
- [e] ser
- [f] wędlina
- [g] dżem

- [h] zupa mleczna
- [i] jogurt
- [j] kawa
- [k] herbata
- [l] inne (proszę wymienić)
.....

12. Co najczęściej dziecko je w domu na obiad? Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi.

[a] dziecko nie je w domu obiadu → *proszę przejść do pytania 13.*

- [b] zupa
- [c] mięso białe (np. drób)
- [d] mięso czerwone
- [e] ziemniaki
- [f] ryż

- [g] kasza
- [h] surówki
- [i] potrawy mączne (pierogi, naleśniki)
- [j] inne (proszę wymienić)
.....

13. Co najczęściej dziecko je w domu na podwieczorek? Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi.

[a] dziecko nie je w domu podwieczorku → *proszę przejść do pytania 14.*

- [b] owoce
- [c] ciasto
- [d] kisiel lub budyń
- [e] inne (proszę wymienić)

14. Co najczęściej dziecko je w domu na kolację? Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi.

[a] dziecko nie je w domu kolacji → *proszę przejść do pytania 15.*

- [b] kanapki (pieczywo, masło, wędlina/ser)
- [c] dania ciepłe (np. placki, naleśniki)
- [d] inne (proszę wymienić)

15. Jaka liczbę posiłków powinno Pana/Pani zdaniem spożywać dziecko w ciągu dnia? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź).

- [1] 1 posiłek dziennie
 [2] 2 posiłki dziennie
 [3] 3 posiłki dziennie
 [4] 4 posiłki dziennie
 [5] 5 posiłków dziennie
 [6] więcej niż 5 posiłków dziennie

16. Ile razy dziennie Pana/Pani dziecko spożywa mleko lub jego przetwory? Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

- [0] w ogóle nie spożywa mleka ani jego przetworów
 [1] rzadziej niż raz dziennie (kilka razy na tydzień, ale nie codziennie)
 [2] 1 raz dziennie
 [3] 2 razy dziennie
 [4] 3 razy dziennie
 [5] 4 razy dziennie
 [6] 5 razy dziennie
 [7] częściej niż 5 razy dziennie

17. Ile razy dziennie Pana/Pani dziecko spożywa wymienione niżej produkty? (w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi)

	kilka razy dziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej	w ogóle nie spożywa
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
[a] słodycze					
[b] mięso					
[c] surówki / sałatki					

18. Ile posiłków dziennie spożywa Pana/Pani dziecko? Proszę wliczyć w to posiłki spożywane w domu i poza domem. Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

- [1] 1 posiłek dziennie
 [2] 2 posiłki dziennie
 [3] 3 posiłki dziennie
 [4] 4 posiłki dziennie
 [5] 5 posiłków dziennie
 [6] więcej niż 5 posiłków dziennie

19. Czy dziecko spożywa produkty, które wyhodował(a) / wyprodukował(a) Pan/Pani w swoim własnym gospodarstwie?

- [1] TAK
 [2] NIE – proszę przejść do pytania 21

20. Jakie to są produkty? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> [a] warzywa | <input type="checkbox"/> [d] drób |
| <input type="checkbox"/> [b] owoce | <input type="checkbox"/> [e] ryby |
| <input type="checkbox"/> [c] mięso | <input type="checkbox"/> [f] inne (proszę wymienić) |

21. Czy dziecko jest aktualnie na diecie odchudzającej?

- [1] TAK
 [2] NIE

22. Czy Pana/Pani dziecko odchudzało się w ciągu ostatnich 2 lat?

- [1] TAK
 [2] NIE

23. Czy Pana/Pani zdaniem dziecko jest?

	codziennie lub prawie codziennie (5-7 razy w tygodniu)	3-4 razy w tygodniu	1-2 razy w tygodniu	rzadziej, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]
[a] najedzone				
[b] głodne				

BUDOWA CIAŁA DZIECKA

24. Czy Pana/Pani zdaniem dziecko:
(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- [1] jest chude
 [2] jest szczupłe
 [3] jest w normie
 [4] ma nadwagę
 [5] jest otyłe

25. Czy w Pana/Pani rodzinie (domu) jest ktos inny, kto ma nadwagę lub jest otyły?

- [1] TAK
 [2] NIE – proszę przejść do pytania 27

26. Jeśli tak, to jest to: (można wskazać kilka odpowiedzi)

- [a] tata dziecka
 [b] mama dziecka
 [c] rodzeństwo dziecka
 [d] dziadek dziecka
 [e] babcia dziecka
 [f] ktoś inny (proszę wymienić)

27. Czy wg Pana/Pani człowiek zdrowy, dobrze wyglądający – to:
 (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- [1] człowiek otyły
 [2] człowiek szczupły
 [3] masa ciała nie ma związku ze zdrowiem

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA DZIECKA

28. Czy Pana/Pani dziecko?

(w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi)

	codziennie lub prawie codziennie (5-7 razy na tydzień)	3-4 razy na tydzień	1-2 razy na tydzień	rzadziej niż raz na tydzień	rzadziej niż raz na miesiąc, nigdy
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
[a] siedzi przy komputerze					
[b] siedzi przed TV					
[c] przebywa na świeżym powietrzu po powrocie ze szkoły, bawi się z kolegami / koleżankami					
[d] chodzi na treningi sportowe					
[e] nie chodzi na treningi, ale uprawia sport (jeździ rekreacyjnie na rowerze, na rolkach, gra w piłkę)					
[f] pracuje, pomaga w domu					

29. Czy Pana/Pani dziecko uczestniczy w lekcjach WF w szkole

- [1] TAK
 [2] NIE (proszę podać przyczynę)
.....

30. Czy jest Pan/Pani zdania, że należy zwiększyć liczbę zajęć z WF w szkole?

- [1] TAK
 [2] NIE

31. Czy Pana/Pani rodzina prowadzi zdrowy styl życia, np. chodząc z dziećmi na spacer, uprawiając wspólnie sport lub ćwiczenia fizyczne?

- [1] TAK
 [2] NIE

STAN ZDROWIA DZIECKA

32. Jak ocenia Pan/Pani stan zdrowia dziecka?

- [1] bardzo dobrze
 [2] dobrze
 [3] średnio
 [4] źle
 [5] bardzo źle

33. Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko było leczone w szpitalu?

- [1] TAK
 [2] NIE – proszę przejść do pytania 35

34. Jeśli tak, to na jakim oddziale? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- [a] chirurgicznym / ortopedycznym
 [b] chorób nerek i dializ
 [c] chorób wewnętrznych
 [d] dermatologicznym
 [e] kardiologicznym
 [f] okulistycznym
 [g] onkologicznym
 [h] otolaryngologicznym
 [i] psychiatrycznym
 [j] reumatologicznym
 [k] urologicznym
 [l] na innym oddziale (proszę podać, na jakim?)

35. Czy w ciągu roku szkolnego dziecko często opuszcza lekcje z powodu choroby?

- [1] TAK(średnio ile dni w ciągu roku opuszcza).....
 [2] NIE

36. W jaki sposób dziecko jest leczone w razie choroby? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- [a] przez lekarza
 [b] przez rodziców bez wykształcenia medycznego
 [c] przez znachora, metodami niekonwencjonalnymi
 [d] czekam, aż choroba sama minie (dziecko leczy się samo)

37. Jaki sposób leczenia dziecka Pan/Pani preferuje? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- [a] leczenie farmakologiczne
 [b] leczenie ziołami kupionymi np. w aptece
 [c] leczenie metodami domowymi np. ciepłe mleko z miodem i czosnkiem, zioła zebrane i zasuszone samodzielnie
 [d] inne (proszę podać)

UŻYWKI STOSOWANE PRZEZ DZIECKO

38. Czy Pana/Pani dziecko pali papierosy?

- [1] TAK, od ilu lat?
- [2] NIE

39. Czy Pan/Pani pali papierosy?

- [1] TAK
 [2] NIE

40. Czy Pana/Pani dziecko pije alkohol?

- [1] TAK
 [2] NIE

41. Czy ktoś z Pana/Pani rodziny nadużywa alkoholu?

- [1] TAK
 [2] NIE

42. Czy dziecko pije kawę?

- [1] TAK
 [2] NIE

43. Czy dziecko stosuje jakieś inne używki?

- [1] TAK, jakie?
- [2] NIE

DOBROSTAN

44. Czy jest Pan/Pani zadowolony(a) ze swego wyglądu zewnętrznego?

- [1] TAK
- [2] NIE

45. Czy jest Pan/Pani osobą zadowoloną z życia (szczęśliwą)?

- [1] TAK
- [2] NIE

46. Czy jest Pan/Pani zadowolony(a) ze swojej rodziny?

- [1] TAK
- [2] NIE

47. Czy interesuje się Pan/Pani bieżącymi sprawami swojego osiedla, wsi, miasta, kraju?

- [1] TAK
- [2] NIE

48. Czy uważa Pan/Pani, że życie ma sens?

- [1] TAK
- [2] NIE

Serdecznie dziękujemy za poświęcony czas i rzetelne wypełnienie ankiety.