

**Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Katedra i Zakład Fizjologii**

**Beata Oleśków**

**Analiza zachowań zdrowotnych i żywieniowych  
młodzieży szkół licealnych w wybranych miastach  
województwa wielkopolskiego**

**Rozprawa doktorska**

**Promotor: dr hab. n. med. Jacek Piątek Prof. UMP**

**Poznań 2017**

*Za udzielenie cennych wskazówek,  
rad i życzliwość  
składam serdeczne podziękowanie  
Panu Docentowi Jackowi Piątkowi*

Wykaz skrótów .....	4
I. Wstęp .....	5
1. Zachowania zdrowotne związane z odpowiednim odżywianiem się nastolatków .....	6
1.1. Ocena zachowań żywieniowych, wybory konsumentów .....	9
1.2. Zalecenia żywieniowe dla młodzieży .....	10
1.3. Przyczyny i skutki zdrowotne nadwagi i otyłości w wieku dziecięcym i nastoletnim. ....	11
1.4. Zaburzenia odżywiania .....	13
1.5. Żywność prozdrowotna .....	15
2. Aktywność fizyczna .....	16
3. Zachowania antyzdrowotne nastolatków - używki .....	23
3.1. Alkohol .....	24
3.2. Palenie tytoniu .....	28
3.3. Narkotyki i dopalacze .....	29
II. Założenia i cele pracy .....	32
1. Założenia pracy – hipotezy badawcze .....	32
2. Cele pracy .....	32
III. Materiał i metodyka badań .....	33
1. Etap pierwszy: Kwestionariusz ankiety, badania pilotażowe .....	33
2. Etap drugi: Badania właściwe .....	33
3. Etap trzeci: Opracowanie statystyczne .....	36
IV. Wyniki .....	37
V. Dyskusja .....	116
1. Wpływ diety na zdrowie nastolatków .....	116
2. Aktywność fizyczna nastolatków .....	126
3. Zachowania antyzdrowotne – zażywanie substancji psychoaktywnych przez młodzież .....	135
VI. Wnioski .....	145
VII. Streszczenie .....	146
VIII. Piśmiennictwo .....	150
IX. Aneks .....	176
1. Tabele statystyczne .....	176
2. Spis rycin .....	210
3. Spis tabel .....	215
4. Wzór kwestionariusza ankiet .....	220

## Wykaz skrótów

<b>ALD</b>	Alcoholic Liver Disease/ <i>Alkoholowa choroba wątroby</i>
<b>BMI</b>	Body Mass Index / <i>Wskaźnik Masy Ciała</i>
<b>CPM</b>	Całkowita przemiana materii
<b>ESPAD</b>	The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs/ <i>Europejski Projekt Badań Szkolnych na temat Alkoholu i Innych Narkotyków</i>
<b>ESPGHAN</b>	European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition/ <i>Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii Pediatrycznej, Hepatologii i Żywienia</i>
<b>FAS</b>	Fetal Alcohol Syndrome/ <i>Płodowy Zespół Alkoholowy</i>
<b>GIS</b>	Główny Inspektorat Sanitarny
<b>HBSC</b>	Health Behaviour in School-Aged Children / <i>Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej</i>
<b>HDL</b>	High Density Lipoprotein / <i>lipoproteiny o wysokiej gęstości</i>
<b>LDL</b>	Low Density lipoprotein / <i>lipoproteiny o niskiej gęstości</i>
<b>MVPA</b>	Moderate-to-Vigorous Physical Activity/ <i>aktywność fizyczna od umiarkowanej do intensywnej</i>
<b>PPM</b>	Podstawowa przemiana materii
<b>PUFA</b>	Polyunsaturated Fatty Acids/ <i>wielonienasycone kwasy tłuszczowe</i>
<b>WHO</b>	World Health Organization / <i>Światowa Organizacja Zdrowia</i>
<b>WOBASZ</b>	Wielkośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności

## I. WSTĘP

Prawidłowe, urozmaicone żywienie, regularna aktywność fizyczna, utrzymywanie przyjaznych relacji międzyludzkich oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem są najważniejszymi czynnikami prozdrowotnego stylu życia człowieka. Wpływają one na jego rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny, stan zdrowia oraz stanowią ważne czynniki profilaktyki wielu chorób [1].

Zachowania prozdrowotne determinują zdrowie człowieka, podlegają one rozwojowi i zmianom podczas okresu dorastania, mają ogromny wpływ na następne etapy życia dorosłego [2]. Dorastająca młodzież jest szczególnie wrażliwa na konsekwencje nieprawidłowego odżywiania czy zmniejszonej aktywności fizycznej. Jest to związane ze zmianami hormonalnymi dorastających nastolatków oraz zmianami psychicznymi, czy wchodzeniem w okres buntu. To, jaki styl życia przyjmie młody człowiek w okresie swojego wzrostu będzie miało przełożenie na późniejsze lata jego życia. Na kształtowanie stylu życia wpływa środowisko, a więc czynniki ekonomiczne, socjalne, fizyczne i psychiczne. Uwarunkowania zdrowia odnoszą się więc do miejsca zamieszkania, wykonywanej pracy, sytuacji materialnej [3-5].

Z tych właśnie względów młodzież jest szczególnie podatna na zachowania ryzykowne dla zdrowia takie jak: niska aktywność fizyczna, nieprawidłowe odżywianie, palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych oraz ryzykowne zachowania seksualne. Zachowania antyzdrowotne stanowią główną przyczynę chorób społecznych i cywilizacyjnych m.in.: otyłości, cukrzycy, miażdżycy, czy nadciśnienia tętniczego. Skutki zachowań ryzykownych ujawniają się najczęściej po wielu latach. Wtedy ludzie nie dostrzegają powiązania ich zachowań ryzykownych z przeszłości z wystąpieniem choroby. Z tego względu należy wprowadzać edukację zdrowotną i programy profilaktyczne już w nauczaniu wczesnoszkolnym. Jednocześnie edukowani powinni być rodzice i opiekunowie dzieci, dla zapewnienia lepszych efektów [6].

Za działania w celu poprawy zdrowia całego społeczeństwa odpowiadają instytucje zdrowia publicznego. Zdrowie publiczne zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (WHO - *World Health Organization*) dotyczy promowania zdrowia, zapobiegania chorobom oraz przedłużania życia [7]. 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 podejmowane są przez

samorządy lokalne i instytucje pozarządowe. Jednostki te współdziałają ze sobą dla osiągnięcia lepszych efektów w promowaniu zdrowego stylu życia i zapobieganiu chorobom [8].

Celem pracy jest określenie, zdefiniowanie oraz ocena zachowań zdrowotnych i żywieniowych młodzieży szkół licealnych w wybranych miastach województwa wielkopolskiego. Analiza tego problemu pozwoli na wdrożenie odpowiednich działań, głównie pod postacią realizacji programów z zakresu promocji zdrowia mających wpływ na wykształcenie prawidłowych zachowań zdrowotnych, które pozytywnie skutkować będą w późniejszych latach życia.

## **1. Zachowania zdrowotne związane z odpowiednim odżywianiem się nastolatków**

W okresie dzieciństwa i dorastania bardzo ważna jest prawidłowo zbilansowana dieta, która ma wpływ na stan zdrowia. Niewłaściwy sposób żywienia może być przyczyną zakłóceń wzrostu i dojrzewania. Może również prowadzić do zaburzeń rozwojowych, zaburzeń masy ciała oraz związanych z tym trudności emocjonalnych. Racjonalna urozmaicona dieta w okresie adolescencji jest gwarancją odpowiedniego rozwoju nie tylko fizycznego, ale także psychicznego i emocjonalnego [9-11]. Badania wielu autorów wskazują, że młodzież ma niedostateczną wiedzę dotyczącą zdrowego stylu życia, odpowiedniego odżywiania się [12-14]. W ostatnich latach obserwuje się, że dzieci i młodzież częściej sięgają po produkty spożywcze niekorzystne dla ich zdrowia takie jak: słodycze, słodzone napoje gazowane [15-17], produkty typu „fast-food” [18-20]. Wynika to niejednokrotnie z łatwej dostępności tych produktów oraz z ich popularności wśród młodzieży. Jednocześnie obserwuje się zachowania związane z kultem ciała i dążeniem do osiągnięcia szczupłej sylwetki. Tego typu styl życia widoczny jest częściej wśród młodzieży rodzin zamożnych [21]. Konsekwencją tej tendencji może być dbałość o dietę, zwiększona aktywność fizyczna, co ma pozytywny wpływ na zdrowie i rozwój nastolatków. Niestety zdarzają się przypadki nieuzasadnionego odchudzania, poprzez stosowanie eliminacyjnych, bardzo ubogich diet, opuszczanie posiłków czy stosowanie ziołowych lub chemicznych środków przeczyszczających. Takie zachowania mogą mieć bardzo poważne skutki zdrowotne dla wzrastającego organizmu [22]. Zmniejszenie kontroli ze strony rodziców również

jest nieodłącznym elementem okresu dorastania. W tym czasie większy wpływ mają rówieśnicy. Często nieodpowiednie odżywianie jest związane z nieprawidłowymi zwyczajami żywieniowymi rodziny, niskim statusem materialnym. Jakość i regularność odżywiania młodzieży różni się znacznie w zależności od sytuacji ekonomiczno-społecznej rodziny. Najnowsze doniesienia wskazują, że młodzież niekorzystnie się odżywia, ich dieta jest za mało urozmaicona i dominują w niej produkty o małej wartości odżywczej [23,24]. Poza nieprawidłowym odżywianiem wśród młodzieży obserwuje się tendencję spadku ich aktywności fizycznej na rzecz statycznych form spędzania czasu wolnego [25,26]. Nieprawidłowe żywienie wraz z niską aktywnością fizyczną prowadzą do wzrostu nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Ma to przełożenie na ich rozwój psychiczny oraz może być przyczyną wielu chorób wieku dorosłego takich jak: cukrzyca typu 2, choroby układu sercowo-naczyniowego, osteoporoza, nowotwory [27].

Zachowaniami zdrowotnymi określa się zachowania związane ze zdrowiem i definiuje je jako czynności podejmowane i realizowane przez ludzi, które mają bezpośredni i krótkoterminowy lub pośredni wpływ i w dalszej perspektywie mogą sprzyjać zdrowiu w aspektach zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego [28]. Uczenie się zachowań zdrowotnych rozpoczyna się w rodzinie, a następnie jest kontynuowane przez wiele instytucji społecznych, m.in. system edukacji, kościoł, organizacje tzw. czasu wolnego, a także grupy rówieśnicze i przyjaciół. Znaczna część osób pozostaje pod wpływem tych instytucji przez większość życia i to one mają zdecydowany wpływ na formowanie i reformowanie ludzkich postaw i zachowań [29]. Omawiając zależności między żywieniem a zdrowiem należy wziąć pod uwagę samą żywność, zalecenia żywieniowe oraz metody oceny efektów żywienia. Jakość żywności zależy od producentów oraz technologii produkcji żywności. Etykietowanie żywności i tym samym informowanie o wartości odżywczej i prozdrowotnej produktów jest ważnym elementem edukacji konsumentów. Zalecenia żywieniowe opracowywane są przez lekarzy i naukowców zajmujących się żywieniem. Są one różne dla różnych grup wiekowych i zależne są także od płci oraz stanu zdrowia. Przedstawia się je często w formie tzw. piramidy żywieniowej. W programie Komisji Żywienia Dzieci i Młodzieży Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka PAN realizowane są 3 długofalowe cele komplementarne z celami Unii Europejskiej i ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition): zapobieganie przewlekłym chorobom cywilizacyjnym (otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnieniu, alergii

pokarmowej, nowotworom, osteoporozie i innym), badanie wpływu żywienia na rozwój psychosomatyczny dzieci oraz opracowywanie nowych sposobów leczenia żywieniowego enteralnego i parenteralnego chorych [30].

Aby zapobiegać wzrostowi udziału procentowego otyłych dzieci należy kontrolować ich wagę oraz rozwój przy użyciu współczynnika BMI i siatek centylowych. Wskaźnik masy ciała (BMI - *Body Mass Index*) definiuje się jako odpowiedni stosunek masy ciała i wzrostu. Zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – *World Health Organization*) w ocenie stanu odżywienia dzieci i młodzieży stosuje się normy opracowywane na podstawie badań przesiewowych, dostępne w postaci siatek centylowych BMI (normy do 18 roku życia, osobno dla dziewcząt i chłopców). Odnosząc się do norm WHO przyjmuje się następujące kryteria: niedobór masy ciała – wartość BMI < 5 centyla; prawidłowa masa ciała – wartość BMI  $\geq$  5 centyla i < 85 centyla; nadwaga – wartość BMI  $\geq$  85 centyla i < 95 centyla; otyłość – wartość BMI  $\geq$  95 centyla. BMI niezwiązane z siatkami centylowymi wylicza się dzieląc masę ciała w kilogramach przez wzrost w metrach podniesiony do kwadratu. W takim wypadku BMI poniżej 18,5 mówi o niedowadze, BMI w zakresie 18,5-24,9 jest masą ciała w normie, zaś BMI > 25 sugeruje nadwagę. Otyłość stwierdza się przy BMI > 30 [31]. Diagnostyka nadmiernej masy ciała jest prowadzona głównie przez lekarzy pediatrów [32]. Badania bilansowe powinny być prowadzone regularnie i ukierunkowane na wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości. Tylko około 38% polskich pediatrów do oceny nadwagi u dzieci stosuje siatki centylowe dla BMI, natomiast zamiennie częściej wykorzystywane są siatki oddzielne dla wzrostu i masy ciała [33]. Jest to bardzo nieprecyzyjna metoda oceny odżywienia dziecka. Obliczenie BMI i naniesienie jego wartości na właściwe siatki pozwala na prawidłową ocenę stopnia odżywienia pacjenta. Na tej podstawie można postawić prawidłową diagnozę i zastosować odpowiednie postępowanie profilaktyczne i lecznicze [32]. Najprzydatniejsze w codziennej praktyce są siatki centylowe: proporcji masy do wysokości ciała, grubości podłopatkowego fałdu skórno-tłuszczowego, obwodu talii oraz najczęściej używane – siatki centylowe BMI [34]. W Polsce do oceny BMI stosuje się siatki centylowe przystosowane do populacji polskiej przez Instytut Matki i Dziecka na podstawie rekomendacji WHO [35].



## 1.1. Ocena zachowań żywieniowych, wybory konsumentów

Ocenę zmiany zachowań dokonuje się poprzez analizę postaw. Znajomość postaw pozwala na bliższe określenie późniejszego zachowania się, dając jednocześnie odpowiedź na przyczyny takiego, a nie innego postępowania. Postawy są ważnym czynnikiem psychologicznym mającym wpływ na zachowania i wybór żywności [36]. Potencjalny konsument ma określone przekonania, co do produktu, więc będzie miał wobec niego konkretne oczekiwania. Badania stosunku konsumentów do żywności skupiają się na badaniu zachowań i postaw. Zachowania to wybór i kupno określonego artykułu. Postawa natomiast dotyczy lubienia/nielubienia czy przyjemności, jaką daje nam dany pokarm [37]. Z badań przeprowadzonych w krajach Unii Europejskiej wynika, że konsumenci za zdrową dietę uważają: dietę o obniżonej zawartości tłuszczu i cholesterolu (48%), ze zwiększoną ilością warzyw i owoców (41%), zawierającą świeże, nieprzetworzone produkty, bogate w błonnik, z ograniczoną ilością cukru i soli. Wśród motywów stosowania takiej diety ankietowani podawali: chęć utrzymania dobrego stanu zdrowia (65%), profilaktykę chorób (66%), zmniejszenie masy ciała (53%), utrzymanie dobrego samopoczucia oraz poprawę jakości życia [38]. Uważa się, że samopoczucie, motywacja i wiedza w równym stopniu wpływają na zmniejszenie masy ciała i dobry stan zdrowia. Te natomiast korelują z profilaktyką chorób dietozależnych [39]. Im większy poziom wiedzy żywieniowej, tym badani spożywają więcej warzyw i owoców, a mniej tłuszczów [40]. Niestety sama wiedza nie wpływa na zmianę zachowań zdrowotnych, jeśli dana osoba nie ma do tego odpowiedniej motywacji [41]. Taką motywacją może być dieta odchudzająca [42].

Według badań europejskich konsumenci wybierają żywność w oparciu o jej jakość (74%), cenę (43%), smak (38%), chęć zdrowego odżywiania (32%) oraz w oparciu o wpływ rodziny (29%) [43]. W badaniach amerykańskich były to: smak, cena, prawidłowe żywienie, wygoda [44]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach krajowych [45]. Cechy sensoryczne są podstawą wyboru żywności, dlatego technologowie żywności biorą to pod uwagę przy wprowadzaniu nowych produktów na rynek [46].

## 1.2. Zalecenia żywieniowe dla młodzieży

Potrzeby żywieniowe dzieci i młodzieży stanowią zagadnienie złożone, a zapotrzebowanie na energię i składniki pokarmowe nie jest jednoznacznie określone. Dzieci i młodzież rosnąc zmieniają się w różny sposób. Zaznaczają się osobnicze cechy rozwojowe i różne tempo wzrastania. Okres młodzieńczy charakteryzują 3 cechy rozwojowe, które bezpośrednio wpływają na zapotrzebowanie energetyczne i na składniki pożywienia, a także duża wrażliwość nastolatków na spowodowanie zaburzeń w rozwoju. U dzieci wstępujących w okres młodzieńczy, tj. po 10 roku życia zaznaczają się wyraźne różnice zależne od płci, a dotyczące znacznie większego spożycia energii przez chłopców aniżeli przez dziewczynki. Wyliczono, że już 6-letni chłopcy zjadają więcej od dziewczynek o 110 kcal, 10-letni – o 200 kcal, 12-letni – o 300 kcal, 14-letni – o 400 kcal, 16-letni – o 630 kcal, a 18-letni chłopcy zjadają więcej od dziewcząt w tym wieku prawie o 1000 kcal. Niepamiętanie o tym i niespełnianie potrzeb żywieniowych nastolatków, szczególnie chłopców, doprowadza do stale obserwowanego stanu niedożywienia wśród młodzieży. Niektórzy z nich mimo to rosną, wykazując znaczne niedobory masy ciała, inni przyhamowują tempo wzrastania w wyniku niedożywienia. Podstawowym celem odżywiania jest zaspokojenie potrzeb energetycznych ustroju związanych z podtrzymaniem podstawowych funkcji życiowych, termogenezą oraz aktywnością fizyczną. Jeśli z pożywieniem dostarczymy więcej energii niż wydatkujemy na wspomniane cele, jej nadmiar zostanie odłożony, głównie w tkance tłuszczowej. W przypadku niedoboru energii w racji pokarmowej organizm korzysta z rezerw energetycznych zgromadzonych w postaci glikogenu i tłuszczu zapasowego. Potrzeby energetyczne organizmu ujmuje pojęcie całkowitej przemiany materii (CPM), które oznacza całodobowe wydatki energetyczne człowieka związane z jego normalnym funkcjonowaniem w środowisku oraz pracą zawodową. Podstawowa przemiana materii – PPM, zwana inaczej metabolizmem podstawowym (BMR – Basal Metabolic Rate), jest definiowana jako najniższy poziom przemian energetycznych, warunkujący dostarczenie energii niezbędnej do zachowania podstawowych funkcji życiowych w optymalnych warunkach bytowych. Podstawowe funkcje życiowe to: praca układów oddechowego i krążenia, utrzymanie stałej ciepłoty ciała, budowa oraz odbudowa tkanek. Przemiana całodobowa jest z reguły najważniejszym elementem całodobowych wydatków energetycznych człowieka. Jej

wartość zależy przede wszystkim od rozmiarów ciała, wieku, płci oraz stanu fizjologicznego (u kobiet).

Przyrost masy ciała następuje, kiedy dochodzi do zachwiania równowagi pomiędzy podażą a zużyciem energii. Ilość spożywanej energii powinna być dostosowana do potrzeb organizmu związanych z jego aktywnością fizyczną, wiekiem, płcią i określonym stanem fizjologicznym. Pokrywanie zapotrzebowania energetycznego powinno być realizowane poprzez spożycie zbilansowanych pod względem składników odżywczych posiłków, gdzie uwzględnione zostały różne grupy produktów spożywczych w odpowiednich proporcjach. Podstawą zdrowej diety są produkty zbożowe pełnoziarniste dostarczające węglowodanów złożonych, tj. produkty zbożowe (ciemne pieczywo, kasze, makarony, płatki śniadaniowe, musli) oraz ziemniaki i nasiona roślin strączkowych, które powinny pokrywać większość zapotrzebowania energetycznego. Istotne w żywieniu młodzieży jest też uwzględnienie mleka i nabiału, które mają zapewnić odpowiednią podaż wapnia. Mleko i przetwory mleczne muszą być spożywane codziennie. Z produktów nabiałowych ograniczonemu spożyciu powinny podlegać sery żółte, pleśniowe i topione ze względu na to, że zawierają dużo tłuszczu, cholesterolu i soli. W diecie dzieci i młodzieży nie może zabraknąć mięsa, wędlin i ryb. Mięso czerwone powinno być zastępowane drobiem. Ważne jest także spożycie morskich ryb bogatych w kwasy omega-3. Do przyrządzania potraw zaleca się tłuszcze pochodzenia roślinnego np. oliwę z oliwek. Bardzo ważne jest spożycie warzyw i owoców, które są głównym źródłem witamin i związków mineralnych, dlatego muszą być spożywane do każdego z pięciu posiłków w ciągu dnia. Spożycie warzyw powinno być większe niż owoców, ponieważ owoce zawierają więcej cukrów prostych niż warzywa i są bardziej kaloryczne. Słodycze należy ograniczać do minimum, gdyż przyczyniają się do rozwoju próchnicy zębów i mają dużo kalorii [47].

### **1.3. Przyczyny i skutki zdrowotne nadwagi i otyłości w wieku dziecięcym i nastoletnim**

Nadwaga i otyłość wynikają z nierównowagi energetycznej między ilością energii wprowadzanej do organizmu w postaci spożywanych pokarmów a ilością energii wykorzystywanej przez organizm na zwyczajne codzienne funkcjonowanie. Dodatkowym elementem profilaktyki nadwagi i otyłości jest regularna aktywność fizyczna, której dawka i intensywność powinna być zależna od wartości energetycznej

spożywanych pokarmów [48,49]. Nadwaga jest czynnikiem ryzyka wielu chorób, zaś otyłość jest chorobą samą w sobie, a poza tym jest przyczyną wielu innych chorób takich jak: choroby układu krążenia, niektóre nowotwory, cukrzyca typu 2, choroby przewodu pokarmowego, hiperlipidemia czy kamica żółciowa [50]. Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym i młodzieńczym podnosi ryzyko wystąpienia otyłości w wieku dorosłym [51].

Udowodniono, że wzrost masy ciała w okresie dojrzewania powoduje zwiększenie ryzyka zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego oraz prowadzi do powstania zespołu metabolicznego w okresie dorosłym [52,53]. U osób otyłych często rozpoznaje się tzw. zespół metaboliczny, który poza otyłością brzuszną objawia się hiperlipidemią, nadciśnieniem tętniczym oraz zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, co powoduje wystąpienie cukrzycy typu 2, zwanej cukrzycą insulino-niezależną [54]. Jak wykazują badania, profilaktyka zespołu metabolicznego jest znacznie skuteczniejsza niż jego leczenie. Ryzyko powstania zespołu metabolicznego jest o 50% wyższe u dzieci i młodzieży otyłej w stosunku do grupy dzieci i młodzieży, która posiada prawidłową masę ciała [55]. Inne badania wykazały, że otyłość dziewcząt w wieku 9-10 lat jest wyznacznikiem występowania zespołu metabolicznego w wieku 18 lat [56]. Negatywnymi składnikami pożywienia, które mogą predysponować do powstania zespołu metabolicznego są: kwasy tłuszczowe trans, nasycone kwasy tłuszczowe oraz cukier i sól. Korzystnie natomiast działa błonnik i antyoksydanty. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe PUFA (polyunsaturated fatty acids) nie powinny dostarczać więcej jak 10% energii, w tym kwasy omega-3 – 2%. Optymalny stosunek kwasów omega-6/omega-3 nie powinien być mniejszy niż 4:1. Kwasy omega-3 wpływają na rozwój układu nerwowego dziecka. Mają one także znaczenie w profilaktyce chorób metabolicznych i psychicznych. Należy również ograniczyć spożycie cholesterolu. W Polsce w ramach programu POL-HEALTH propaguje się zmianę stylu życia, poprzez sukcesywne zwiększanie na rynku asortymentu żywności o obniżonej zawartości tłuszczu, cukru i soli. Problemem pediatrycznym jest także osteoporoza, definiowana jako metaboliczna choroba układowa, która charakteryzuje się zanikiem masy kostnej prowadzącej do zwiększenia łamliwości kości. Do osteoporozy prowadzi niedobór witaminy D w diecie, ujemny bilans wapniowy oraz niedobory białka. W programie POL-HEALTH podkreśla się potrzebę spożywania większych ilości mleka i nabiału [57-60].

Otyłość 3-7 krotnie zwiększa ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2. Cukrzyca dorosłych jest wprost zależna od BMI, co wykazano w różnych badaniach [61].

Otyłość zwiększa także ryzyko zachorowania na wiele odmian nowotworów, w tym tak powszechnie występujących jak: nowotwór sutka u kobiet, prostaty u mężczyzn, rak endometrium, nerek, przełyku, okrężnicy [62-64].

#### **1.4. Zaburzenia odżywiania**

Ważnym problemem zdrowia publicznego jest niedożywienie oraz zbyt duża konsumpcja żywności. Zarówno niedożywienie jak i przekarmienie prowadzi do zmian patologicznych, chorobowych. Większość ludności świata jest niedożywiona lub cierpi z powodu głodu, czego następstwem jest wysoka śmiertelność spowodowana chorobami infekcyjnymi oraz chorobami wywołanymi niedoborem żywności. W krajach rozwiniętych obserwuje się natomiast nadmierne spożycie żywności, prowadzące do występowania chorób cywilizacyjnych: chorób układu krążenia, cukrzycy, schorzeń wątroby czy nowotworów [65]. Dieta ludzi w krajach wysoko rozwiniętych opiera się o żywność wysoko przetworzoną. Często nie jest zachowana odpowiednia proporcja składników odżywczych. Niejednokrotnie obserwuje się zbyt wysokie spożycie tłuszczów, cukru, soli i alkoholu. To właśnie za dużej konsumpcji żywności towarzyszą niedobory poszczególnych składników odżywczych, prowadzące do rozwoju chorób dietozależnych: otyłości, cukrzycy, miażdżycy [66].

Wiek młodzieńczy jest czasem dojrzewania fizjologicznego i psychicznego, warunkuje kształtowanie się osobowości. Młodzież nabywa poczucie wartości, zdolności samorealizacji i samostanowienia o sobie [67]. Okres ten ma również kluczowe znaczenie dla rozwijania się zachowań żywieniowych, które formowane są przy udziale rodziny, rówieśników a także mediów [68,69]. Nabyte w okresie nastoletnim zachowania, często są kontynuowane w życiu dorosłym, co może wpływać na zwiększenie ryzyka wystąpienia przewlekłych chorób cywilizacyjnych [70-72].

Wiele doniesień wskazuje na zależność między stanem psychicznym organizmu a zaburzeniami odżywiania i patologicznymi sposobami spożywania pokarmów [73]. Depresja i inne zaburzenia psychiczne często prowadzą do otyłości na tym tle oraz innych zaburzeń i patologii w sposobie odżywiania [74]. Dotyczy to także wieku dziecięcego i okresu dojrzewania [75]. Symptomy depresji występują często wśród otyłych nastolatków niezależnie od płci [76].

Zaburzenia odżywiania są od kilkudziesięciu lat jednym z najważniejszych problemów medycznych i społecznych współczesnego świata [77-79].

Najpoważniejszym schorzeniem w tym zakresie, które przyjęło rozmiary epidemii, jest otyłość, również wśród dzieci i młodzieży. Ostatnio, szczególnie wśród osób młodych, niepokój budzą zaburzenia jedzenia, zwłaszcza zachowania o charakterze anorektycznym [80-82]. Zwykle mają swój początek we wczesnym okresie nastoletnim (11-13 lat), jednak największe nasilenie osiągają w wieku gimnazjalnym i licealnym [83-85]. Jest to związane z faktem, iż w okresie adolescencji następuje fizjologiczny przyrost masy ciała. Jednocześnie wzrasta zainteresowanie ciałem, co zwłaszcza u dziewcząt, wobec powszechnie propagowanego ideału szczupłości, powoduje nasilone poczucie własnej nieatrakcyjności [86]. Stąd młode dziewczęta próbują nieustannie kontrolować masę ciała, stosując redukcyjne diety [87-89]. Zachowania takie mogą stać się czynnikiem ryzyka zaburzeń odżywiania, w tym anoreksji [90].

Ocenie zachowań żywieniowych w aspekcie zaburzeń odżywiania poddano młodzież gimnazjalną i licealną z Łodzi. W badaniu udział wzięło 430 uczniów, z czego dziewczęta stanowiły około 40% grupy. Około 47% uczniów uważało, że ma za dużą lub zbyt małą masę ciała. Znacznie częściej nieprawidłowości w masie ciała wskazywali uczniowie liceum w porównaniu do uczniów gimnazjum. Co piąta badana osoba uważała, że jest za gruba, a jednocześnie około 28% badanych twierdziło, że są za szczupli według opinii innych. Nie pokrywało się to z obiektywną oceną masy ciała według wskaźnika BMI. Stosując ten wskaźnik niedobór masy ciała stwierdzono u 11,5% dziewcząt i 4,5% chłopców, zaś nadmierną masę ciała odpowiednio u 10,9% i 20,0% badanych. Świadczy to o dużym krytycyzmie względem własnego ciała. Może to być czynnikiem wpływającym na ryzykowne zachowania odchudzające. Koncentracja na wyglądzie i dążenie do szczupłej sylwetki są wielokrotnie ważnym aspektem życia młodzieży. Badani często porównywali się z innymi rówieśnikami. Aż 37,2% uważało, że koledzy/koleżanki są szczuplejsi od nich samych. 43,5% badanych uważało, że niedowaga jest lepsza niż nadwaga. Na to pytanie znacznie częściej twierdząco odpowiadali uczniowie liceum. Średnio około 13% badanych uczniów stosowało dietę, dla lepszej kontroli masy ciała. Młodzież najczęściej wdrażała dietę wysokobiałkową, owocowo-warzywną lub niskokaloryczną. Diety stosowane były bez konsultacji z lekarzem czy dietetykiem, a wszelkie informacje czerpane były z Internetu. Często badani, aby zredukować masę ciała omijali posiłki, ograniczali

asortyment spożywanych pokarmów czy bardzo dużo ćwiczyli. Wszystkie te zachowania są nieodpowiedzialne i należy pamiętać, że mogą nieść za sobą negatywne skutki dla zdrowia. Odpowiednio zbilansowana, zróżnicowana dieta oraz codzienna umiarkowana aktywność fizyczna byłaby najlepszym rozwiązaniem dla zachowania odpowiedniej masy ciała i zdrowia [91]. Częstość stosowania rygorystycznych diet koreluje z poziomem emocjonalnego stresu u nastolatków. Dotyczy to w większym stopniu dziewcząt [92,93]. Może również prowadzić do takich patologii, jak: bulimia nervosa i anorexia nervosa [94]. Restrykcyjne stosowanie diety w celu obniżenia masy ciała prowadzi do zaburzeń koncentracji i snu, nieregularnych miesiączek oraz zahamowania wzrostu i rozwoju. Patologiczne spożywanie pokarmów spowodowane stresem (stress-induced eating) jest przedmiotem wielu studiów [95]. Postuluje się, że inaczej powinna być prowadzona edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w zakresie prawidłowego sposobu odżywiania i utrzymywania zdrowej sylwetki w stosunku do nastolatek, inne też musi być podejście do chłopców w tym wieku. Chłopcy najczęściej nie dostrzegają istnienia nadwagi i otyłości, zaś postrzeganie przez dziewczęta tego problemu zależy od stanu psychicznego i akceptacji własnego ciała i sylwetki. Dlatego też w stosunku do chłopców należy prowadzić edukację polegającą na umiejętności oceny swej masy ciała należytą, zaś w przypadku dziewcząt ta metoda nie jest najczęściej wystarczająca. Należy stosować techniki psychologiczne zwiększające poziom akceptacji własnego ciała i własnej wartości [96].

### **1.5. Żywność prozdrowotna**

Do żywności prozdrowotnej zalicza się produkty naturalne np.: warzywa i owoce, ryby morskie, mleczne napoje fermentowane, żywność wzbogacaną w błonnik i witaminy czy żywność z obniżoną zawartością cukru, soli, tłuszczu. W Stanach Zjednoczonych konsumentami żywności prozdrowotnej są głównie wykształcone, dobrze zarabiające kobiety w wieku 35-55 lat [97]. Żywnością prozdrowotną interesują się także osoby posiadające dzieci lub chorych członków rodziny oraz osoby posiadające poglądy o możliwości wpływu takiej żywności korzystnie na nasze zdrowie [98,99]. W Polsce aż 74% ankietowanych respondentek deklaruje zakup żywności prozdrowotnej, zaś głównymi odbiorcami takiej żywności są małe dzieci, osoby w wieku podeszłym oraz kobiety ciężarne i karmiące [100]. W badaniach preferencji mięsa, ryb i produktów mlecznych oraz tłuszczów, przeprowadzonych wśród studentów

polskich, 64% wybierało produkty o zmniejszonej zawartości tłuszczu, co świadczy o istotnej roli czynnika prozdrowotnego [101]. Znaczną grupę produktów prozdrowotnych stanowią produkty zawierające żywe kultury bakterii. W badaniu wyboru soków wykazano wzrost preferencji soków probiotycznych wraz z wiekiem konsumenta [102]. W badaniach spożycia żywności w krajach Europy wykazano, że najbardziej optymalna dla zdrowia, zgodna z wzorcami żywieniowymi jest dieta tzw. śródziemnomorska, popularna w krajach basenu Morza Śródziemnego [103].

## **2. Aktywność fizyczna**

Aktywność fizyczna stanowi kluczowy element zdrowego stylu życia. Jest niezbędna do prawidłowego rozwoju i zdrowia zarówno fizycznego, psychicznego i społecznego [104]. Systematyczna aktywność fizyczna, która jest dostosowana do potrzeb danego człowieka, wpływa na niego stymulująco. Odpowiednia ilość ruchu w okresie dzieciństwa i młodości pozwala zachować właściwą kondycję także w wieku dorosłym. Ograniczenie codziennej aktywności fizycznej oraz nasilenie rozwoju cywilizacyjnego stanowi realne zagrożenie dla zdrowia człowieka [105,106]. Postęp cywilizacyjny doprowadził do tego, że aktywność fizyczna jest obecnie znikoma w stosunku do potrzeb dzieci, które ciągle się rozwijają. Przyjęta ogólna norma dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym wynosi około 6 godzin. Absolutne minimum stanowią 4 godziny. Niestety aktywność ruchowa dzieci w Polsce jest mniejsza od zalecanej. Wiąże się to z systemem szkolnictwa oraz brakiem zachęty do dobrego przykładu ze strony rodziców [107]. Odpowiednia do wieku i sprawności fizycznej ilość ruchu jest najlepszym sposobem na zachowanie zdrowia, dobrego samopoczucia, ale także długowieczności [108]. Aktywność ruchowa stanowi bardzo ważny element zdrowego stylu życia, choć nadal niedoceniany. Jest czynnikiem warunkującym prawidłowy rozwój organizmu człowieka na każdym etapie jego życia [109,110].

Większość podejmowanych przez mieszkańców naszego kraju aktywności fizycznych przypada na pracę lub czynności codzienne. Rozwój techniki powoduje, że wydatek energetyczny potrzebny na wykonanie tych czynności stale się zmniejsza, co prowadzi do niedoboru ruchu – hipokinezy. Niestety równocześnie ze spadkiem



aktywności fizycznej rośnie kaloryczność spożywanych przez nas posiłków, co prowadzi do wzrostu nadwagi i otyłości, także wśród młodzieży [111,112].

Aktywnością fizyczną nazywamy działanie mięśni szkieletowych, skutkujące wydatkiem energetycznym wyższym niż wydatek w okresie spoczynku organizmu [113]. Definicja ta obejmuje zarówno aktywność fizyczną rekreacyjną, zawodową, ruchową w domu, czy taką związaną z transportem i przemieszczaniem się. Aktywność fizyczną cechują: intensywność, czas trwania i częstotliwość jej wykonywania. Aktywność fizyczna poprawiająca zdrowie, to każda forma ruchu, która przynosi korzyści zdrowotne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Czasami określa się ją sprawnością fizyczną. Aktywny tryb życia to styl, w którym ruch to codzienna rutyna [114]. Ćwiczeniami fizycznymi natomiast określa się zaplanowane ruchy ciała, które mają poprawić jego sprawność. Z aktywnością fizyczną wiąże się także pojęcie wydolności fizycznej, które mówi o zdolności do długotrwałego wysiłku fizycznego, w którym pracują duże grupy mięśni. Pojęcie to obejmuje także tolerancję na zmęczenie i umiejętność szybkiej likwidacji go, po zakończeniu ćwiczeń [115]. Aktywność fizyczna może być wykonywana z różną intensywnością. Wyróżnia się aktywność fizyczną o: niskiej, umiarkowanej i dużej intensywności. Wolny marsz, wędkowanie czy porządki w domu są aktywnością fizyczną o niskiej intensywności. Szybki marsz, umiarkowana jazda na rowerze, praca w ogrodzie czy gra w tenisa stołowego należą do grupy aktywności fizycznych o umiarkowanej intensywności. Dużej intensywności i wysiłku wymagają m.in.: bieg, szybka jazda na rowerze, czy wchodzenie po schodach [116].

Sposobem oceny aktywności fizycznej w badaniach populacyjnych są ankiety, które mogą przybierać postać dzienników (w których badani odnotowują szczegółowo wszystkie wykonane czynności w ciągu doby lub treningu) lub kwestionariuszy, które zbierają dane retrospektywne z konkretnego okresu np.: tygodnia czy roku [117]. Dzienniki pozwalają na dokładne określenie intensywności wykonanych ćwiczeń, natomiast badania retrospektywne obarczone są błędem wynikającym z tego, że ankietowani z biegiem czasu zapominają o tym, jakie ćwiczenia wykonali. Mimo tego badania retrospektywne są często stosowane w badaniach populacyjnych. Przykładem ankiety oceniającej poziom aktywności jest MVPA (ang. *Moderate-to Vigorous Physical Activity*), opracowana przez amerykańskich autorów. Opiera się ona o liczbę dni w tygodniu, podczas których badani poświęcali na różne formy aktywności fizycznej co najmniej 60 minut dziennie. Poziom aktywności fizycznej o tej objętości

przynajmniej w każdym z 5 dni w tygodniu jest przyjmowany jako zalecany [118]. Przykładem innego kwestionariusza jest LTEQ (The Leisure-Time Exercise Questionnaire), który jest oparty o uczestnictwo w zajęciach i ćwiczeniach sportowych [119]. Do oceny aktywności fizycznej stosuje się także metody obiektywne, w których zastosowanie mają elektroniczne urządzenia monitorujące m.in.: pracę serca (sport-testery) czy ilość wykonanych kroków (krokomierze, pedometry) [116].

Ruch przynosi wiele korzyści dla zdrowia m.in.: poprawia sprawność mięśni, spala tkankę tłuszczową, obniża poziom trójglicerydów i cholesterolu w surowicy krwi, poprawia wydolność krążeniową i obniża ciśnienie tętnicze krwi [120]. Aktywność fizyczna zwiększa wytrzymałość organizmu, uodparnia na stres, wzmacnia działanie układu immunologicznego. Niestety polskie społeczeństwo jest mało aktywne ruchowo na tle innych krajów Europy [121,122]. Według ekspertów Health Education Authority należy zachęcać dzieci i młodzież do codziennej aktywności fizycznej, która miałaby trwać przez godzinę dziennie. Taka ilość ruchu pozwoliłaby na zachowanie dobrej kondycji oraz zapobieganie chorobom układu krążenia i otyłości [1,123].

Niska aktywność fizyczna zwiększa ryzyko zachorowania na wiele chorób w tym: chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę insulino-niezależną (typu 2), osteoporozę. Osoby prowadzące siedzący tryb życia są bardziej narażone na choroby układu krążenia niż osoby aktywne fizycznie [124]. Niska aktywność ruchowa sprzyja także nadwadze, otyłości i wadom postawy. Nadwaga najczęściej wynika z nieprawidłowej diety, braku ruchu oraz siedzącego trybu życia [125,126].

Aktywny tryb życia w dzieciństwie i młodości oraz utrzymywanie prawidłowej masy ciała jest najbardziej efektywnym sposobem zapobiegania chorobom układu sercowo-naczyniowego [127]. Stabilizując gospodarkę lipidową [128] w rezultacie obniżamy śmiertelność z powodu chorób układu krążenia [129]. Dotyczy to zarówno dorosłych, jak i dzieci i młodzieży [130]. Zmiany miażdżycowe mogą pojawić się już w dzieciństwie [131], co może być przyczyną rozwoju miażdżycy w wieku dorosłym [132]. Podwyższony poziom cholesterolu i lipidów w surowicy krwi powodują rozwój miażdżycy, a ta jest główną przyczyną chorób układu krążenia. Naukowcy wskazują, że regularny ruch, zwłaszcza w postaci ćwiczeń aerobowych to dobra metoda zapobiegania podwyższonemu poziomowi cholesterolu w surowicy. Uprawianie sportu wpływa pozytywnie na poziomy HDL (high density lipoprotein), cholesterolu i trójglicerydów również u dzieci i młodzieży, ale aktywność ta musi trwać 30 minut i musi być wykonywana przez co najmniej 5 dni w tygodniu [133,134]. Przyjmuje się, że nastolatki

i dzieci powinny ćwiczyć codziennie przez 60 minut. To jest gwarantem odpowiedniej prewencji chorób układu krążenia [135]. Ćwiczenia obniżają krzepliwość krwi i jej zdolności koagulacyjne [136]. Regularna aktywność fizyczna poprawia krążenie wieńcowe, funkcje nabłonka naczyń krwionośnych oraz obniża stężenie białka C-reaktywnego we krwi stanowiącego czynnik zapalny [137]. Ćwiczenia fizyczne pozwalają także na obniżenie ciśnienia krwi (również w wieku dojrzewania). Jest to główny czynnik zapobiegający przedwczesnemu zgonowi z powodu chorób układu sercowo – naczyniowego [138]. Efekty obniżenia ciśnienia przynoszą regularne ćwiczenia wykonywane w większość dni w tygodniu, trwające 30 minut o intensywności 80% maksymalnej częstości tętna [139]. Przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych 15-letnie badania „CARDIA STUDY” (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) wykazały, że badani wykonujący ćwiczenia fizyczne o umiarkowanej intensywności 3-6 razy w tygodniu po 30-60 minut rzadziej chorowali na nadciśnienie tętnicze - 17% [138]. Dotyczy to także dzieci i młodzieży, co stwierdzono w licznych badaniach prowadzonych m.in. w Finlandii i Niemczech [140].

Uprawianie sportu wspomaga budowę, rozwój oraz funkcję kości [141] i mięśni u ludzi w każdym wieku [142]. Ćwiczenia poprawiają unaczynienie mięśni szkieletowych, co skutkuje ich lepszym zaopatrywaniem w glukozę i tlen [143]. Ruch wpływa na stopień mineralizacji kości człowieka w różnym wieku, co ma ogromne znaczenie w przypadku dzieci i młodzieży [144]. Jak wykazały wyniki badań, ćwiczenia wykonywane przez rok przez kobiety w podeszłym wieku pozwoliły na poprawę ich gęstości kości oraz zwiększenie siły mięśni. Regularna aktywność fizyczna obniża ryzyko osteoporozy w wieku podeszłym [145]. Stopień mineralizacji kości jest wyższy u osób bardziej aktywnych fizycznie i jest proporcjonalny do stopnia wysiłku [146]. Istnieją dowody na to, że aktywność fizyczna przeciwdziała odwapnianiu kości z wiekiem, u obu płci. Regularne ćwiczenia zapobiegają także złamaniom, a najskuteczniejszym treningiem poprawiającym mineralizację kości jest podnoszenie ciężarów i ćwiczenia izometryczne [147].

Niektórzy badacze wykazują także związek aktywności fizycznej z ryzykiem zachorowania na choroby nowotworowe. Ćwiczenia wpływają na metabolizm glukozy poprzez zwiększenie syntezy glikogenu oraz na proliferację naczyń krwionośnych w mięśniach [148], ponadto redukują tkankę tłuszczową, poprawiają funkcjonowanie układu immunologicznego, hamują wytwarzanie wolnych rodników, co bezpośrednio wpływa hamująco na procesy nowotworzenia. Regularna aktywność fizyczna redukuje

o 46% częstość zachorowania na raka. Codzienny wysiłek umiarkowany lub intensywny o długości 30-60 minut obniża o 30-40% narażenie na zachorowanie na raka jelita grubego w porównaniu do ludzi prowadzących siedzący tryb życia [149].

Aktywność fizyczna ma także związek z zachorowaniami na cukrzycę typu 2, związaną z zaburzeniami w metabolizmie insuliny [150]. Cukrzyca dotyka coraz częściej dzieci i młodzież w wieku szkolnym, dlatego tak istotne jest zapobieganie jej rozwojowi, zwłaszcza poprzez unikanie siedzącego trybu życia [151]. Regularny wysiłek fizyczny zapobiega zachorowaniu na tę chorobą, dotyczy to zarówno dorosłych, jak i młodzieży. Cukrzyca typu 2 często towarzyszy nadwadze oraz otyłości. Ponadto jest związana z siedzącym trybem życia i niedostatkim ruchu i ćwiczeń (czynniki te w około 25% determinują powstanie cukrzycy typu 2) [152]. Wysiłek o umiarkowanej intensywności zmniejsza o 30% ryzyko zachorowania na cukrzycę w porównaniu do osób prowadzących siedzący tryb życia. Takie efekty daje marszobieg wykonywany 3-6 razy w tygodniu, trwający 30-60 minut [153]. Zwiększenie regularności i intensywności ćwiczeń powoduje, że ryzyko zachorowania na cukrzycę proporcjonalnie maleje [154]. Badanie przeprowadzone w USA Nurses Health Study i the Health Professionals' Follow-up Study wykazało, że istnieje silna zależność siedzącego trybu życia, ilości czasu spędzonego przed telewizorem czy komputerem, a ryzykiem zachorowania na cukrzycę typu 2. Zależność ta nie ulega zmianie nawet wtedy, kiedy nie zmniejszana jest ilość poświęcanego czasu na ćwiczenia fizyczne [155]. Inne badanie wykazało, że mężczyźni z rozpoznaną cukrzycą typu 2 prowadzący siedzący tryb życia mają 1,7 razy większe ryzyko przedwczesnego zgonu, w porównaniu do prowadzących aktywny styl życia [156]. W zapobieganiu cukrzycy typu 2 najlepiej sprawdzają się ćwiczenia aerobowe oraz wytrzymałościowe. Ćwiczenia fizyczne często wykazują lepszy efekt terapeutyczny niż leczenie farmakologiczne cukrzycy typu 2 [157].

Aktywny styl życia ma związek ze zdrowiem psychicznym, głównie ze stanami depresyjnymi. Choroby o podłożu psychicznym stanowią ważny problem zdrowia publicznego i jak wynika z badań epidemiologicznych częściej dotyczą dziewcząt niż chłopców [158]. Zapobieganie depresji już w wieku nastoletnim przynosi pozytywne efekty na przyszłość [159]. Nastolatki zmagające się z problemem depresji są mniej aktywne fizycznie [160]. Przeprowadzono badania kliniczne, w których ocenie poddano stężenie hormonów stresu: kortyzolu i katecholaminy przed i po wysiłku. Kilka tygodni codziennych ćwiczeń biegowych spowodowało obniżenie poziomów hormonów stresu

oraz poprawę kondycji fizycznej nastolatków [161]. Zmiana stylu życia poprzez zwiększenie regularności ćwiczeń jest uważana za rodzaj terapii psychologicznej, która przynosi skutki antydepresyjne. Ćwiczenia wykonywane w grupie często także stanowią efekt terapeutyczny. Duże znaczenie ma również fakt utrzymania poprawnej masy ciała, co skutkuje akceptacją własnego ciała i pozbyciem się kompleksów [162]. Nastolatki uprawiające sport mają większe poczucie własnej wartości, pozytywniej oceniają swoje ciało oraz są zadowolone ze swojego wyglądu w porównaniu do osób prowadzących siedzący tryb życia. Co ciekawe nie ma to związku z masą ciała czy indeksem BMI. Satysfakcja z ćwiczeń oraz własnego wyglądu wpływa na lepszą akceptację siebie w wieku dorosłym [163]. Ponadto aktywność fizyczna poprawia zdolność koncentracji, co przekłada się na lepsze osiągnięcia w nauce. Wysiłek fizyczny zmniejsza także zachowania agresywne oraz skłonność do rozwoju nerwic [164].

Nawyki aktywnego trybu życia nastolatki nabywają dzięki swoim rodzicom [165]. Styl życia rodziny oraz współuczestniczenie rodziców w aktywności fizycznej dziecka mają ogromny wpływ na jego aktywność w wieku dorosłym. Na poziom aktywności fizycznej dziecka oddziałują pozytywne relacje z rodzicami [166]. Zaangażowanie rodziców w wykonywanie ćwiczeń przez ich dziecko oraz dobre relacje między rodzicami wpływają na wysoką samoocenę nastolatka, co skutkuje wyższym poziomem aktywności fizycznej. Niski poziom akceptacji samego siebie prowadzi do zaburzeń depresyjnych oraz spadku aktywności fizycznej. W rodzinach niepełnych aktywność fizyczna jest niższa, a znaczne ilości czasu spędza się przed ekranem telewizora i komputera [167]. Wpływ rodziców na zachowanie dzieci ma największe znaczenie w latach dzieciństwa. Wraz z procesem dorastania znacząco na nastolatki oddziałują rówieśnicy [168].

Aktywność fizyczna bezpośrednio wpływa na wiele ryzykownych zachowań, w tym na palenie tytoniu przez młodzież. Badania zarówno europejskie jak i amerykańskie wykazują, że palenie tytoniu w okresie dojrzewania oddziałuje bezpośrednio na niższy poziom aktywności fizycznej nastolatków [169]. Uprawianie sportu wpływa również na opóźnienie inicjacji tytoniowej przez nastolatków. Wiąże się to z większą dbałością o zdrowie i dobrą kondycję fizyczną wśród niepalącej młodzieży. Uczniowie gimnazjum uprawiający sport, średnio 3-4 lata później eksperymentowali z papierosami. Młodzież nieaktywna fizycznie rozpoczęła palenie w wieku 10 lat i o wiele częściej stawała się nałogowymi palaczami. Jak wynika

z badań, walka z paleniem tytoniu powinna rozpocząć się już w wieku około 10 lat, a młodzież należałoby zachęcać do uprawiania sportu [170]. Najważniejszy jest fakt, że aktywność fizyczna w okresie dojrzewania nie tylko powoduje zmniejszenie częstości palenia tytoniu w tym okresie, ale również jest pozytywnym prognostykiem niepalenia w późniejszych latach życia [171]. Ćwiczenia fizyczne zmniejszają skłonności do uzależnienia się od tytoniu, co wiąże się z faktem, iż ćwiczenia i tytoń stymulują te same struktury ośrodkowego układu nerwowego. W związku z tym, wysiłek fizyczny jest uważany przez niektórych, jako metoda wzmacniająca chęć rzucenia palenia lub łagodząca objawy odstawienia nikotyny [172]. Aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na zapobieganie inicjacji tytoniowej poprzez podniesienie samooceny, zaradności życiowej oraz zdolności samodzielnego myślenia [173]. Dlatego młodzież uprawiająca sport nie odczuwa chęci na sięgnięcie po papierosa [174].

Ruch zwłaszcza na świeżym powietrzu jest dla dzieci i młodzieży bardzo istotny i stanowi dla nich źródło przyjemności, sposób na spędzanie czasu z rówieśnikami. Jest to także ważny element profilaktyki otyłości i chorób z nią związanych [175]. Niestety, współczesna cywilizacja stworzyła konkurencję dla zabaw na świeżym powietrzu w postaci telewizji, komputerów i Internetu [11,176,177]. Dane epidemiologiczne wskazują, że młodzież w okresie dojrzewania w wieku 13-18 lat wykazuje spadek zainteresowania aktywnością fizyczną [178]. Badania HBSC dotyczące aktywności fizycznej nastolatków w wieku: 11, 13 i 15-lat przeprowadzono w roku 2002, 2006 i 2010 w Polsce oraz innych krajach europejskich. Wyniki badań wykazały, że dziewczęta ćwiczą mniej niż chłopcy i nie wypełniają standardów minimalnej aktywności znacznie częściej niż chłopcy. Poziom aktywności ruchowej obniża się wraz z wiekiem. Polskie nastolatki poświęcają znacznie mniej czasu na ćwiczenia fizyczne w porównaniu z ich rówieśnikami w innych krajach. Niepokojące są tendencje wydłużania czasu spędzanego przez nastolatki przed telewizorem bądź komputerem powyżej dwóch godzin dziennie. W Polsce obserwuje się wyższy odsetek młodzieży angażującej się w zachowania sedenteryjne aniżeli w innych krajach Europy. Od kilkudziesięciu lat w większości krajów świata notuje się zmniejszenie aktywności fizycznej społeczeństw. Przeprowadzone w Europie w roku 2006 badania „Eurobarometr” wykazały, że przeciętny Europejczyk spędza w pozycji siedzącej ponad 6 godzin dziennie. W roku 2010 w ramach tych samych badań wykazano, że 34% respondentów nie uprawia żadnego sportu [179]. Badania pokazują, że 50-60% dorosłych Polaków cechuje zbyt mała aktywność fizyczna [180]. Coraz większym

i stale rosnącym problemem staje się niska aktywność fizyczna dzieci i młodzieży, dotyczy to ponad 50% dziewcząt i około 33% chłopców w Polsce [181]. Około 65% polskiej młodzieży nie podejmuje aktywności fizycznej zgodnie z zaleceniami [182].

Ocenia się, że wśród młodzieży szkolnej, około 25% polskich uczniów wykazuje odchylenia od prawidłowego stanu zdrowia, a czynniki ryzyka chorób przewlekłych pojawiają się w coraz młodszym wieku [47]. Występowanie tych chorób często jest związane z brakiem odpowiedniej ilości aktywności fizycznej.

### **3. Zachowania antyzdrowotne nastolatków - używki**

Zarówno palenie papierosów, spożywanie alkoholu oraz przyjmowanie narkotyków (w tym także dopalaczy) stanowi poważny problem zdrowia publicznego współczesnego świata. Problemy uzależnień są obciążeniem dla gospodarki, zaburzają życie jednostek, funkcjonowanie rodzin i środowisk [183].

Czas dorastania jest niezwykle ważny, ale i trudny. Młodzież ma problemy z wejściem w świat dorosłych, przeżywa rozmaite rozterki, buntuje się, co jest przyczyną kłótni i konfliktów z rodzicami. Dzisiejszy świat wymaga coraz więcej zarówno od rodziców, jak i ich dorastających dzieci. Dobra materialne często są przedkładane nad stosunki rodzinne i zapewnienie dzieciom miłości, zrozumienia czy rozmów [184]. Podejmowanie zachowań ryzykownych jest naturalną cechą dorastania, powiązaną z realizacją zadań, poszukiwaniem własnej tożsamości, autonomii, sprawdzeniem swoich możliwości i sposobów radzenia sobie z trudnościami, pełnieniem nowych ról społecznych. Zachowania ryzykowne są niezwykle niebezpieczne ze względu na szkody zdrowotne i społeczne, jakie mogą powodować [185]. Wielu badaczy uważa, że szczególnie trudny okres dorastania przypada w wieku od 15-go do 19-go roku życia. Jest to okres najsilniejszego buntu, najintensywniejszych poszukiwań. Dla młodzieży w takim wieku brak jest wystarczającej pomocy, nie tworzy się poradni psychosocjomedycznych, które byłyby pomocne w rozwiązywaniu problemów [2].

### 3.1. Alkohol

Identyfikacja przyczyn nadużywania alkoholu przez młodzież ma kluczowe znaczenie dla konstruowania skutecznych strategii profilaktycznych. Uważa się, że istnieje kilka grup czynników, które zwiększają ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne (w tym alkohol), co w konsekwencji prowadzi do uzależnienia. Czynniki te można ująć w cztery grupy: czynniki fizjologiczne, środowiskowe, indywidualne oraz makrospołeczne. Czynniki fizjologiczne obejmują cechy fizjologiczne organizmu, które wpływają na osobniczą podatność na działanie alkoholu oraz na uzależnienie się od niego. Czynniki środowiskowe obejmują wzory zachowań przekazane przez najbliższe środowisko, rodzinę i rówieśników. Ważne są tu praktyki wychowawcze oraz styl życia i zachowania rodziców, a także relacje emocjonalne. Wśród czynników indywidualnych należy wymienić umiejętności osobiste i społeczne, indywidualne postawy, przekonania, oczekiwania, intencje dotyczące spożycia alkoholu, zachowania problemowe wieku dojrzewania oraz cechy charakteru takie jak: agresywność, buntowniczność, skłonność do zachowań ryzykownych. Czynniki makrospołeczne obejmują: oddziaływanie mediów i reklam, uregulowania prawne, warunki życia i dorastania, w tym: przestępczość, bezrobocie, wykształcenie bliskich itp. [186-188].

Większość prowadzonych badań nad czynnikami ryzyka alkoholizmu dzieli się na dwie grupy. Pierwsza z nich dotyczy czynników, które sprzyjają w okresie dorastania inicjacji, a następnie wiążą się z częstym piciem. Badania epidemiologiczne wskazują, że mimo zakazów i ograniczeń picie alkoholu jest bardzo rozpowszechnione wśród młodzieży szkolnej. Najsilniejszymi predyktorami nadużywania alkoholu przez młodzież są: wcześniejsze jego spożywanie [189], intencje używania [190], koledzy, którzy piją alkohol [191], aprobata picia alkoholu wśród rówieśników i osób ze środowiska, podatność na wpływy rówieśników oraz nieumiejętność odmawiania na oferty picia, presja [192]. Większość tych przesłanek można zaliczyć do grupy czynników bezpośrednio poprzedzających spożywanie alkoholu. Choć doraźny wpływ tych bodźców na używanie substancji psychoaktywnych jest bardzo silny, to nie wyjaśniają one przyczyn używania, ani mechanizmu przechodzenia od normatywnego do problemowego picia alkoholu. Druga grupa badań skupia się na powiązaniu wyższego ryzyka problemowego używania substancji psychoaktywnych z uzależnieniem od nich. Przyczyn problemowego picia alkoholu poszukuje się także



wśród czynników wpływających pośrednio, długofalowo. Takimi bodźcami są czynniki makrospołeczne jak: ubóstwo, wysoki stopień przestępczości, bezrobocie, nadużywanie alkoholu w rodzinie, inne zachowania dewiacyjne rodziców, nieodpowiednie praktyki wychowawcze rodziców, zachowania agresywne, niepowodzenia w nauce i brak przystosowania do wymagań w szkole, odrzucenie przez rówieśników [193].

Badacze problemu spożycia alkoholu przez młodzież wskazują na znaczenie elementów chroniących, związanych z promocją i profilaktyką zdrowia. Czynnikiem tymi są właściwości jednostek lub środowiska społecznego, których występowanie wzmacnia potencjał zdrowotny człowieka zwiększając jego odporność na bodźce ryzyka. Identyfikacja czynników ochronnych jest podstawą konstruowania działań profilaktycznych opartych na wzmacnianiu i rozwijaniu odpowiednich cech, a nie tylko na przeciwdziałaniu zagrożeniom. Badania naukowe wykazały, że pozytywne ustosunkowanie do szkoły i nauki oraz brak akceptacji dla zachowań dewiacyjnych i antyspołecznych chronią przed rozwojem syndromu zachowań problemowych okresu dojrzewania. Również niektóre umiejętności osobiste i społeczne oraz kontrola własnego zachowania stanowią ochronę przed używaniem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu. Innymi czynnikami chroniącymi są: bliskie związki z rodzicami, przestrzeganie powszechnie uznawanych norm i wartości, w tym także zaangażowanie w życie religijne [194].

Młodzież okazjonalnie sięga po alkohol, a jest to związane ze specyfiką wieku dorastania. Służy to zaspokajaniu ważnych potrzeb rozwojowych młodzieży: pokazaniu się rówieśnikom w roli osoby dorosłej i niezależnej od autorytetu dorosłych. Większość nastolatków sięga po alkohol w sposób umiarkowany i jest to uznawane za tzw. zachowanie normatywne. Jednak część młodych ludzi pije zbyt dużo alkoholu, a takie zachowanie może być przyczyną poważnych zagrożeń dla zdrowia i życia [195-197].

Sięganie po alkohol rozpoczyna się w wieku 13-14 lat. Najczęściej ma to miejsce podczas spotkań towarzyskich: w domach prywatnych, w czasie koncertów, dyskotek. Częstym momentem inicjacji są także wagary w pierwszym dniu wiosny. Okazją do spożywania alkoholu są również wyjazdy wakacyjne – obozy, kolonie, czasem także wycieczki szkolne. Często pierwszą imprezą z alkoholem jest zabawa sylwestrowa. W przekonaniu młodzieży inicjacja alkoholowa jest efektem wpływu otoczenia. Wpływ ten może być bezpośredni – piją wszyscy, więc jest obawa przed wyłamaniem się. Pośredni wpływ związany jest z wychowaniem rodziców, obserwacją osób pijących alkohol, stylem życia rówieśników. Przeciwdziałanie zjawisku picia

alkoholu przez nastolatków powinno być powiązane z organizowaniem programów profilaktycznych skierowanych do konkretnych grup wiekowych. Program taki musi mieć solidne podstawy teoretyczne, udokumentowaną skuteczność oraz powinien być w sposób jasny i ciekawy przekazany młodym ludziom. Atrakcyjność akcji może spotkać się z jej pozytywnym odbiorem [198].

W skali światowej alkoholizm stanowi problem medyczny, socjologiczny i ekonomiczny. Szacuje się, że około 15 milionów Amerykanów pije alkohol w nadmiarze i jest od niego uzależnionych [199]. Spożycie alkoholu w nadmiernych ilościach powoduje wzrost ryzyka zapadalności na wiele różnych chorób. Ryzyko to jest większe u kobiet niż u mężczyzn przy tych samych poziomach konsumpcji, a ma to związek z mniejszą masą ciała, niższą zawartością wody w organizmie, różnicami w metabolizmie, a także odmiennym wpływem alkoholu na układ hormonalny. Alkohol oddziałuje na kwestie życia prokreacyjnego powodując: zakłócenia dojrzewania, zaburzenia miesiączkowania, raka piersi, bezpłodność. Wpływa także na przebieg ciąży i zdrowie płodu. Spożycie alkoholu w czasie ciąży może doprowadzić do poronienia, urodzenia martwego płodu czy powstania alkoholowego zespołu płodowego u narodzonego dziecka [200].

Alkohol działając na mózg, przysadkę oraz bezpośrednio na jajniki może wywołać zaburzenia dojrzewania poprzez zaburzenie produkcji hormonów [201]. Destrukcyjny wpływ alkoholu na proces dojrzewania obserwowano w badaniach na zwierzętach, zwłaszcza na szczurach. Alkohol aktywował opioidy endogenne w mózgu, które miały negatywny wpływ na dojrzewanie [202]. Badania Blocka i wsp. wskazały, że nawet umiarkowane spożycie alkoholu przez dziewczęta w wieku 12-18 lat wpływa na obniżenie poziomu estrogenów [203].

Badania populacyjne prowadzone w Stanach Zjednoczonych w latach 80-tych zwróciły uwagę na to, że 80% kobiet pijących jednorazowo 90 ml alkoholu przynajmniej jeden raz w tygodniu ma bolesne miesiączki. U kobiet uzależnionych od alkoholu obserwuje się zanik jajczkowania i nieregularne cykle miesiączkowe. Zaburzenia cyklu pojawiają się również u kobiet pijących towarzysko, ale w ilościach mogących doprowadzić do uszkodzenia wątroby i innych organów [204].

Alkohol podnosi ryzyko poronienia i przedwczesnego porodu u kobiet pijących podczas ciąży. Wskaźniki poronień wśród alkoholiczek są bardzo wysokie i sięgają: 18,8% na Węgrzech [205], 22,23% w Niemczech i Danii [206], 46,52% w Szkocji [207] do 81% we Francji [208]. W ramach projektu WHO Global Burden of Diseases

(Światowe Obciążenie Chorobami) oszacowano, że alkohol jest przyczyną 60 tysięcy urodzeń dzieci z niedowagą rocznie, w krajach Unii Europejskiej [209].

Alkohol w ciąży bywa także przyczyną powstawania Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS) u dzieci. Ryzyko rozwoju FAS jest efektem wysokiej, regularnej konsumpcji alkoholu, powiązanej z uzależnieniem. Szacunkowo w USA zespół FAS rozpoznaje się od około 0,5 do 2 przypadków na 1000 urodzeń. Największe wskaźniki rozpoznania FAS obserwuje się wśród ludności krajów o bardzo niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Poziomy konsumpcji alkoholu w USA i krajach Europy są podobne, a mimo to w rozwiniętych krajach europejskich (w tym: Austrii, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Danii, Francji, Włoszech, Holandii, Portugalii, Szwecji) identyfikuje się około 4 przypadki FAS rocznie [210]. Przypuszczalnie FAS poza związkiem z ekspozycją płodu na alkohol wiąże się z wzorcami picia, niskim statusem społecznym i materialnym czy wykluczeniem społecznym, co doprowadza do głębokich zaniedbań.

Najczęstszą chorobą wywoływaną nadmiernym spożyciem alkoholu w krajach Europy Zachodniej i w Ameryce Północnej jest marskość wątroby. Na choroby wątroby wywołane spożyciem alkoholu nie zapadają wszyscy pijący, a około 77% spośród nadużywających alkohol [211]. Z danych europejskich wynika, że na skutek nadużycia alkoholu umiera rocznie 55 tysięcy Europejczyków, a co czwarty zgon występuje w grupie wiekowej 15-29 lat. Blisko 40-60% wszystkich zgonów wśród społeczeństw Europy Środkowej i Wschodniej ma związek z nadużywaniem alkoholu. Konsumpcja alkoholu jest podłożem około 9% wszystkich chorób Europejczyków w tym: chorób wątroby, nadciśnienia, zawału serca, nowotworów przewodu pokarmowego. Koszty związane z nadmiernym spożyciem alkoholu ponoszone na służbę zdrowia, wymiar sprawiedliwości, więziennictwo stanowią 1,3% sumy produktu krajowego brutto (PKB) krajów europejskich. W 90% krajów Europy rejestruje się roczne spożycie alkoholu przekraczające 2 litry czystego alkoholu na jednego mieszkańca, co sprawia, że nasz kontynent przoduje w spożyciu alkoholu na świecie [212]. Następstwa działania alkoholu na wątrobę są zależne od stopnia zaburzeń przemian biochemicznych w hepatocytach oraz od zmian powodowanych przez alkohol w innych organach i układach. Ciągłe nadużywanie alkoholu powoduje rozwój alkoholowej choroby wątroby (ALD – alcoholic liver disease). Mianem ALD określa się kolejne stadia uszkodzeń wątroby: stłuszczenie wątroby, zapalenie, zwłóknienie aż do ostatniego stadium – marskości wątroby. U 90% osób nadmiernie pijących wątroba ulega

stłuszczeniu, u 40% dochodzi dalej do zapalenia, a u około 15% dochodzi do zwłóknienia i marskości [213].

Częste spożycie alkoholu oddziałuje na wiele narządów organizmu, ale także na zachowanie. Wpływ na funkcje psychomotoryczne, umysłowe, emocje jest ważnym zagadnieniem natury społecznej [214]. Współcześnie chorobę alkoholową traktuje się, jako chorobę niezależną od zmiennych socjodemograficznych: wykształcenia, wieku, płci, stanu cywilnego itp. [215]. Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie określa alkoholizm, jako chorobę charakteryzującą się upośledzeniem związanym bezpośrednio ze stałym i nadmiernym spożyciem alkoholu. Upośledzenie to może przyjmować postać zaburzeń fizjologicznych, psychicznych lub społecznych [216]. Uzależnienie jest chorobą, ponieważ spełnia trzy kryteria choroby: narusza równowagę między zdrowiem a patologią, ma swoistą etiologię, a wśród przyczyn zmian patologicznych wyróżnia się czynnik fizyczny. Nie została do tej pory ustalona jedna przyczyna alkoholizmu. O jej powstaniu decyduje wiele czynników [217]. Alkoholizm charakteryzuje się powolnym przebiegiem choroby, a każda historia picia jest indywidualna. Niestety nie ma skutecznego lekarstwa, które zapewnia powrót do zdrowia [218]. Leczenie alkoholizmu opiera się o próby stosowania farmakoterapii, psychoterapii prowadzonej w placówkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych [219] oraz o próby samopomocy w Ruchu Anonimowych Alkoholików, Stowarzyszeniu Abstynentów czy Klubie Pacjenta [220].

### **3.2. Palenie tytoniu**

Palenie tytoniu jest ważnym i ciągle aktualnym problemem zdrowotnym w Polsce. Ponad 10 mln osób pali regularnie od 15–20 papierosów dziennie, stając się nałogowymi palaczami. Problem ten dotyczy mężczyzn i kobiet, ale coraz częściej także dzieci i młodzieży [221]. Okres dorastania i towarzyszące temu trudności, konflikty są częstą przyczyną zachowań ryzykownych. Jednym z najpowszechniejszych zachowań antyzdrowotnych jest palenie papierosów. W Polsce zasadniczą podstawą prawną, która ma na celu ograniczenie palenia jest „Ustawa z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych”, z późniejszymi zmianami. Szacunkowo uważa się, że palenie papierosów było przyczyną 69 tysięcy zgonów w Polsce w 2000 roku (w tym: 57 tys. mężczyzn i 12 tys. kobiet, z czego ok. 43 tys. stanowiły zgony przedwczesne w wieku 35-69 lat). Z powodu palenia papierosów Polacy w średnim wieku tracą około 22 lata życia,

a starsi około 9 lat. Najczęstszymi chorobami odtytoniowymi są: rak płuc, nienowotworowe choroby układu oddechowego, nowotwory (poza rakiem płuc), choroby układu krążenia oraz inne choroby. W roku 2000 zgony spowodowane chorobami odtytoniowymi stanowiły 38% wszystkich zgonów, zarówno wśród mężczyzn i kobiet dominował rak płuc. Istotnym problemem jest także bierne palenie, zwłaszcza ciężarnych kobiet i dzieci. Skutkiem takiego biernego palenia ciężarnej kobiety oraz dziecka może być: wzrost ryzyka niższej masy urodzeniowej dziecka, wzrost ryzyka zakażeń dróg oddechowych, upośledzenie funkcji płuc, nawracające choroby ucha środkowego, ataki astmy czy zespół nagłego zgonu niemowląt nazywany potocznie „śmiercią łóżeczkową”. Ograniczenie palenia tytoniu stanowi od lat jeden z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia, także w obecnie obowiązującym Programie na lata 2016-2020. Wzrost ilości palaczy w Polsce sugeruje, że akcje edukacyjne dotyczące palenia powinny być często promowane, aby przynosiły oczekiwane efekty [222].

### **3.3. Narkotyki i dopalacze**

Etiologia uzależnienia od narkotyków jest bardzo złożona. Istnieje wiele czynników, które sprawiają, że niektóre osoby są bardziej podatne na uzależnienia od innych [223]. Jednym z najważniejszych elementów wpływających na rozwój uzależnień jest rodzina, zaburzenia jej funkcjonowania i współwystępujące problemy dziecka dorastającego, okresu buntu, braku zrozumienia problemów ze strony dorosłych [224]. Według niektórych autorów narkomania dziecka bywa użyteczna dla samego uzależnionego i jego rodziny, ze względu na odwracanie uwagi od problemów rodzinnych, konfliktów. Ponadto dla rodzin osób uzależnionych charakterystyczny jest brak tolerancji ze strony rodziców dla rozwijającej się autonomii dziecka. Mimo, że rodzice kontrolują wiele aspektów życia swojego dziecka, to najczęściej nie pomagają mu w zdobyciu niezbędnych umiejętności pozwalających na usamodzielnienie się. Dlatego też uzależnienie często okazuje się być w pewien sposób osiągnięciem autonomii i niezależności przez jednostkę. Wielu badaczy zauważa także, że dorosłe osoby uzależnione w wieku 30 lat nadal utrzymują ściśle kontakty ze swoimi rodzicami, nie zakładając przy tym własnych rodzin. W rodzinach tych typowy jest specyficzny układ, w którym jeden z rodziców jest nadmiernie zaangażowany w relację z dzieckiem (najczęściej płci przeciwnej), a drugi z rodziców jest zdystansowany, karzący.

Przyjmowanie narkotyków przez dziecko jest traktowane wówczas, jako efekt lęku separacyjnego od rodzica [225].

Narkotyki wpływają na funkcjonowanie wielu układów i narządów człowieka. Działanie poszczególnych grup narkotyków jest odmienne. Niemniej jednak większość z nich wpływa na pogorszenie pamięci, czy trudności w skupieniu uwagi zwłaszcza wśród osób ich nadużywających. Powodują także zaburzenia nastroju od początkowych stanów euforii po depresję, wywołują omamy wzrokowe, słuchowe i dotykowe, zaburzają percepcję bólu i otoczenia. Substancje psychoaktywne powodują także zwężenie źrenic, czy suchość błon śluzowych oczu, obniżają odporność organizmu, wpływają na pracę serca i płuc. Związki o działaniu halucynogennym z czasem przyczyniają się do rozwoju psychoz, napadów lęku, czy zaburzeń mowy i koordynacji ruchowej. Zażywanie narkotyków często prowadzi do bezsenności, zaburzeń łaknienia oraz rytmu serca prowadząc do jego niewydolności, arytmii czy martwicy tkanki mięśniowej serca. Substancje psychoaktywne mogą powodować niszczenie komórek nerwowych oraz uszkodzenia kory mózgowej. Nadużywanie narkotyków wywołuje także powstawanie nieodwracalnych zmian w wątrobie czy nerkach powodując stany zapalne tych narządów oraz marskość wątroby czy zaniki kanalików nerkowych. Przedawkowanie niektórych narkotyków np.: amfetaminy może wywołać drżenia mięśni, gorączkę, halucynacje, agresję, myśli samobójcze. Może także prowadzić do krwotoków domózgowych, śpiączki a nawet zgonu [226-228].

Obecnie coraz bardziej popularne stają się tzw.: „legalne narkotyki”, czyli dopalacze. Są to preparaty, które zawierają w swoim składzie substancje psychoaktywne, których produkcja, sprzedaż i posiadanie nie jest uregulowane prawnie w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii (Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.) [229]. Produkty te są oferowane na szeroką skalę, zwłaszcza przez Internet. Dystrybutorzy określają je mianem produktów kolekcjonerskich czy soli do kąpieli, a na etykietach widnieją napisy „produkt nie jest przeznaczony do spożycia, spożycie na własną odpowiedzialność”. Dopalacze stały się bardzo popularne zwłaszcza wśród młodzieży ze względu na łatwy dostęp do nich oraz szerokie akcje reklamujące powstanie mody na zażywanie środków zastępczych. Zjawisko to jest bardzo niebezpieczne, zwłaszcza, że jest wiele doniesień o tragicznych skutkach zdrowotnych zażywania tych produktów. Dopalacze są substancjami pochodzenia naturalnego lub syntetycznego o działaniu psychostymulującym, a ich działanie związane jest ze zmianami w układzie

neuroprzekaźników. Związki te różnią się budową chemiczną, siłą działania, sposobem metabolizowania w organizmie, jak również wywoływanymi działaniami ubocznymi [230,231]. Działanie dopalaczy jest zbliżone do działania narkotyków. Powodują one nadmierne pobudzenie psychiczne, wzrost koncentracji, euforię, zmiany łaknienia. Większe dawki mogą wywołać zmiany psychotyczne takie jak omamy wzrokowe i słuchowe. Obwodowe działanie dopalaczy związane jest z wpływem na układ krążenia i termoregulację. Mogą wystąpić wahania ciśnienia tętniczego krwi, tachykardia, zaburzenia rytmu serca i hipertermia. Ostre zatrucia dopalaczami mogą przebiegać z objawami ze strony ośrodkowego układu nerwowego takimi jak: niepokój, wzrost napięcia psychicznego, bezsenność, gorączka, agresywność, halucynacje, napady paniki i myśli samobójcze [232,233].

Zagrożenie ze strony dopalaczy jest wysoce niebezpieczne ze względu na fakt, że na temat większości z nich nie ma wiarygodnych danych i badań nad ich toksycznością. Powstające coraz nowe pochodne (nieuwzględnione w ustawie, więc nadal legalne) są nieprzebadane, nie ma wiedzy na temat ich wpływu na zdrowie ludzi oraz wywoływane przez nie efekty krótko i długofalowe. W przypadku syntetycznych kanabinoli (odpowiedników THC – Tetra Hydro Cannabinol) znajdujących się w dopalaczach, a będących pochodnymi marihuany, podejrzewa się, że mają ponad 40-krotnie większe powinowactwo do receptorów kanabinolowych, co stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia i życia konsumentów takich środków [234].

Niestety działania profilaktyczne zapobiegające wzrostowi ilości młodzieży przyjmującej dopalacze nadal są niewystarczające. Brak jest rzetelnej wiedzy opartej na badaniach naukowych dotyczących narkotyków i ich legalnych odpowiedników. Wiedza ta mogłaby stanowić skuteczne narzędzie ograniczenia popytu oraz szkód związanych z przyjmowaniem dopalaczy. Istotne jest upowszechnianie informacji, zwłaszcza wśród młodych ludzi o potencjalnych zagrożeniach ze strony „środków zastępczych” (określenie zaczerpnięte z aktualnej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Młodzież należy uświadamiać o poziomie zagrażających niebezpieczeństw i poważnych konsekwencjach związanych ze stosowaniem dopalaczy. Może okazać się to skutecznym sposobem kształtowania postaw młodych ludzi w aspekcie ochrony własnego zdrowia i podejmowanych decyzji [235].

## **II. ZAŁOŻENIA I CELE PRACY**

### **1. Założenia pracy – hipotezy badawcze**

Okres 16-19 roku życia to wiek, w którym młodzież uczęszczająca do szkół średnich powinna osiągnąć dojrzałość fizyczną, psychiczną i społeczną. Końcowa faza dorastania charakteryzuje się kryzysem tożsamości, nastolatki często nie radzą sobie ze zmianami zachodzącymi w budowie ich ciała, z emocjami, które towarzyszą im w okresie adolescencji. Wiążą się z tym licznie podejmowane przez nich próby wielu ryzykownych zachowań antyzdrowotnych, takich jak: odchudzanie, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i zażywanie innych substancji psychoaktywnych. Należy zdawać sobie sprawę z faktu, że zachowania które mają charakter eksperymentu w tym wieku, mogą się utrwalić i w dorosłym życiu stanowić czynniki ryzyka zdrowotnego.

Z tych względów celem pracy jest przeanalizowanie, zdefiniowanie oraz ocena zachowań zdrowotnych i żywieniowych młodzieży licealnej w wybranych miastach województwa wielkopolskiego. Analiza tego problemu pozwoli na wdrożenie odpowiednich działań, głównie pod postacią realizacji programów z zakresu promocji zdrowia mających wpływ na wykształcenie prawidłowych zachowań zdrowotnych, skutkujących w późniejszych latach życia. Edukacja w zakresie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej odgrywa w tym procesie bardzo ważną rolę.

### **2. Cele pracy**

W badaniach uczniów szkół licealnych przyjęto następujące cele:

1. Poznanie oraz ocena sposobu żywienia ankietowanych uczniów szkół licealnych z wybranych miast województwa wielkopolskiego - Poznania, Konina i Jarocina.
2. Określenie częstości uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego oraz podejmowanej pozaszkolnej aktywności fizycznej przez młodzież szkół licealnych.
3. Ocena stanu odżywienia za pomocą wskaźnika masy ciała – BMI oraz poznanie zależności pomiędzy samooceną masy ciała a wartością wskaźnika BMI uczniów szkół licealnych.
4. Ocena rozpowszechnienia spożywania alkoholu, palenia tytoniu, zażywania narkotyków i dopalaczy przez licealistów.



5. Wskazanie zależności pomiędzy podejmowanymi zwyczajami zdrowotnymi przez młodzież a wiekiem, płcią i miejscem zamieszkania licealistów.

### **III. MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ**

#### **1. Etap pierwszy: Kwestionariusz ankiety, badania pilotażowe**

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety wykorzystany dzięki uprzejmości prof. dr hab. Elżbiety Maciorkowskiej – kierownika Zakładu Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wstępne jakościowe badanie narzędzia badawczego przetestowano na 50 osobowej grupie uczniów, w celu sprawdzenia zrozumienia pytań, oceny zastosowanych sformułowań, poznania opinii na temat ankiety, jej długości, przydatności i emocji towarzyszących przy jej wypełnianiu.

#### **2. Etap drugi: Badania właściwe**

Badania właściwe przeprowadzono w okresie od września 2014 roku do października 2016 roku na losowo wybranej, reprezentatywnej grupie 830 uczniów i uczennic szkół liceów ogólnokształcących z miast: Poznania, Konina i Jarocina. Spośród zebranych kwestionariuszy do dalszych badań zakwalifikowano 669, co stanowiło 81% poprawnie wypełnionych ankiet .



Pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety kierowane do uczniów z przedziału wiekowego 16-19 lat dotyczyły wybranych zachowań prozdrowotnych oraz podejmowanych zachowań antyzdrowotnych przez licealistów. Podzielone na cztery części obejmowały następujące zagadnienia: zwyczaje żywieniowe, jakość spożywanych posiłków, znajomość zasad prawidłowego żywienia, aktywność fizyczną oraz stosowanie środków psychoaktywnych. Pierwsza z części stanowiła metryczkę dotyczącą danych społeczno-demograficznych badanych uczniów. Zawierała pytania dotyczące: wieku, płci, liczby rodzeństwa, ilości osób tworzących gospodarstwo domowe, miejsca zamieszkania, odległości szkoły od miejsca zamieszkania, sposobu dotarcia do szkoły, statusu rodziny, z jakiej pochodzi (rodzina pełna lub niepełna), wykształcenia i pozycji zawodowej rodziców, sytuacji materialnej rodziny, samooceny wyglądu oraz stanu zdrowia, czasu poświęcanego na naukę, snu oraz czynności wykonywanych w czasie wolnym. Druga część ankiety dotyczyła zagadnień związanych z odżywianiem tj.: regularności spożywanych posiłków, częstości spożycia określonych grup produktów (np.: pieczywa, warzyw i owoców, mięsa, ryb, nabiału, słodczy, napojów), podjadania między posiłkami, stosowania diet. Zagadnienia aktywności fizycznej ujęte zostały w trzeciej części ankiety. Pytania dotyczyły uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego, regularności wykonywania ćwiczeń na zorganizowanych zajęciach pozaszkolnych lub samodzielnie, ilości czasu poświęcanego na zajęcia sportowe, preferowanych form aktywności oraz korzyści wynikających z uprawiania sportu. Czwarta część ankiety dotyczyła stosowania używek. Pytania związane były z częstością spożycia alkoholu, palenia papierosów oraz przyjmowania narkotyków i dopalaczy.

Po uzyskaniu zgody dyrektorów liceów ogólnokształcących, badania przeprowadzono na lekcjach wychowawczych. Miały one charakter dobrowolny i anonimowy. Przed rozpoczęciem zbierania materiału badawczego uczestnicy badania zostali poinformowani przez prowadzącego badanie ankietowe o dobrowolnym udziale w badaniach. Zagwarantowano im pełną anonimowość. Gromadzenie informacji metodą sondażu diagnostycznego polegało na wypełnieniu przez badanych ankiety bez obecności ankietera. Po wypełnieniu ankiety respondenci wkładali ankietę do kopert, zaklejali kopertę i w każdym przypadku wrzucali do przygotowanej wcześniej urny.

Dla potrzeb badania ankietowego uczniów szkół licealnych próba była losowana dwustopniowo: w pierwszym stopniu wylosowano w sposób warstwowy szkołę, w drugim - klasę. W badaniu udział wzięli wszyscy uczniowie wylosowanych klas. Szkoły będące przedmiotem badań pogrupowane zostały według: klasy i miasta. Próbę uczniów wybierano spośród szkół i placówek - bazy szkół MEN z 30 września 2008 roku stanowiącego operat losowania. W pierwszym etapie doboru ograniczono zakres listy do typu szkoły (licea ogólnokształcące), a następnie losowano szkoły korzystając z pomocy procedur systemu statystycznego. Szkoły, które zostały wylosowane do badań, przedstawiono w tabeli I.

Tab.I. Szkoły, które zostały wylosowane do badań - z uwzględnieniem liczb uczniów.

<b>Liceum Ogólnokształcące (Poznań)</b>	<b>Liczba uczniów</b>
	<b>209</b>
<b>Liceum Ogólnokształcące (Jarocin)</b>	<b>Liczba uczniów</b>
	<b>348</b>
<b>Liceum Ogólnokształcące (Konin)</b>	<b>Liczba uczniów</b>
	<b>273</b>
<b>RAZEM</b>	<b>830</b>

## **Procedura wyboru klasy**

Wyboru klasy można było dokonać w momencie, kiedy znana była liczba klas w wylosowanej szkole. Wtedy to należało uszeregować wszystkie klasy danego rocznika alfabetycznie (np. Ia, Ib, Ic, Id...- jeśli w przedostatniej kolumnie pliku jest 1, czyli klasa pierwsza). Następnie liczbę losową z ostatniej kolumny (losowa liczba do wyboru klasy z danego rocznika) należało podzielić przez liczbę klas interesującego nas rocznika w sposób całkowity, odnotowując jedynie resztę z dzielenia. Dla przykładu, jeśli weźmiemy pod uwagę pierwszy wiersz pliku doboru próby to widzimy, że mamy ankietować klasę pierwszą (przedostatnia kolumna). Liczbę z ostatniej kolumny, (która wynosi 11) dzielimy przez liczbę klas pierwszych w tej szkole. Otrzymujemy rezultat oraz całkowitą resztę z dzielenia (która wynosi 0, gdy mamy dzielenie bez reszty). Jeśli w tej szkole są np. cztery klasy pierwsze, wtedy  $11/4=2$  i zostaje reszta=3 (bo  $4 \times 2=8+3=11$ ). Jeśli są dwie klasy drugie, wtedy  $11/2=5$  i reszta=1 (bo  $2 \times 5=10+1=11$ ). Jeśli dodamy do reszty z dzielenia 1 (jedynekę), otrzymamy nr kolejny klasy, którą mamy wybrać (w pierwszym przypadku Id – gdy mamy Ia, Ib, Ic i Id; w drugim I Ib – gdy jest IIa i IIb).

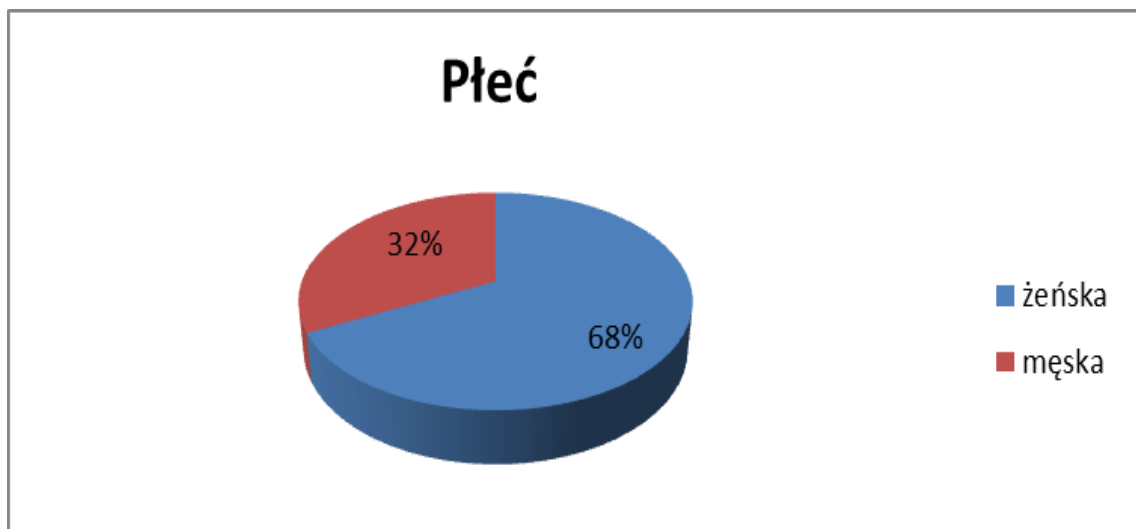
### **3. Etap trzeci: Opracowanie statystyczne**

Dane z 669 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy ankiet w wersji papierowej, zebranych od licealistów, 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). Dokonano testowania istotności statystycznej zależności pomiędzy zmiennymi za pomocą testu  $\chi^2$  Pearsona, badającego niezależność  $m \geq 2$  cech jakościowych wyrażonych w skalach nominalnych. Weryfikacja testu polegała na wyliczeniu wartości funkcji  $\chi^2$  i porównaniu ich z postulowanymi przez hipotezę zerową wartościami liczbowymi tej funkcji, przyjmując za prawdopodobieństwo popełnienia błędu wartości  $p=0,05$ ,  $p=0,02$ ,  $p=0,01$  lub  $p=0,001$ . Otrzymane dane porównano z zaleceniami i rekomendacjami międzynarodowymi oraz polskimi z zakresu żywienia, diety i aktywności fizycznej.

## IV. WYNIKI

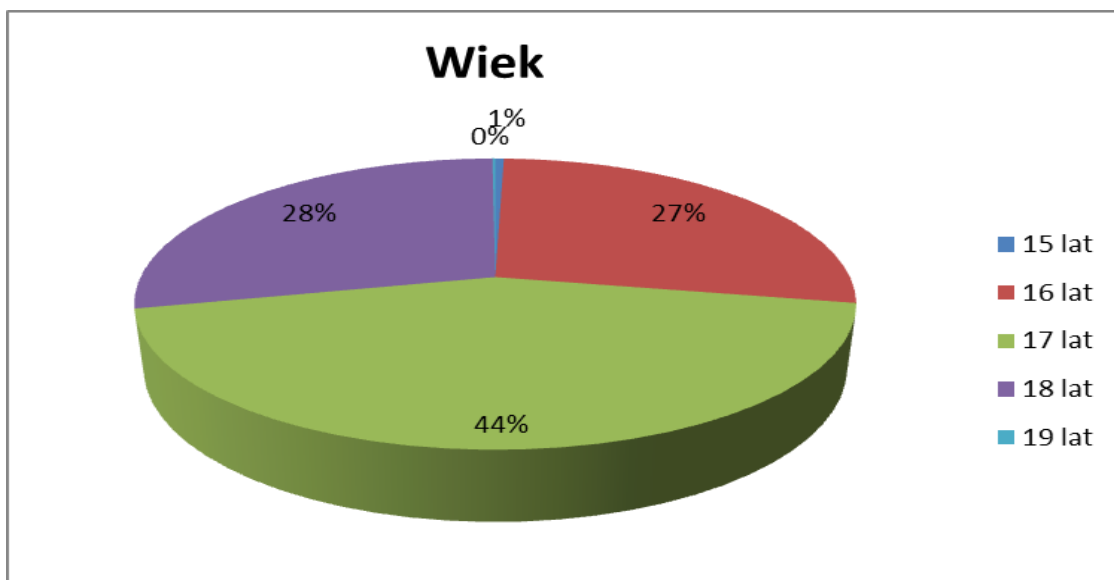
### Charakterystyka grupy badanej

Badaną populację stanowiła młodzież w wieku od 16 do 19 roku życia uczęszczająca do liceów ogólnokształcących, w wybranych miastach województwa wielkopolskiego (Jarocin, Konin, Poznań). Odsetek procentowy uczennic - 68% był znacznie wyższy w odniesieniu do ich kolegów - 32% (N=217, ryc. 1).



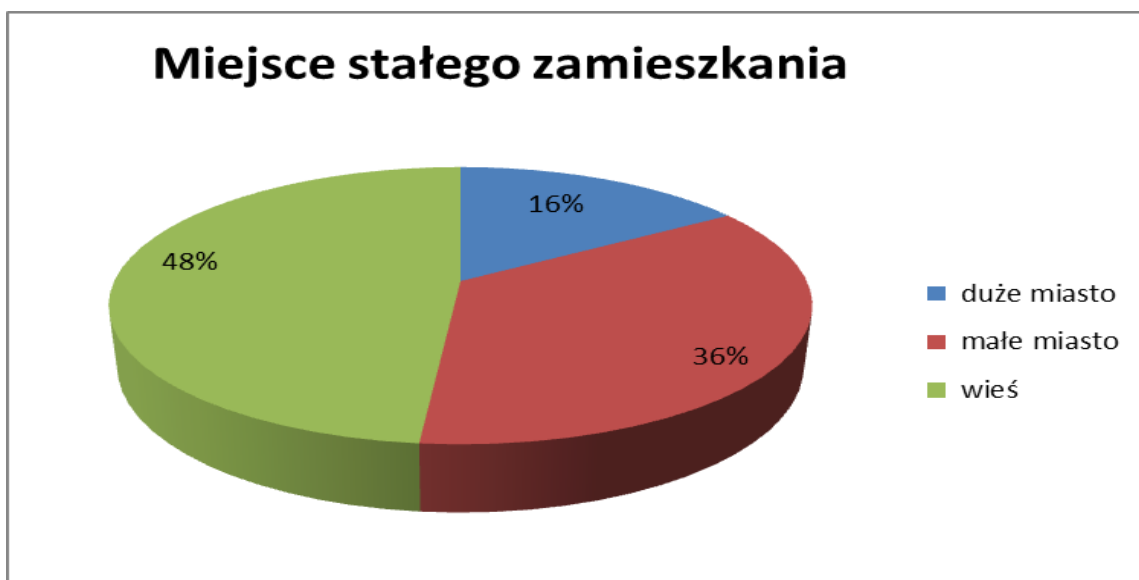
Ryc.1. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ich płci (p. aneks Tab. I).

Rycina 2 przedstawia rozkład ankietowanych uczniów z uwzględnieniem wieku respondentów. Badani uczniowie klas licealnych w zdecydowanej większości - 99,54% mieścili się w przedziale wiekowym 16-18 lat (N=653), gdzie największą grupę stanowili licealiści w wieku 17 lat (N=osób), następnie 18-latkowie (N=186) oraz 16-latkowie (N=180).



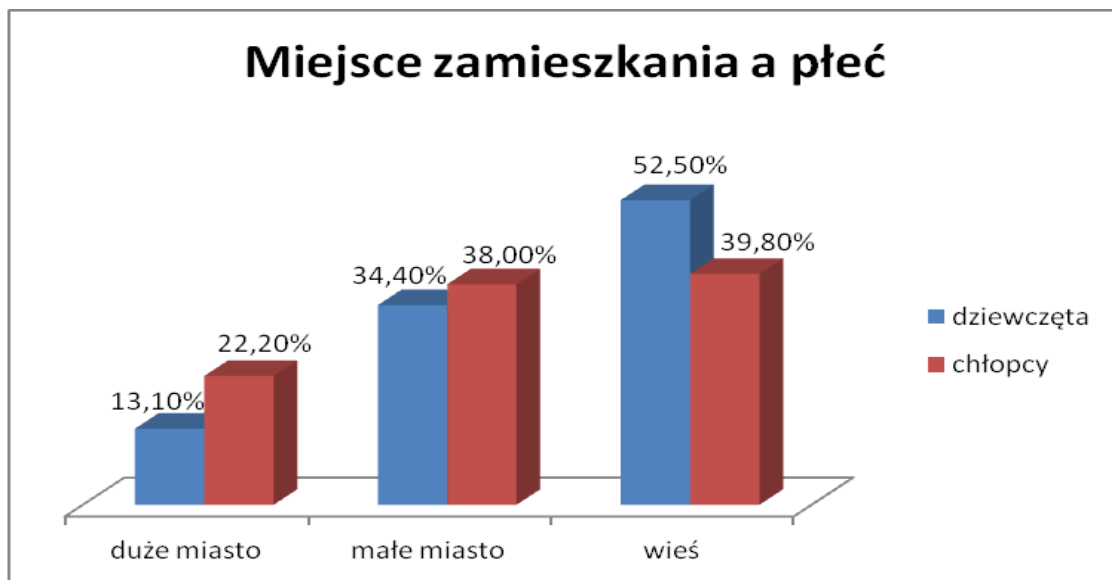
Ryc.2. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wieku (p. aneks Tab. II).

Respondenci najczęściej zamieszkują tereny wiejskie – 48%. Z małych miast pochodzi 36% ankietowanych. Najmniej liczną grupę stanowią uczniowie wywodzący się z dużego miasta – 16% (ryc. 3).



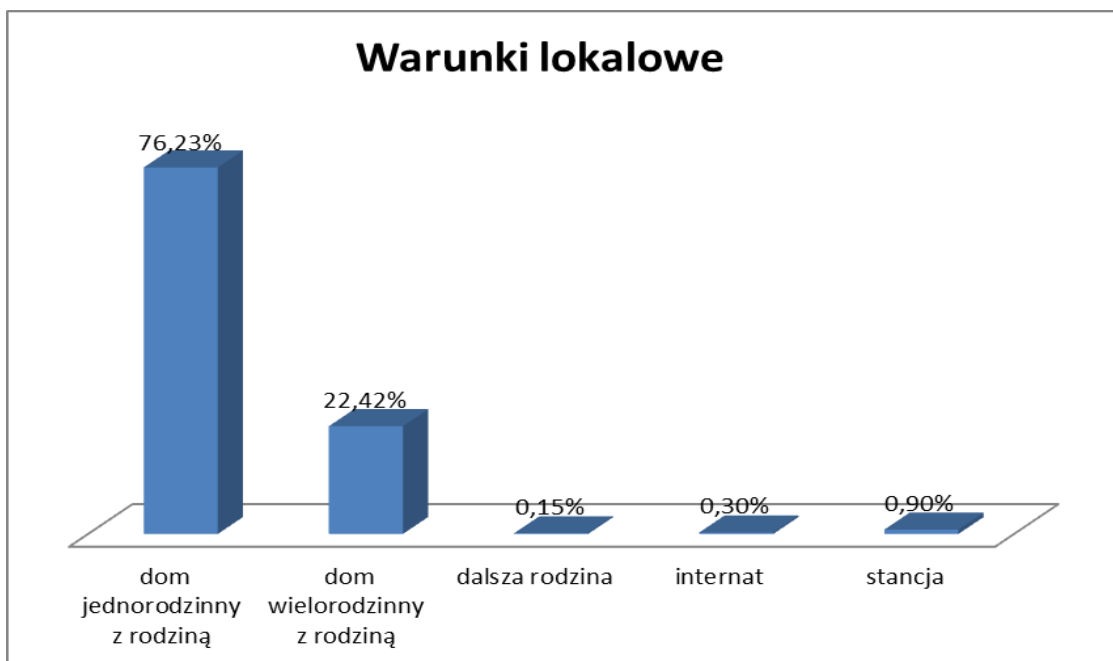
Ryc.3. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem miejsca stałego zamieszkania (p. aneks Tab. III).

Rycina 4 przedstawia zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a płcią ankietowanych, z której to wynika, że w procesie ankietyzacji chłopcy częściej zostali jej poddani w miastach, natomiast dziewczęta na wsi.

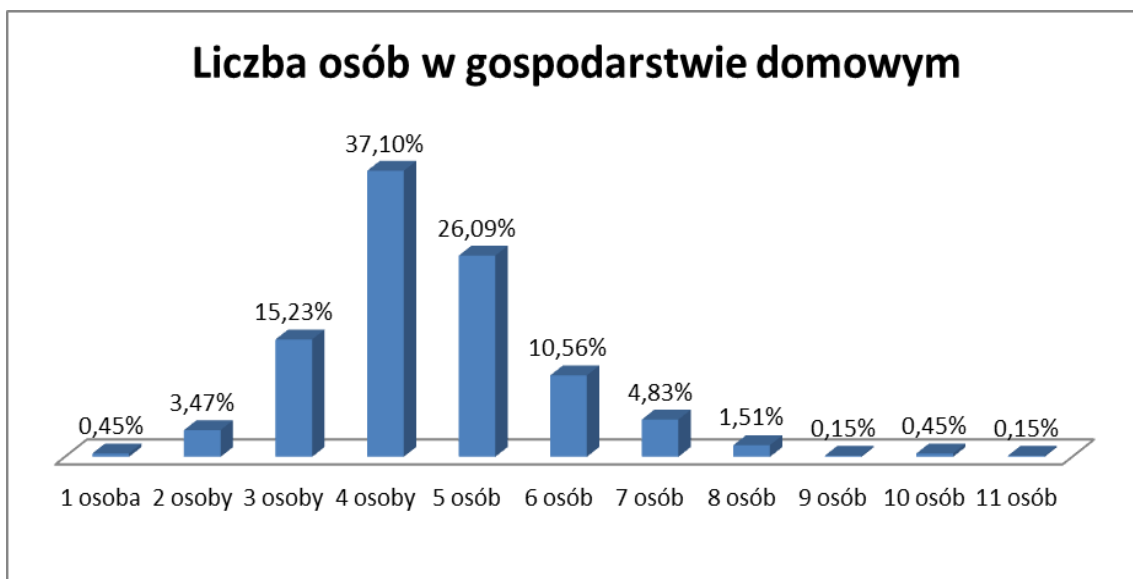


Ryc.4. Miejsce zamieszkania a płeć (p. aneks Tab. IV).

Większość ankietowanych mieszka z rodziną w domach jednorodzinnych - 76,23% lub w domach wielorodzinnych - 22,42%, co w sumie stanowi 98,65% ankietowanych (ryc. 5). W większości przypadków liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym waha się 4-6 osób - 78,42% ankietowanych. Największą grupę stanowią osoby mieszkające w czteroosobowych gospodarstwach domowych - 37,10% respondentów (ryc. 6).



Ryc.5. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem warunków lokalowych (p. aneks Tab. V).

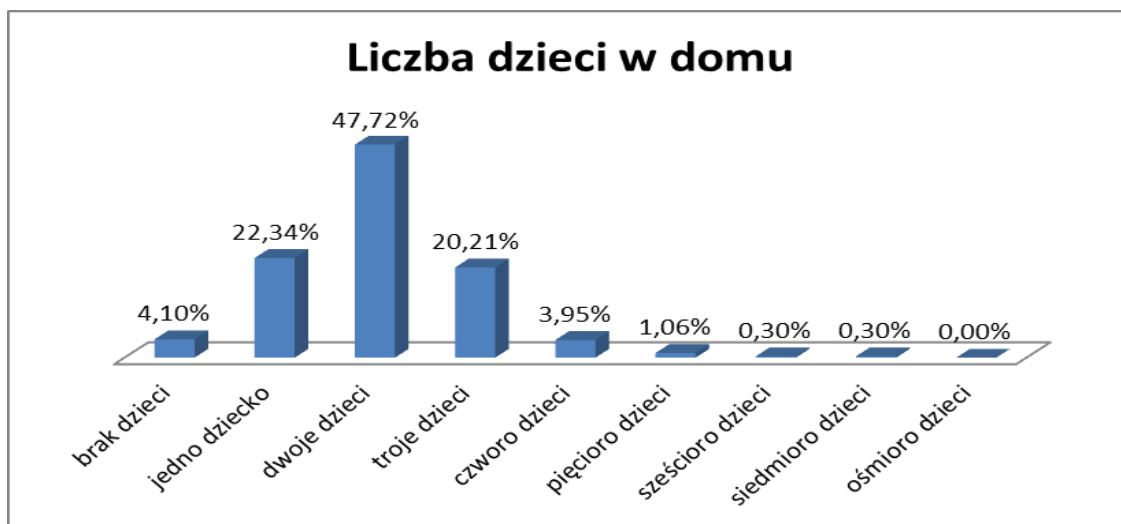


Ryc.6. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem liczby osób w gospodarstwie domowym (p. aneks Tab. VI).

W domach rodzinnych u większości ankietowanych osób mieszka od jednego do trojga rodzeństwa – 90,27%. Co ciekawe 4,10% licealistów deklarowało, że w ich domach rodzinnych nie ma dzieci (ryc. 7). Ilość tych osób jest wyższa od ilości uczniów mieszkających poza domem – 1,05% oraz niższa od ilości osób pełnoletnich – 28,46%.



Może to świadczyć o mało precyzyjnie sformułowanym pytaniu, gdzie część ankietowanych zalicza się do dzieci a część nie.

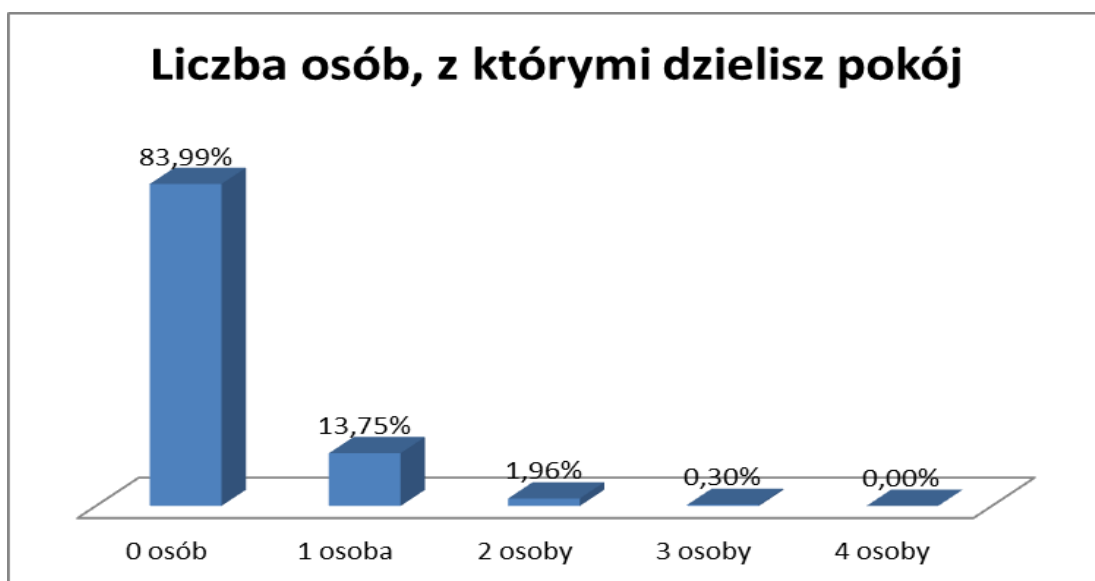


Ryc.7. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby dzieci w domu (p. aneks Tab. VII).

Zdecydowana większość ankietowanych posiada własny pokój - 83,48% (N=556), pozostałe 17% respondentów (N=110) deklarowało, że dzieli swój pokój z inną osobą (ryc. 8), przy czym 13,75% osób twierdziło, że dzieli pokój z jedną osobą (ryc. 9).



Ryc.8. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem posiadania własnego pokoju (p. aneks Tab. VIII).

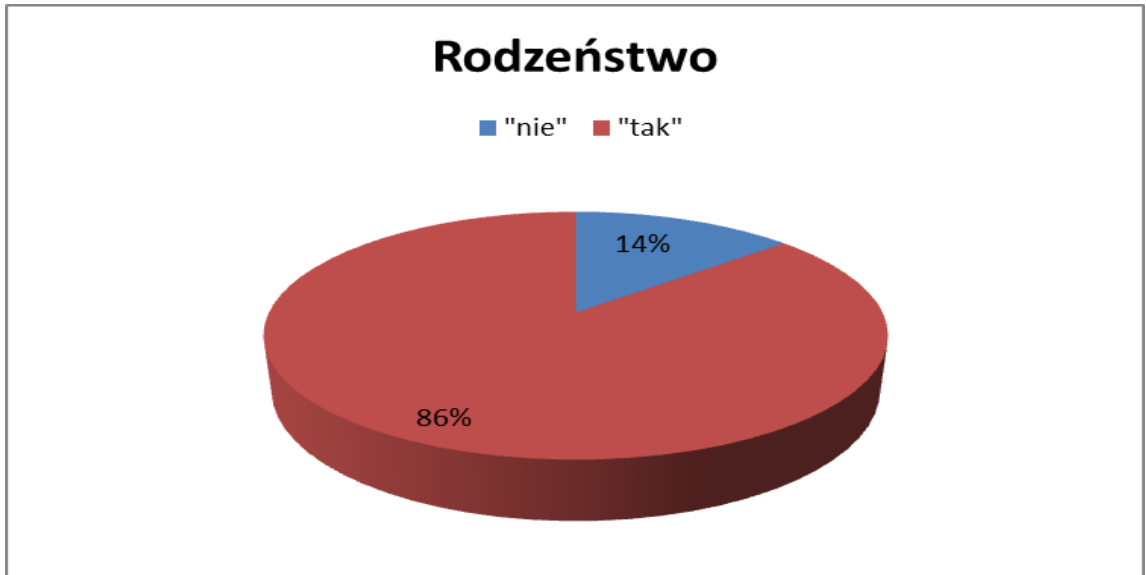


Ryc.9. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby osób, z którymi ankietowani dzielą pokój (p. aneks Tab. IX).

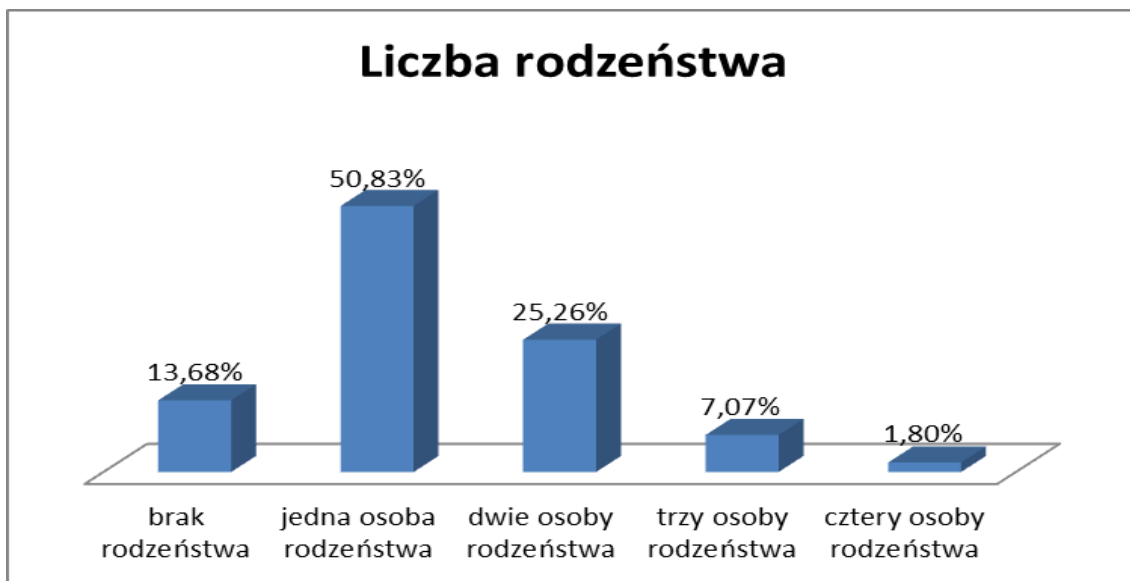
Większość ankietowanych uczniów żyje w pełnych rodzinach – 86,66% (ryc. 10). Podobna ilość ankietowanych posiada rodzeństwo – 86,25% (ryc. 11). Połowa respondentów deklaruje, że ma siostrę lub brata. Co czwarty ankietowany posiada dwoje rodzeństwa (ryc. 12).



Ryc.10. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem charakteru rodziny (p. aneks Tab. X).

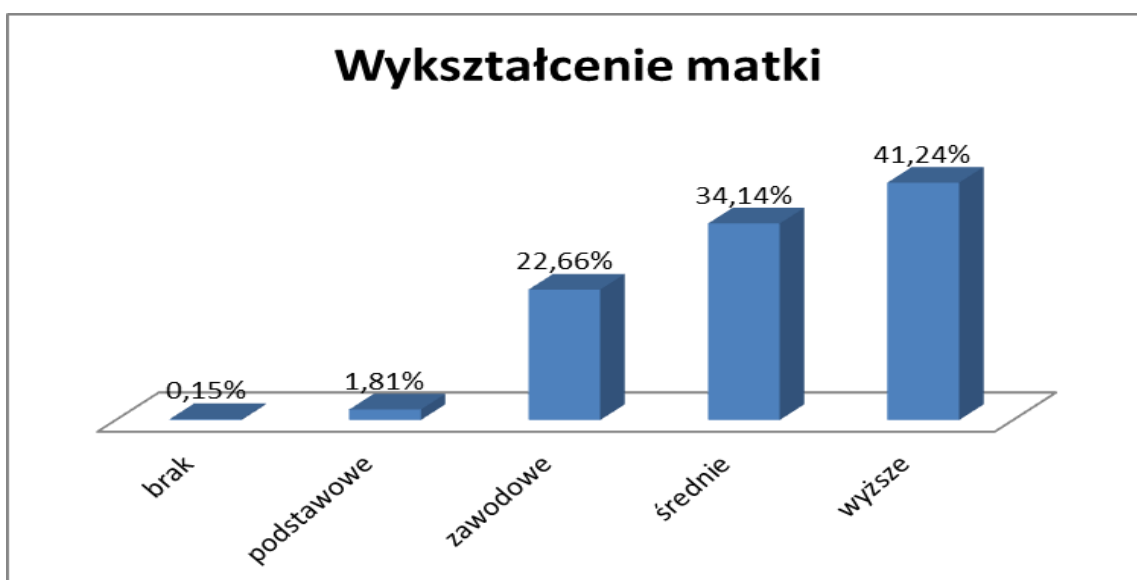


Ryc.11. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem posiadanego rodzeństwa (p. aneks Tab. XI).



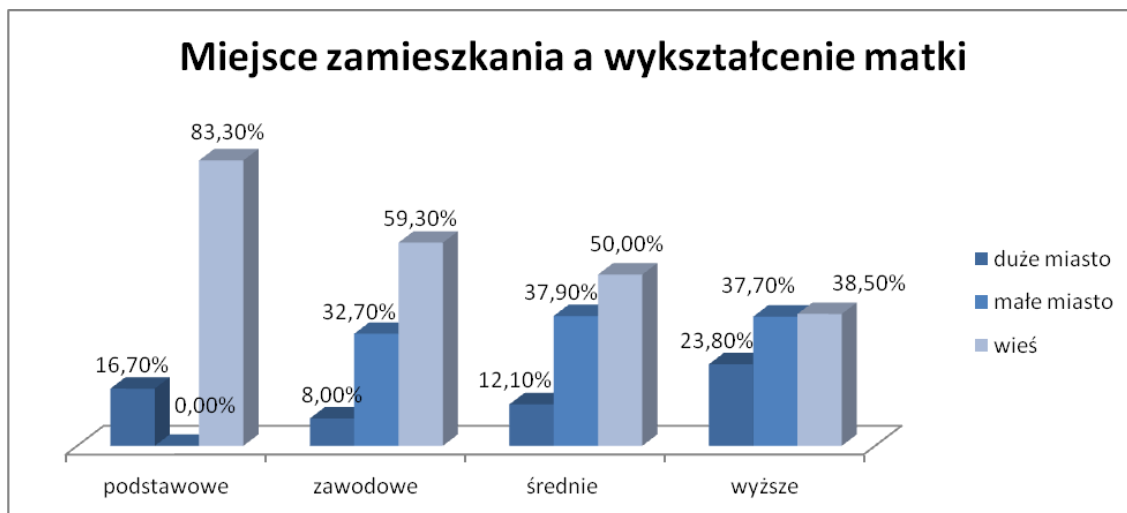
Ryc.12. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby rodzeństwa (p. aneks Tab. XII).

W kwestii wykształcenia matek 41,24% posiada wykształcenie wyższe, 34,14% średnie, 22,66% zawodowe, najniższe wykształcenie podstawowe lub jego brak ma 1,96% matek (ryc. 13).



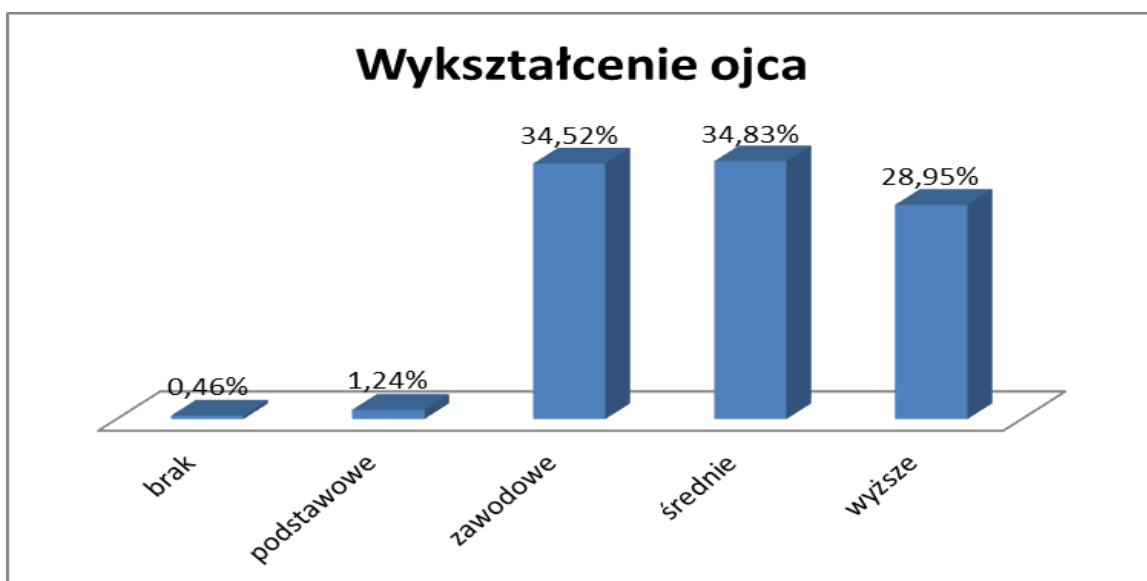
Ryc.13. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wykształcenia matki (p. aneks Tab. XIII).

Rycina 14 przedstawia zależność pomiędzy miejscem zamieszkania, a wykształceniem matki. Im wykształcenie matki jest wyższe tym ankietywany licealista mieszka w większej miejscowości.



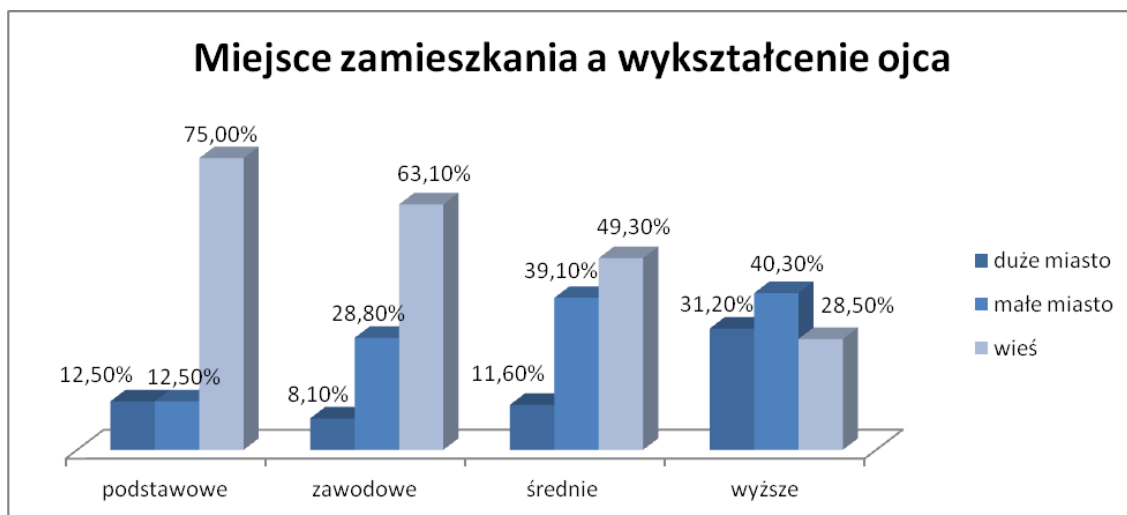
Ryc.14. Miejsce zamieszkania a wykształcenie matki (p. aneks Tab. XIV).

Wykształcenie ojców ankietyowanych rozkłada się odmiennie od wykształcenia matek. Grupy ojców z posiadanym wykształceniem zawodowym (34,52%), średnim (34,83%) i wyższym (28,95%) są podobnej wielkości. Najmniej jest ojców z wykształceniem podstawowym lub bez wykształcenia, zaledwie 1,70% (ryc.15).



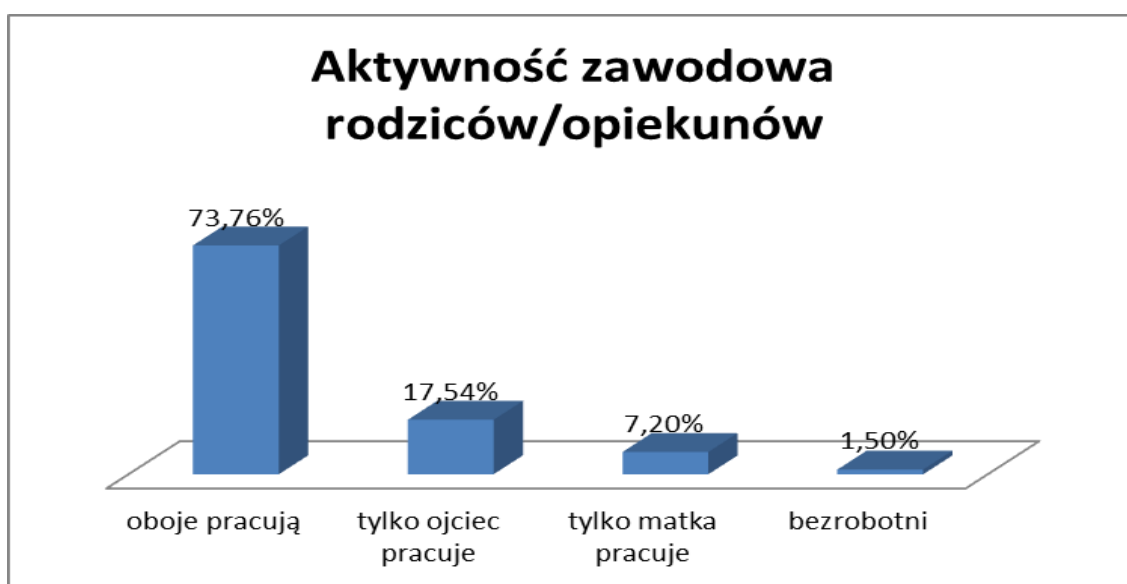
Ryc.15. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wykształcenia ojca (p. aneks Tab. XV).

Rycina 16 przedstawia zależność pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych a wykształceniem ojca. Sytuacja jest tu analogiczna do zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a wykształceniem matki, czyli im wyższe wykształcenie ojca tym większa zamieszkiwana miejscowość.



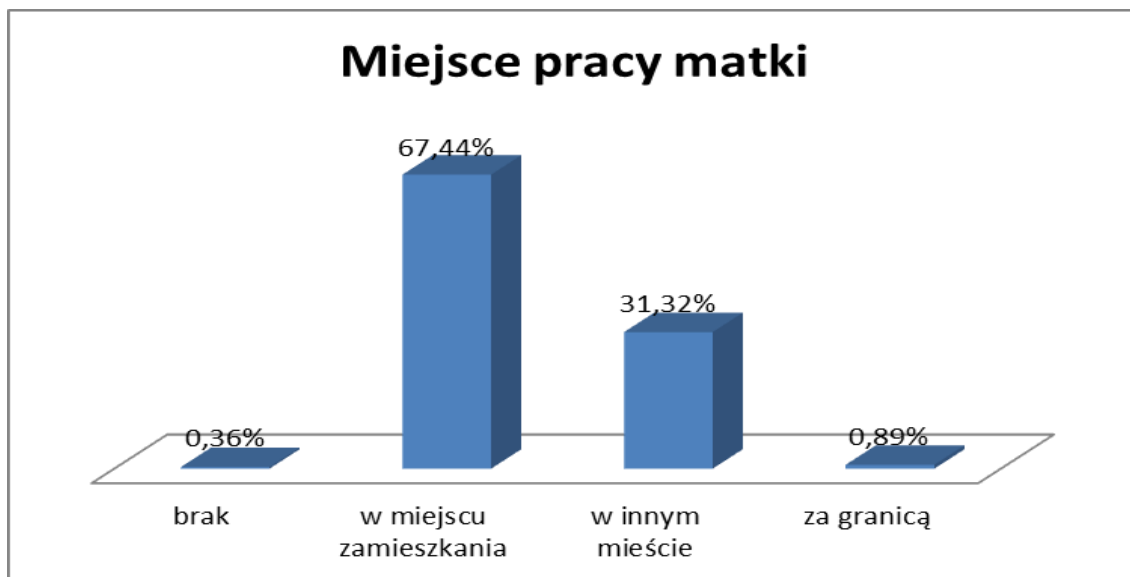
Ryc.16. Miejsce zamieszkania a wykształcenie ojca (p. aneks Tab. XVI).

Zdecydowana większość ankietowanych deklarowała, że oboje rodzice pracują – 73,76%. 17,54% respondentów podała, że pracuje tylko ojciec, a 7,20%, że pracuje tylko matka. 1,50% (N=10) twierdziło, że rodzice są bezrobotni (ryc. 17).



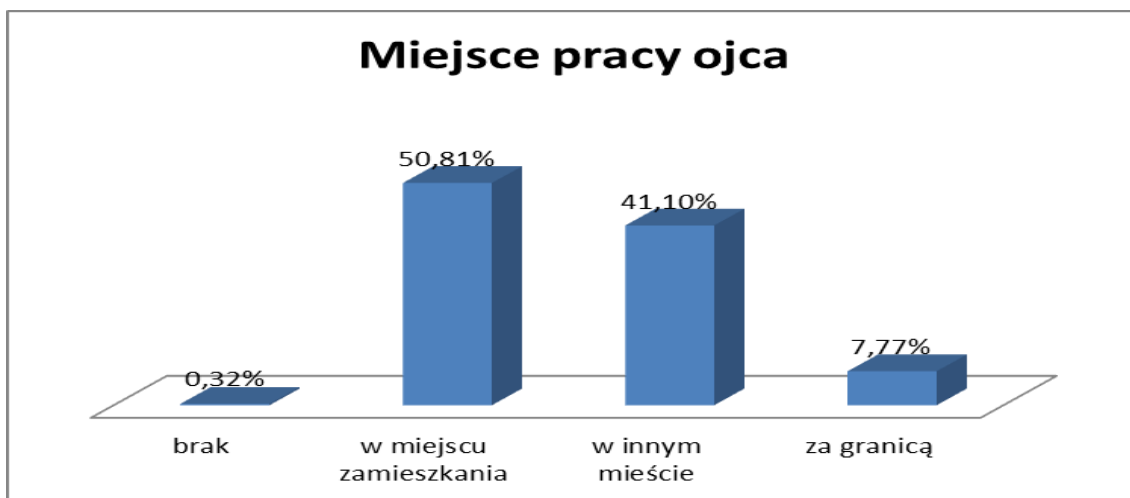
Ryc.17. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem aktywności zawodowej rodziców/opiekunów (p. aneks Tab. XVII).

Uczniowie w większości twierdzili, że ich matka pracuje w miejscu zamieszkania – 67,44%. Na podjęcie pracy w innym mieście przez matki licealistów zdecydowało się 31,32%, natomiast poza granicami naszego kraju niespełna 1% (ryc. 18).



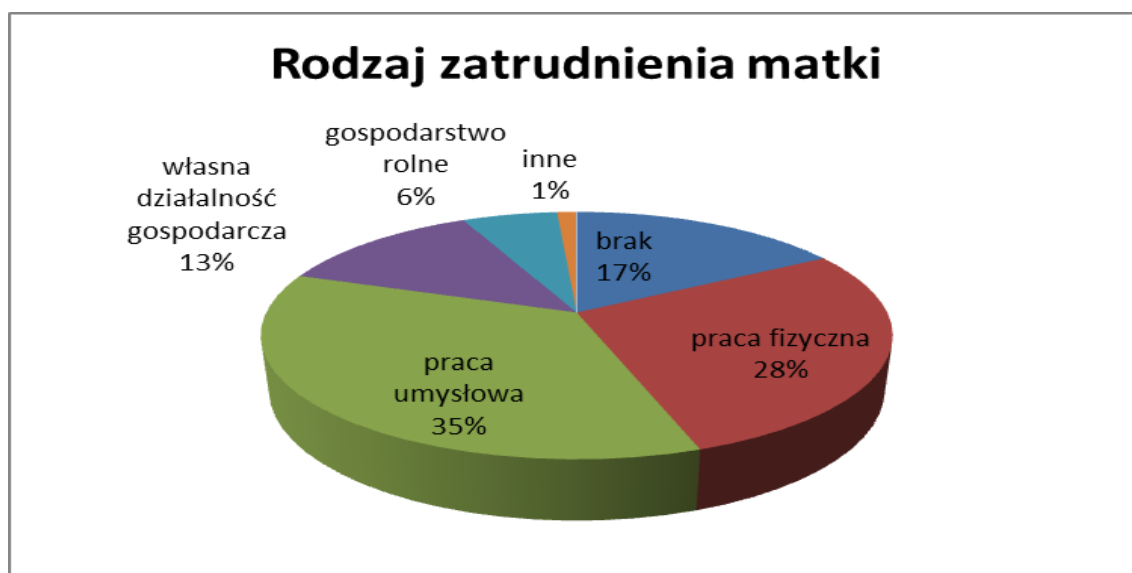
Ryc.18. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem miejsca pracy matki (p. aneks Tab. XVIII).

Odnosząc tę samą zależność do ojców respondenci deklarują, że 50,81% pracuje w miejscu zamieszkania, 41,10% w innym mieście, natomiast 7,77% podjęło pracę za granicą (ryc. 19).



Ryc.19. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem miejsca pracy ojca (p. aneks Tab. XIX).

Rodzaj zatrudnienia matki respondenci określali w 27,95% (N=187), jako pracę fizyczną, w 35,58% (N=238) jako pracę umysłową. 12,71% (N=85) odpowiedziało, że ich matka ma własną działalność gospodarczą, 5,83% (N=39), że pracuje w gospodarstwie rolnym, a 16,74% (N=112), że wcale nie pracuje (ryc. 20). W przypadku ojców ich rodzaj zatrudnienia respondenci określali w 36,92% (N=247) jako pracę fizyczną, w 21,97% (N=147) jako pracę umysłową. 25,56% (N=171) odpowiedziało, że ich ojciec ma własną działalność gospodarczą, 5,53% (N=37), że pracuje w gospodarstwie rolnym, a 8,82% (N=59), że wcale nie pracuje (ryc. 21).



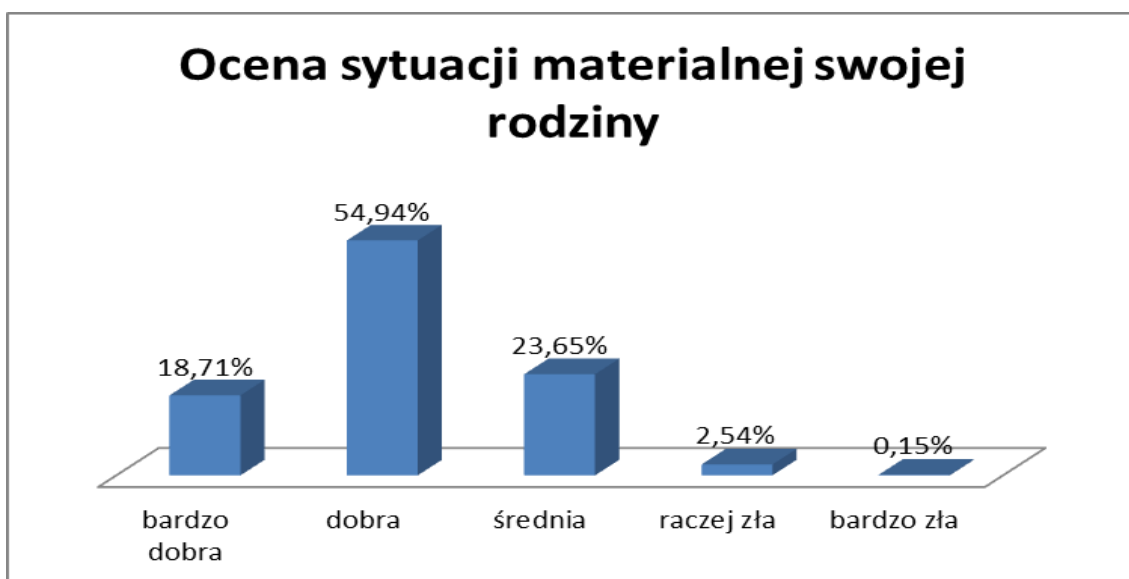
Ryc.20. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju zatrudnienia matki (p. aneks Tab. XX).





Ryc.21. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju zatrudnienia ojca (p. aneks Tab. XXI).

Ponad połowa respondentów oceniła sytuację materialną swojej rodziny jako dobrą – 54,94%, w drugiej kolejności jako średnią – 23,65%. Jako bardzo dobrą oceniło 18,71% uczniów. W opinii licealistów 2,54% z nich ma raczej złą, a 0,15% ma bardzo złą sytuację materialną w rodzinie (ryc. 22).



Ryc.22. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem sytuacji materialnej rodziny (p. aneks Tab. XXII).

Zdaniem uczniów z miejsca zamieszkania do szkoły 40,72% ankieterowanych ma kilka km, kilkanaście kilometrów ma 36,83%, natomiast kilkadziesiąt kilometrów – 13,92%. Kilkaset metrów ma 8,53% respondentów (ryc. 23).



Ryc.23. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem odległości szkoły od miejsca zamieszkania (p. aneks Tab. XXIII).

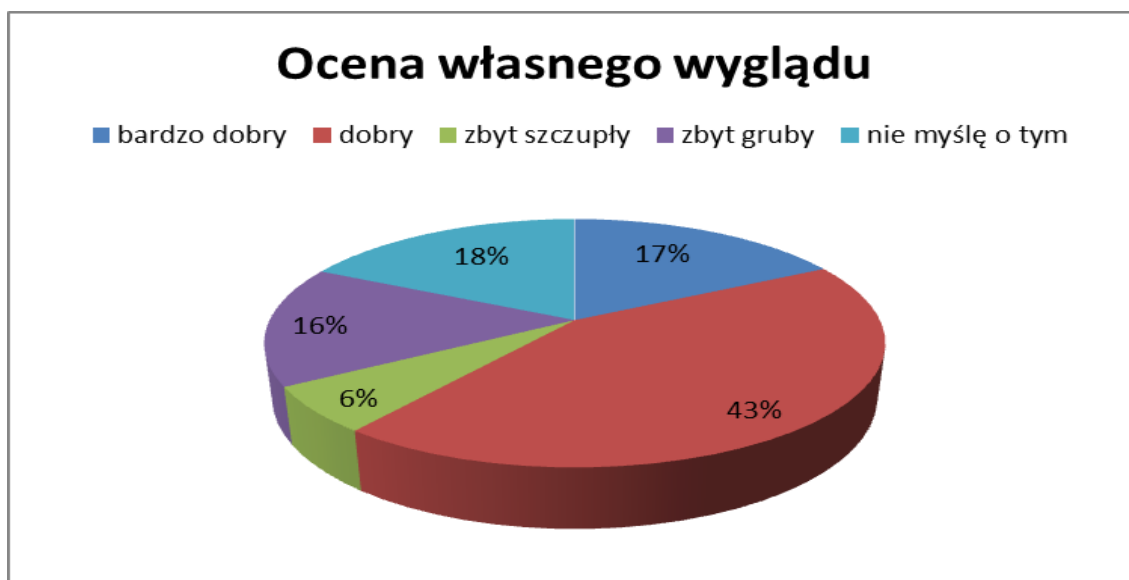
Na pytanie w jaki sposób uczniowie pokonują drogę do szkoły większość odpowiedziała, że autobusem – 40,49% (N=264). Uczniowie wybierają również inne środki komunikacji publicznej: pociąg – 4,91% (N=32), tramwaj – 6,75% (N=44). 17,02% (N=111) licealistów korzysta z własnego samochodu. Część osób pokonuje drogę do szkoły pieszo – 20,55% (N=134) lub rowerem – 9,36% (N=62).

Ze względu na szybkość pokonywania drogi do szkoły uczniowie najszybciej dostają się do szkoły rowerem – 15,9 min. (odch. st.  $\pm$  12,1), samochodem – 16,3 min. (odch. st.  $\pm$  11,5) oraz pieszo – 20,6 min. (odch. st.  $\pm$  15,1). Najwięcej czasu licealiści spędzają jadąc do szkoły pociągiem – 46,4 min. (odch. st.  $\pm$  29,6) oraz autobusem – 30,5 min (odch. st.  $\pm$  18,2; ryc. 24). Niewątpliwie jest to zależne od odległości pomiędzy szkołą a miejscem zamieszkania.



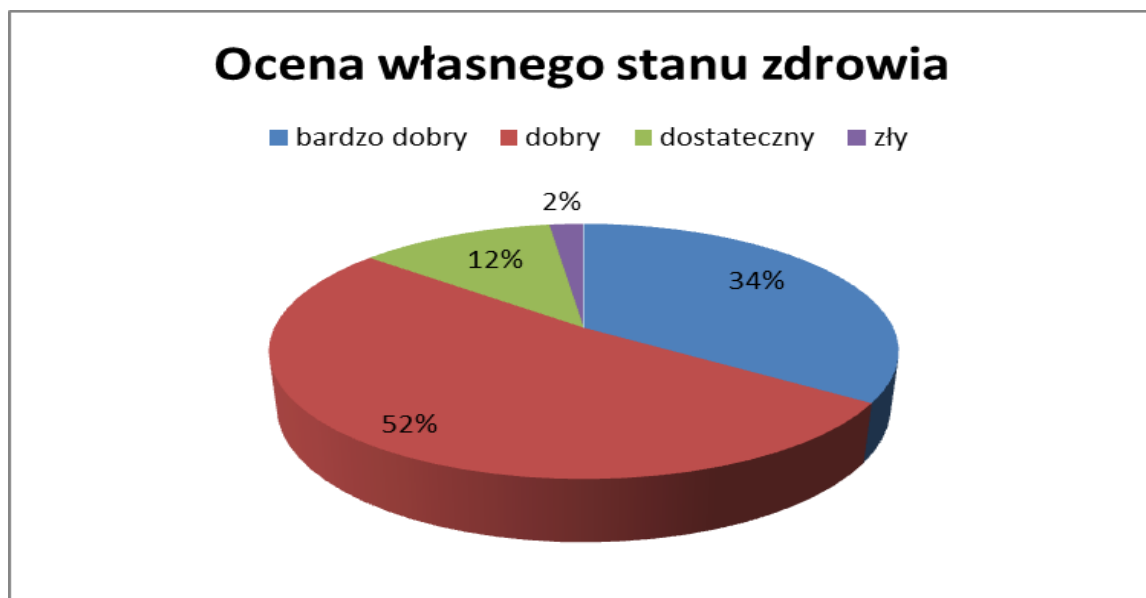
Ryc.24. Czas drogi z domu do szkoły (p. aneks Tab. XXIV).

Większość licealistów ocenia swój wygląd jako dobry lub bardzo dobry – 60,54% (N=402), nie zastanawia się nad tym tematem 17,77% (N=118) respondentów, 15,66% (N=115) – uważa się za zbyt grubych, a tylko 6,02% (N=40) za zbyt szczupłych (ryc. 25).



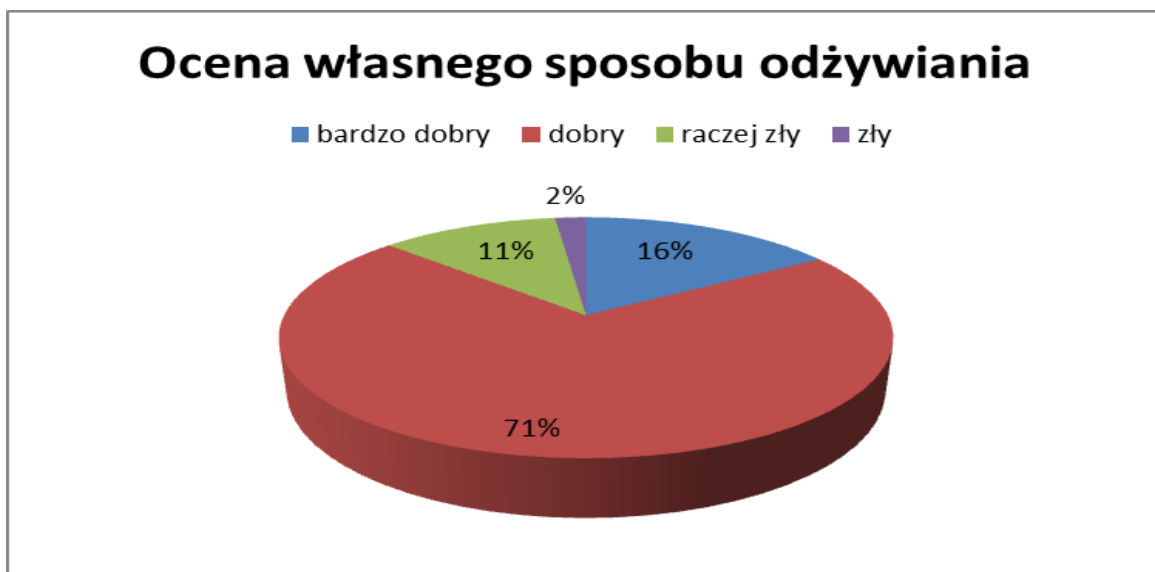
Ryc.25. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego wyglądu (p. aneks Tab. XXV).

Swój stan zdrowia licealiści oceniają głównie jako dobry – 52% lub bardzo dobry – 34%, w mniejszym stopniu dostateczny – 12%, a rzadko określają swój stan zdrowia jako zły – 2% (ryc. 26).

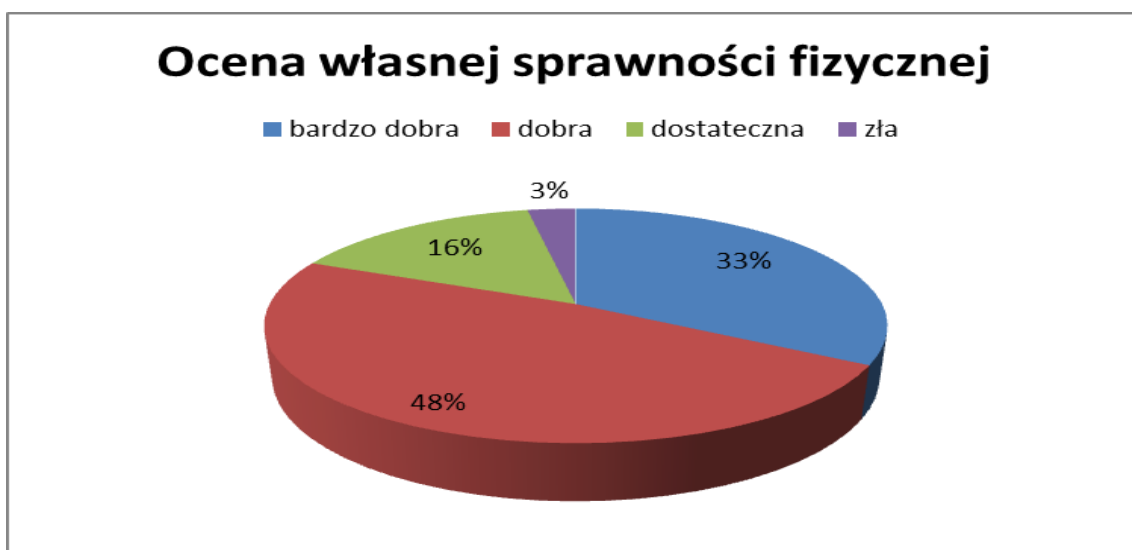


Ryc.26. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego stanu zdrowia (p. aneks Tab. XXVI).

Licealiści ocenili sposób własnego odżywiania w większości jako dobry - 71% (N=473) lub nawet bardzo dobry – 16% (N=108). Zdecydowanie mniejsza część ankietowanych ocenia swój sposób odżywiania jako raczej zły – 11% (N=75) lub zły – 2% (N=13; ryc. 27). Podobnie sprawność fizyczna została oceniona przez ankietowanych w dużej mierze jako dobra – 48% (N=322) lub bardzo dobra – 33% (N=222). Zdecydowanie mniej osób uważało, że ich sprawność fizyczna jest na poziomie dostatecznym - 16% (N=105), a nawet złym – 3% (N=20; ryc. 28).

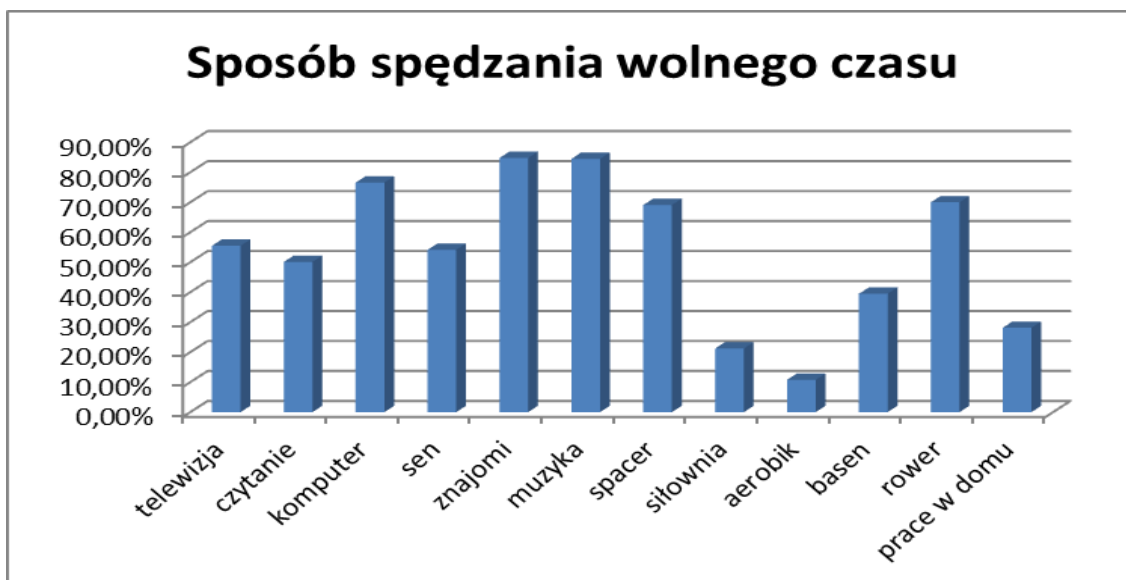


Ryc.27. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego sposobu odżywiania (p. aneks Tab. XXVII).



Ryc.28. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnej sprawności fizycznej (p. aneks Tab. XXVIII).

Ankietowani głównie spędzają swój wolny czas w sposób bierny – 63% wykonywanych czynności, gdzie przeważają czynności takie jak spotkania ze znajomymi – 84,75% ankietowanych, słuchanie muzyki – 84,45% respondentów, czy korzystanie z komputera – u 76,53% ankietowanych. Czynny sposób spędzania wolnego czasu, który stanowi 37% wszystkich czynności, to głównie jazda na rowerze – 69,96%; chodzenie na spacerach – 69,06%; pływanie na basenie – 39,46% (ryc. 29).



Ryc.29. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem sposobu spędzania wolnego czasu (p. aneks Tab. XXIX).

Prawie jedna trzecia ankietowanych osób - 28,89% (N=193) nie uczęszcza na żadne zajęcia pozalekcyjne. Spośród pozostałych uczniów najczęściej zostały oznaczone jako wykonywane zajęcia dodatkowe: nauka języka obcego - 33,53% (N=224), zajęcia sportowe – 30,69% (N=205) oraz korepetycje – 29,79% (N=199; ryc. 30).



Ryc.30. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem uczęszczania na zajęcia pozalekcyjne (p. aneks Tab. XXX).

Aż 71% ankietowanych deklaruje, iż w czasie dni wolnych od szkoły spędza więcej czasu na wykonywaniu prac domowych (ryc. 31).



Ryc.31. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem poświęcania czasu na prace w gospodarstwie domowym w dni wolne (p. aneks Tab. XXXI).

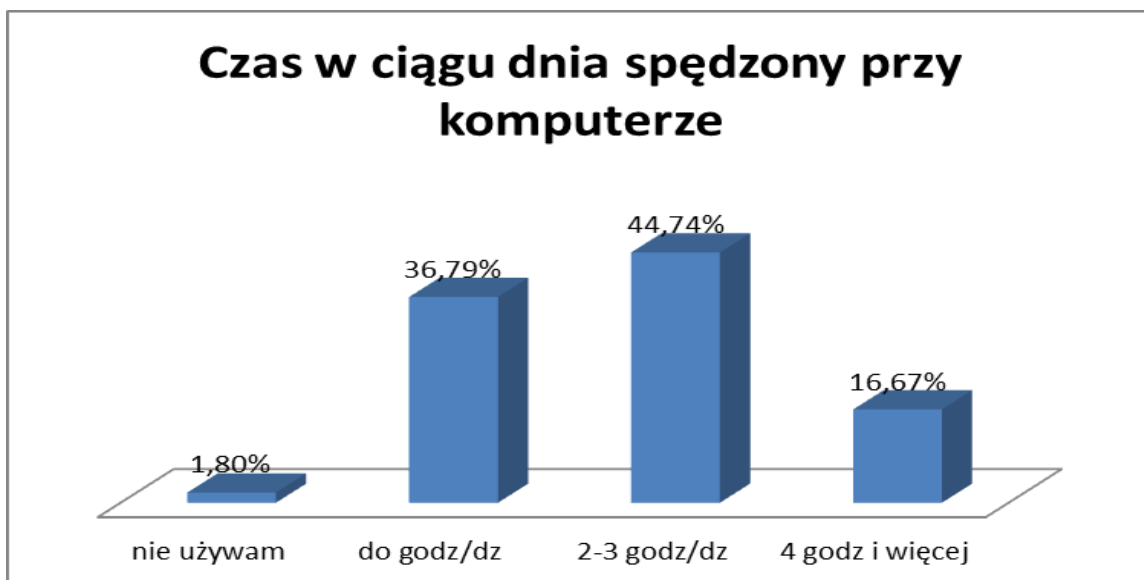
Ankietowani wybrali rozmowę z kolegami (50% wszystkich czynności; N=575) jako główne zajęcie podczas przerw lekcyjnych. Dostyc często również odpowiedzieli, iż podczas przerwy spożywają posiłek (28% wszystkich czynności; N=321) lub spacerują (9% wszystkich czynności; N=104; ryc. 32).



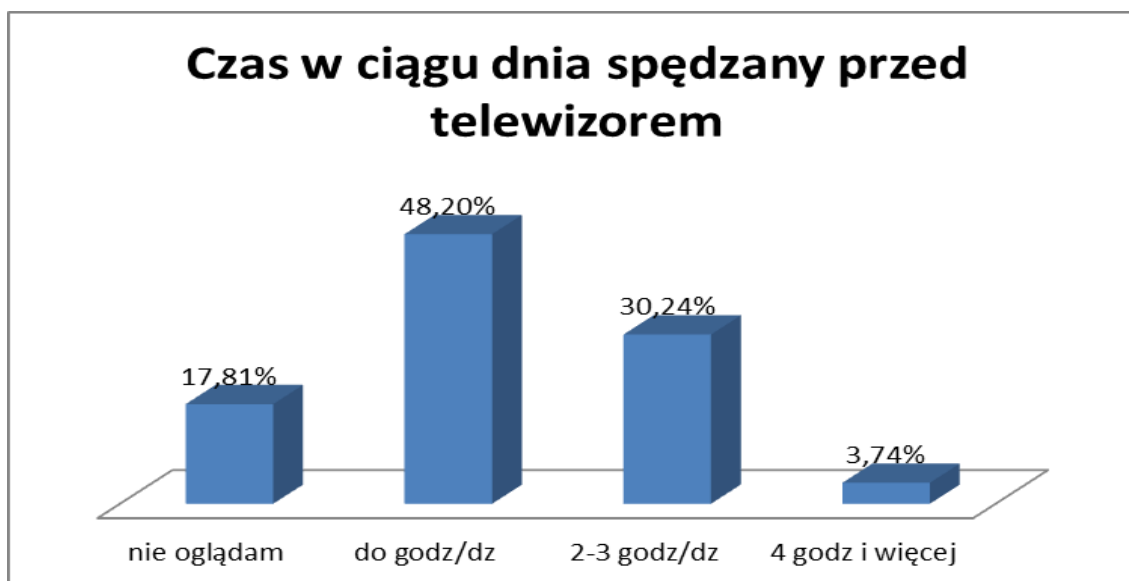
Ryc.32. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem zajęć podczas przerwy między lekcjami (p. aneks Tab. XXXII).

Blisko połowa ankietowanych spędza w ciągu dnia 2-3 godziny przed ekranem komputera – 44,74% (N=298; ryc. 33). Podobnie bo 48,20% respondentów przeznaczają wolny czas w wymiarze 1h dziennie na oglądanie telewizji – 48,20% (N=322; ryc. 34). Zatem respondenci preferują sedentarny styl życia aniżeli aktywną formę spędzania wolnego czasu.





Ryc.33. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu spędzanego przy komputerze w ciągu dnia (p. aneks Tab. XXXIII).



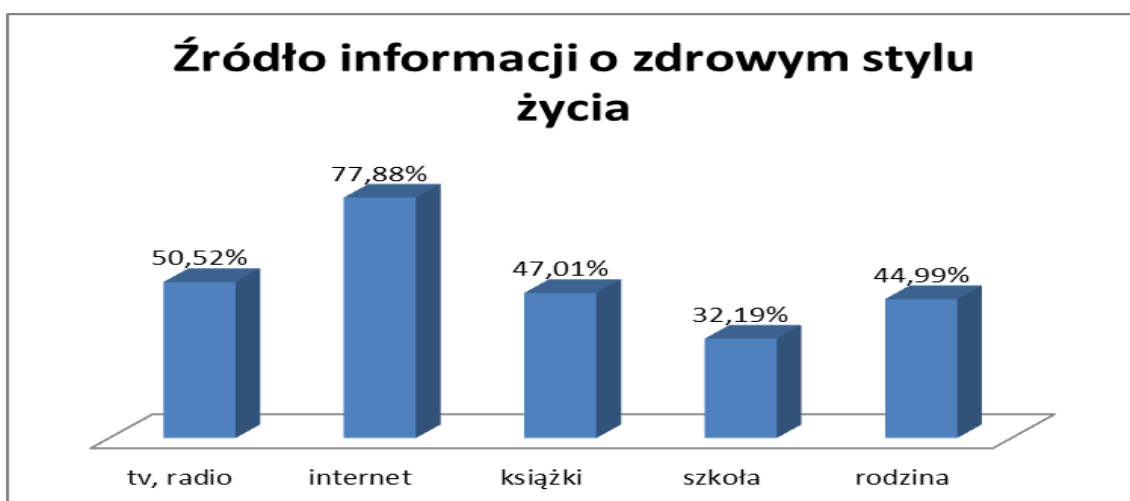
Ryc.34. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu spędzanego przed telewizorem w ciągu dnia (p. aneks Tab. XXXIV).

Z odpowiedzi licealistów wynika, że 63% respondentów w ciągu doby śpi 7 - 8h, 27% ankietowanych około 6h, a powyżej 8h - 10% badanej młodzieży (ryc. 35).



Ryc.35. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem ilości snu w ciągu doby (p. aneks Tab. XXXV).

Większość ankietowanych uczniów posiada informacje na temat zdrowego stylu życia z Internetu – 77,88% (N=521), telewizji i radia – 50,52% (N=338) oraz z książek i czasopism – 47,01% (N=314; ryc. 36).



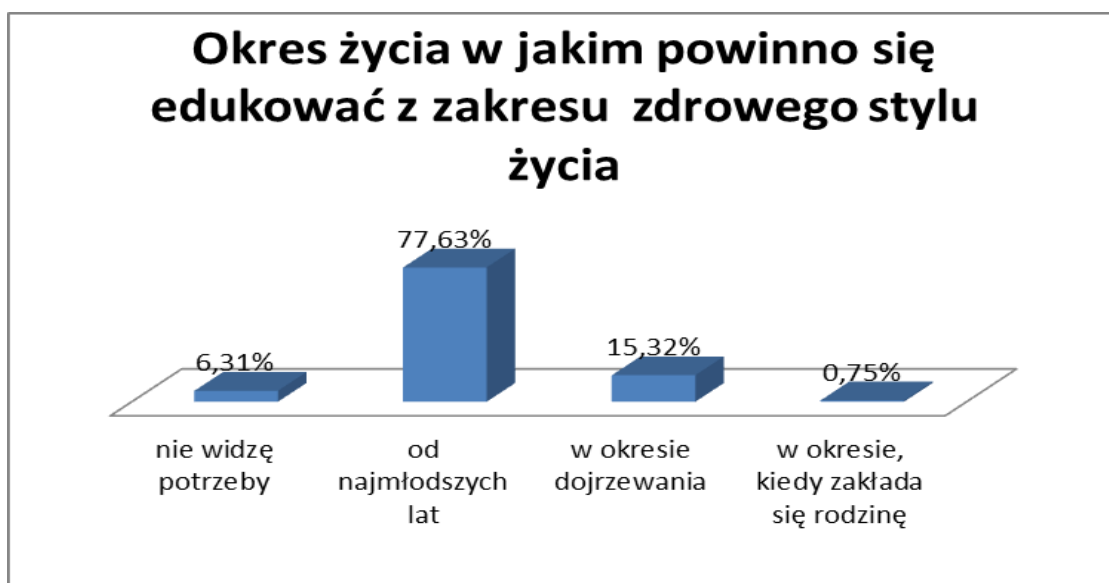
Ryc.36. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem źródeł informacji na temat zdrowego stylu życia (p. aneks Tab. XXXVI).

Zdecydowana część ankietowanych licealistów odpowiedziała, że widzi potrzebę rozpowszechniania informacji dotyczących zdrowego stylu życia – 81,71%

(N=545; ryc. 37). Licealiści wybrali również okres „od najmłodszych lat” jako najważniejszy służący do edukacji człowieka z zakresu zdrowego odżywiania i rekomendowanej aktywności fizycznej – 77,63% (N=517; ryc. 38).



Ryc.37. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem istnienia zapotrzebowania na rozpowszechnianie informacji o zdrowym stylu życia (p. aneks Tab. XXXVII).



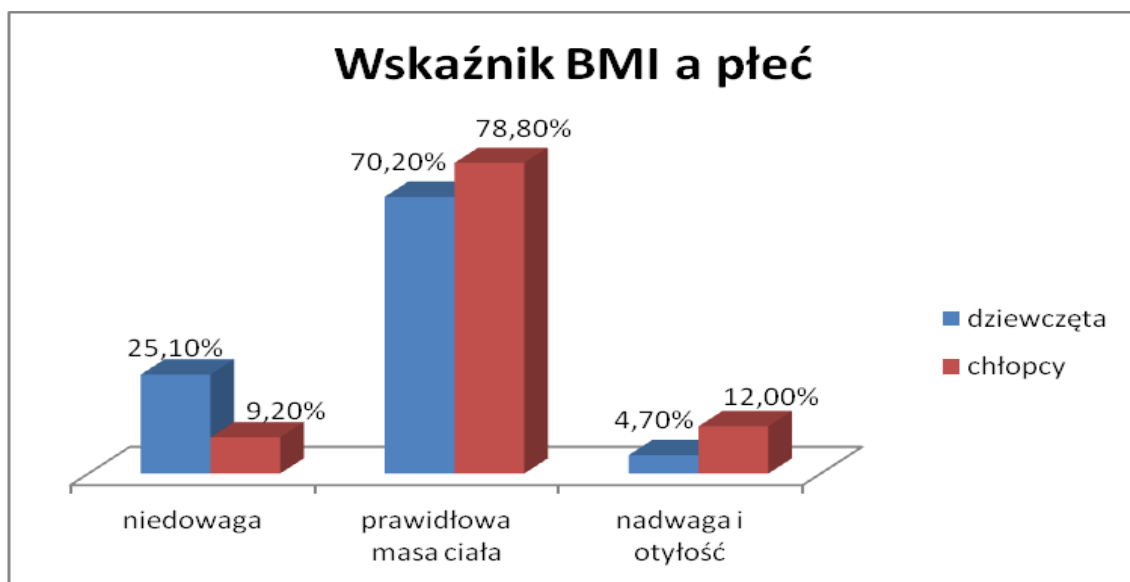
Ryc.38. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ich opinii dotyczącej okresu życia w jakim powinno się edukować ludzi na temat zdrowego stylu życia (p. aneks Tab. XXXVIII).

W niniejszych badaniach zastosowano wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Index) określający proporcje masy ciała do wysokości (tzw. wskaźnik wagowo/wzrostowy). Wskaźnik ten wyliczono według wzoru.

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

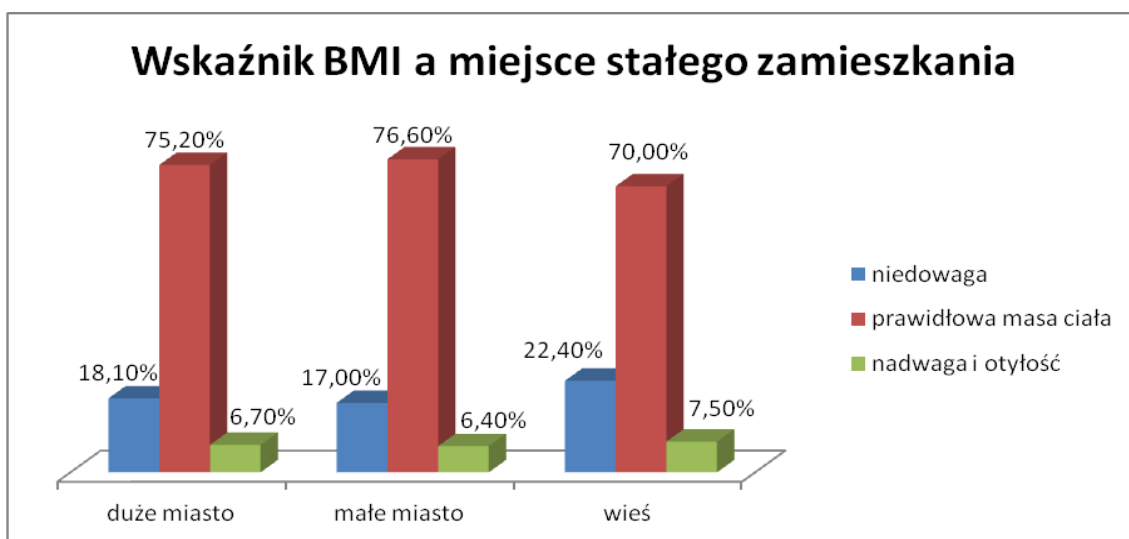
Dane niezbędne do wyliczenia BMI otrzymano z Gabinetów Higieny badanych szkół. Większość ekspertów podkreśla, że jest to wskaźnik wysoko korelujący z ilością tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka.

Zdecydowana większość ankietowanych ma prawidłowy wskaźnik BMI świadczący o prawidłowej masie ciała – 74,50%, niski wskaźnik BMI świadczący o niedowadze ma 17,15% ankietowanych, a 8,35% uczniów ma wysokie BMI, co oznacza, że mają nadwagę lub otyłość. Rycina 39 pokazuje różnicę w rozkładzie wskaźnika BMI w zależności od płci, z czego wynika, że w badanej grupie licealistów jest statystycznie mniej mężczyzn z niedowagą w porównaniu do kobiet, jednak jest więcej mężczyzn z nadwagą w porównaniu do rozkładu grupy płci żeńskiej (ryc. 39).



Tab.39. Wskaźnik BMI a płeć (p. aneks Tab. XXXIX).

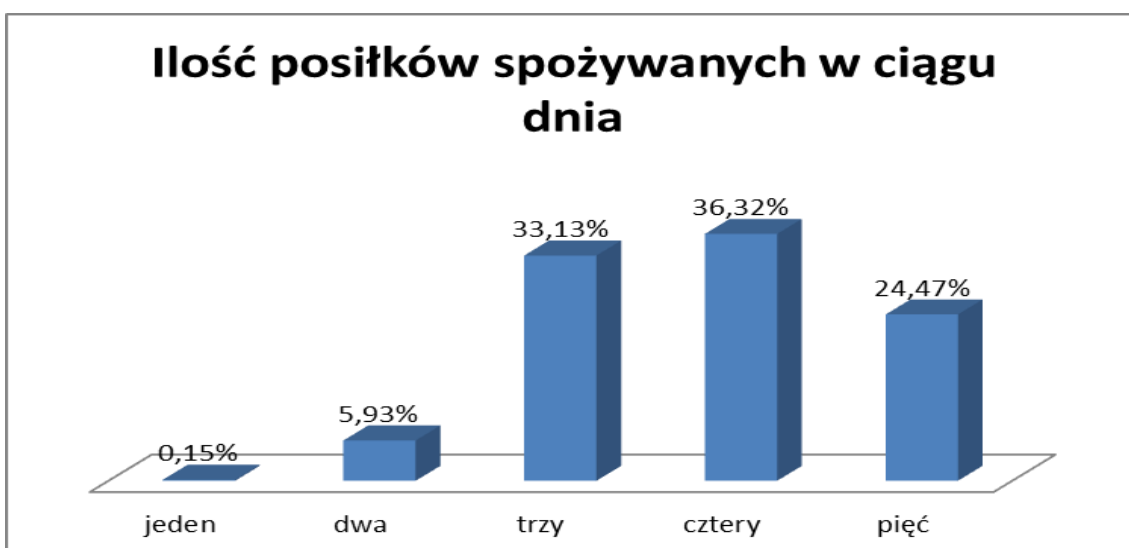
Rycina 40 pokazuje zależność pomiędzy wskaźnikiem BMI a miejscem stałego zamieszkania, jednak istotność statystyczna jest zbyt niska żeby można było określić zależność.



Ryc.40. Wskaźnik BMI a miejsce stałego zamieszkania (p. aneks Tab. XL).

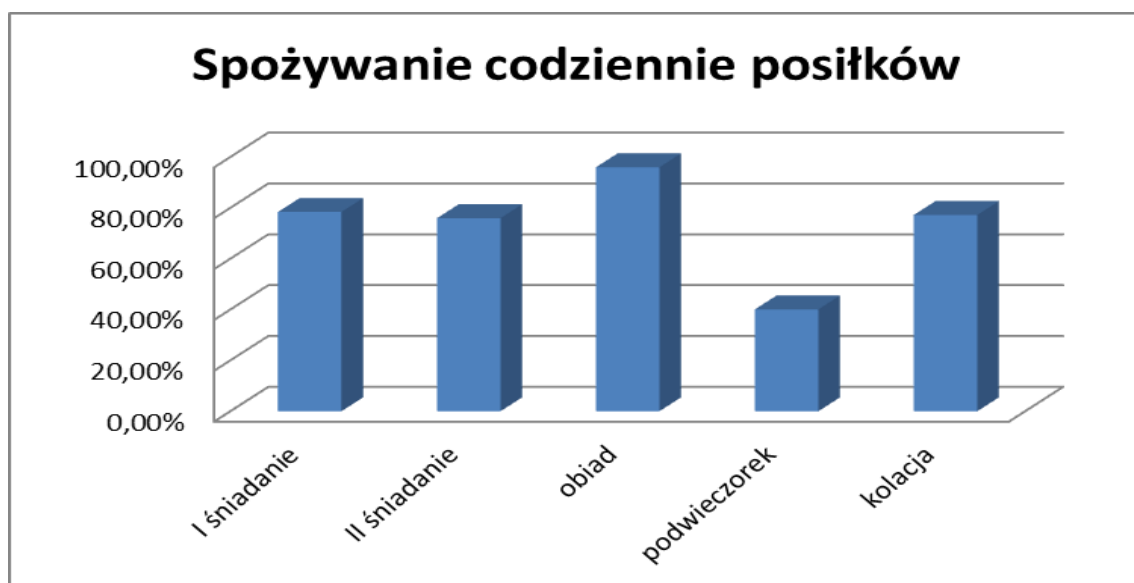
## Sposób żywienia

Ankietowani najczęściej spożywają 4 posiłki w ciągu dnia – 36,32%, 3 posiłki dziennie jada 33,13%, natomiast pięć posiłków dziennie spożywa 24,47%. Tylko 2 posiłki w ciągu dnia są konsumowane przez 5,93% ankietowanych (ryc. 41).



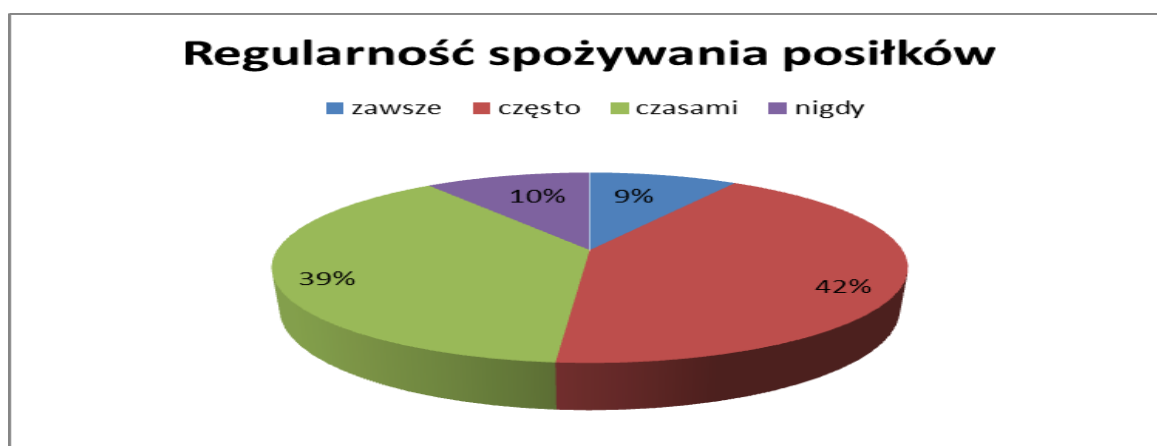
Ryc.41. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości posiłków spożywanych przez nich w ciągu dnia (p. aneks Tab. XLI).

Pierwsze śniadanie codziennie jadło 78,38% licealistów, podobnie jak drugie śniadanie – 75,38%. Obiad był spożywany prawie przez wszystkich ankietowanych – 95,95%, podwieczorek codziennie konsumowało 40,06% ankietowanych osób, a kolację 77,18% respondentów (ryc. 42).



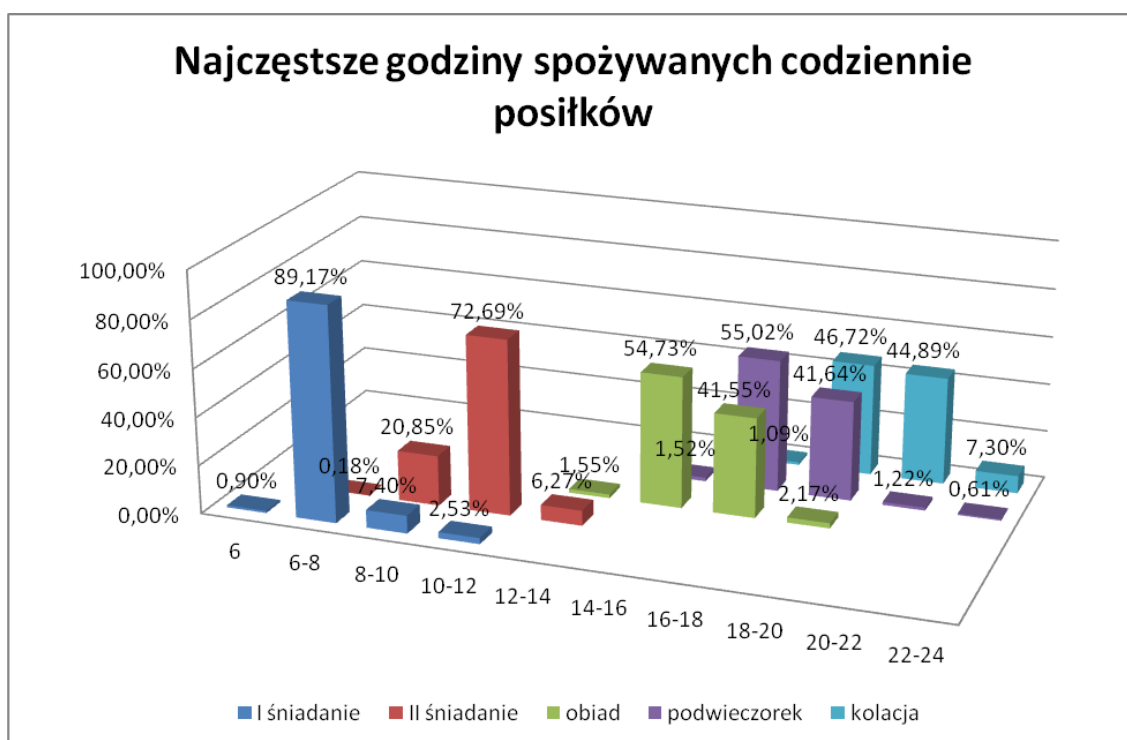
Ryc.42. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem regularności spożywanych posiłków (p. aneks Tab. XLII).

Tylko 9% ankietowanych deklarowało, że zawsze regularnie spożywa posiłki, 42% odpowiedziało, że często je regularnie, 39% uczniów czasami je regularnie, a 10% nigdy nie je regularnie (ryc. 43).

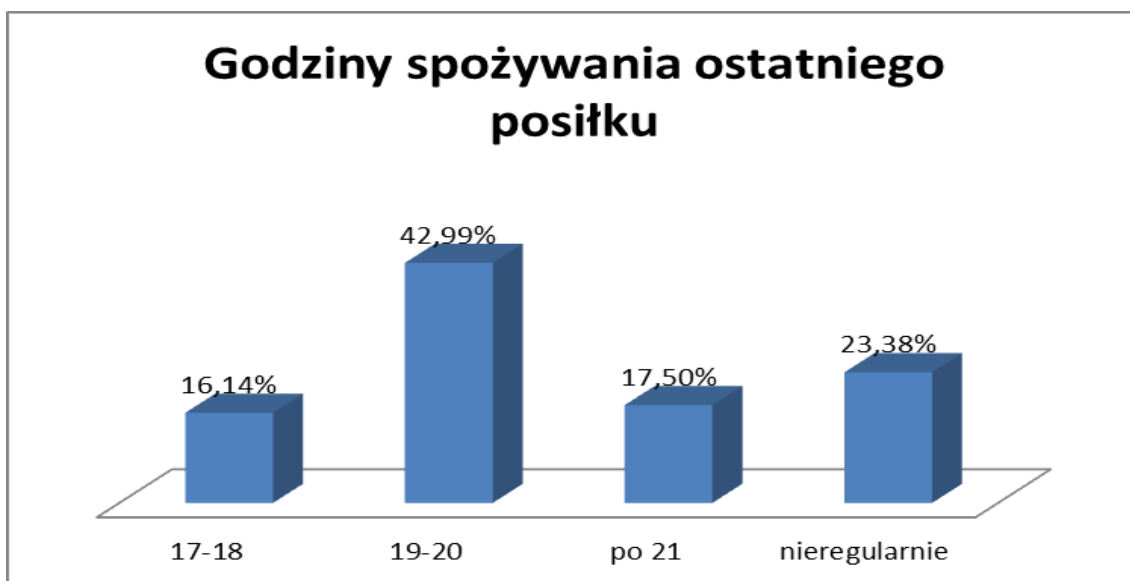


Ryc.43. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywanych posiłków (p. aneks Tab. XLIII).

Ankietowani licealiści najczęściej spożywali śniadania w godzinach 6-8 rano, co stanowiło 89,17% respondentów (ryc. 44). Drugie śniadanie konsumowali w godzinach 10-12 (72,69%). Spożywanie podwieczorku i kolacji charakteryzuje się dużą rozpiętością czasową. W przypadku podwieczorku jest on konsumowany przez licealistów w godzinach 16-18 (55,02%) oraz 18-20 (41,64%) natomiast w przypadku kolacji w godzinach 18-20 (46,72%) oraz 20-22 (44,89%). Większość ankietowanych uczniów spożywa ostatni posiłek pomiędzy dziewiętnastą a dwudziestą (ryc. 45).



Ryc.44. Najczęstsze godziny spożywanych codziennie posiłków (p. aneks Tab. XLIV).



Ryc.45. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem godzin spożywania ostatniego posiłku (p. aneks Tab. XLV).

Powodem rezygnacji z niektórych posiłków przez ankietowanych był brak czasu – 43% (N=311), brak apetytu – 37% (N=307), odchudzanie się – 14% (N=115), bądź brak pieniędzy – 3% (N=24, ryc. 46).



Ryc.46. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem powodów rezygnacji z niektórych posiłków (p. aneks Tab. XLVI).



39% ankietowanych odpowiedziało, że stres nie ma wpływu na ich sposób odżywiania. 30% respondentów twierdziło, że w sytuacjach stresowych nie jedzą wcale, a 25% w czasie stresu je więcej. 6% uczniów oceniło, że podczas stresu je bez opamiętania (ryc. 47).



Ryc.47. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem wpływu stresu na sposób żywienia (p. aneks Tab. XLVII).

Prawie połowa licealistów określiła, że samodzielnie przygotowuje pierwsze śniadanie – 49,40% (51,92% dziewcząt i 48,03% chłopców). Najwięcej ankietowanych odpowiedziało, że samodzielnie sporządza kolację – 70,66% (69,71% dziewcząt i 73,73% chłopców) (ryc. 48).



Ryc.48. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem samodzielnego przygotowania posiłków (p. aneks Tab. XLVIII).

Zgodnie z ryciną 49 respondenci twierdzili, że najczęściej odczuwają głód po południu – 34% (37% dziewcząt i 52% chłopców). Rano odczuwa głód jedynie 16% licealistów (21% dziewcząt chłopców i 24% dziewcząt) natomiast wieczorem, co piąty ankietowany (23% dziewcząt i 31% chłopców).



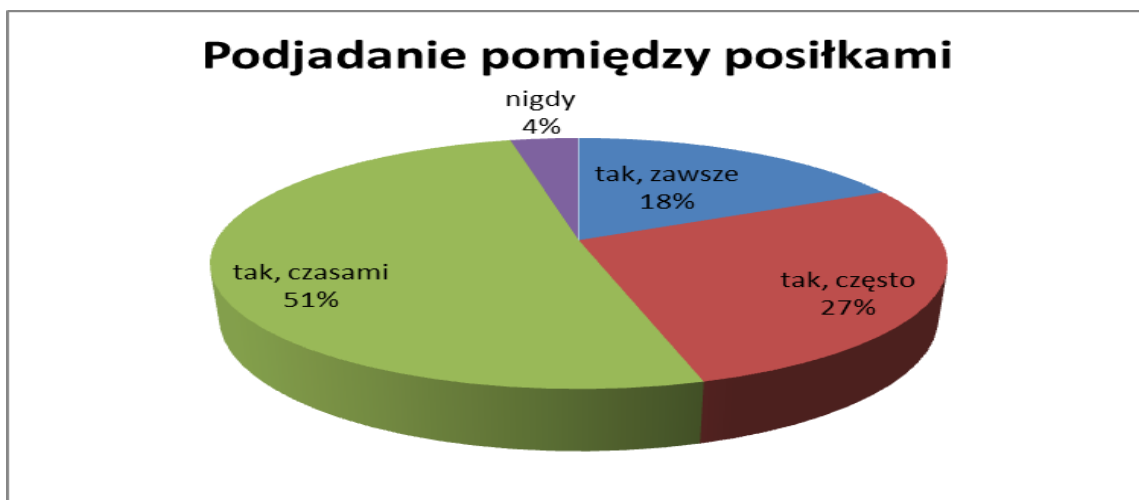
Ryc.49. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem pory dnia, kiedy głód jest najczęściej odczuwalny (p. aneks Tab. XLIX).

Większość ankietowanych odpowiadało, że zaspokajają głód jedząc kanapki – 52,02%, konsumując cokolwiek – 45,74% lub pijąc wodę – 43,20% (ryc.50).



Ryc.50. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem sposobu zaspokajania głodu (p. aneks Tab. L).

Ponad połowa ankietowanych podjada pomiędzy posiłkami - 51%, często czyni to 27% respondentów, zawsze 18%. Jedynie 4% licealistów twierdziło, że nigdy nie podjada pomiędzy posiłkami (ryc. 51). Do najczęściej podjadanych produktów należą owoce – 20%, słodycze - 17%, jogurty – 17%, kanapki – 10% (ryc. 52).

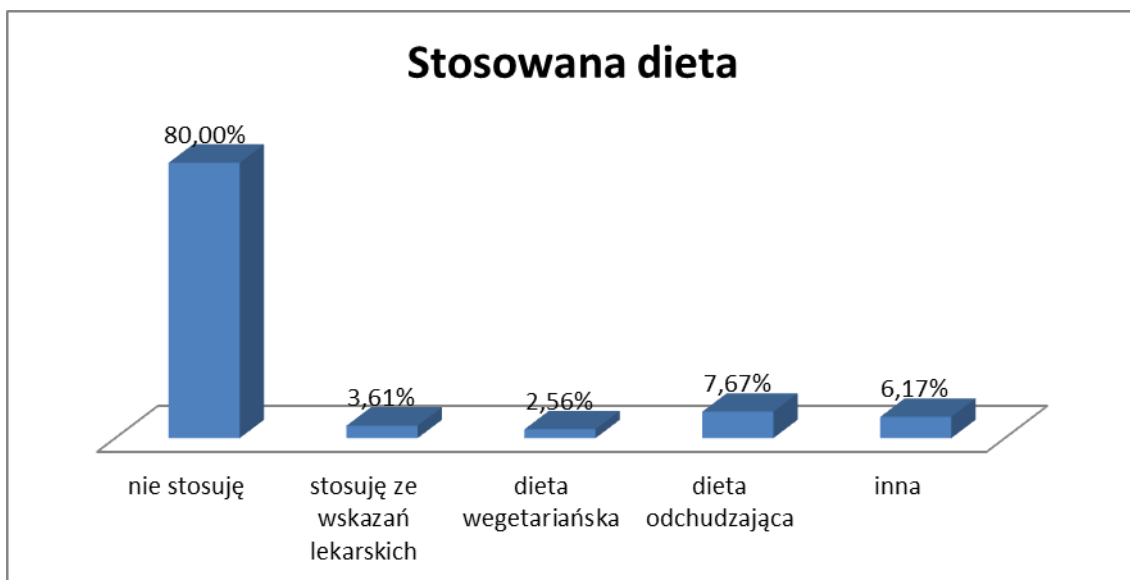


Ryc.51. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem podjadania pomiędzy posiłkami (p. aneks Tab. LI).



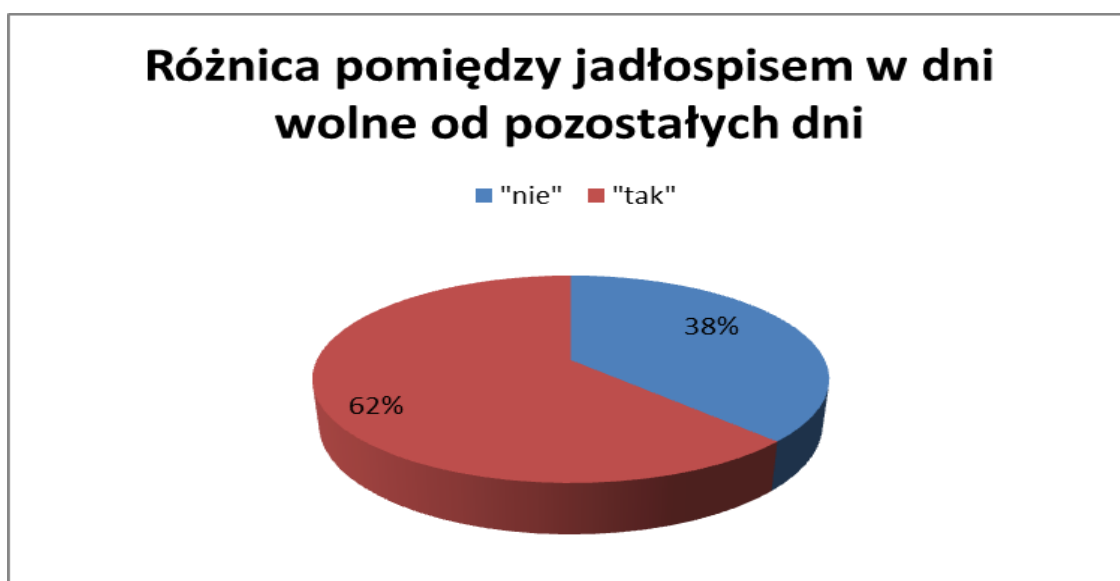
Ryc.52. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem produktów spożywczych, które są podjadane (p. aneks Tab. LII).

20% licealistów odpowiedziało, że stosuje dietę w tym: 7,67% - dietę odchudzającą, 3,61% - stosuje dietę według wskazań lekarskich, 2,56% - dietę wegetariańską (ryc. 53).

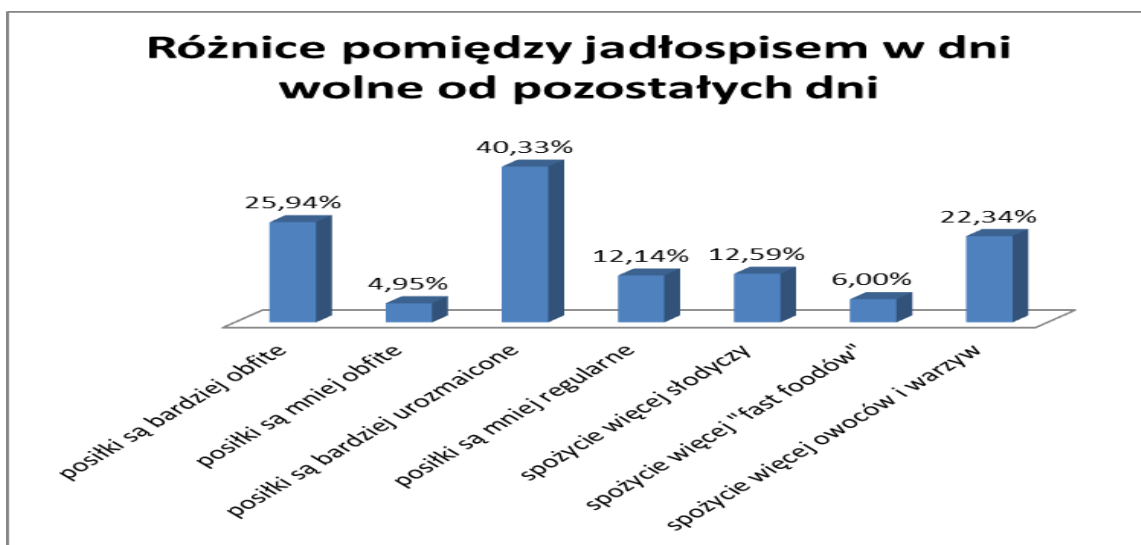


Ryc.53. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem stosowanej diety (p. aneks Tab. LIII).

Większość respondentów – 62% twierdzi, że ich jadłospis jest zróżnicowany i zależy głównie od tego czy są to dni, w których uczęszczają do szkoły czy też nie (ryc. 54). W dni wolne od szkoły ich posiłki są bardziej urozmaicone - 40,33% i obfite – 25,94%, ale za to mniej regularne – 12,14%. Uczniowie w tych dniach spożywają również więcej owoców i warzyw – 22,34% oraz słodyczy – 12,59% (ryc. 55).



Ryc.54. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem istnienia różnicy w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi od szkoły, a pozostałymi dniami (p. aneks Tab. LIV).



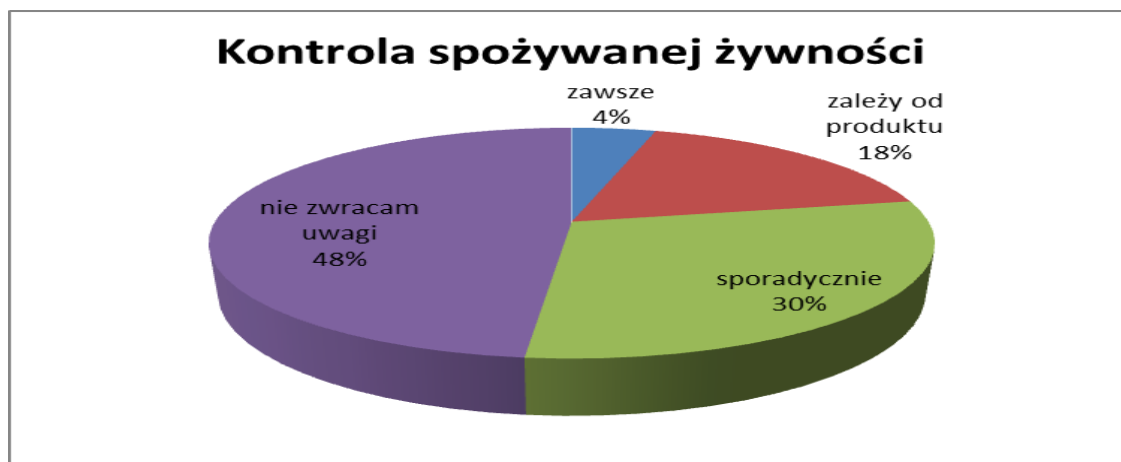
Ryc.55. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem różnic w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi od szkoły, a pozostałymi dniami (p. aneks Tab. LV).

Respondenci wybierając produkty żywnościowe najczęściej zwracają uwagę na takie walory jak: smak – 38% (N=637) i wygląd artykułów - 27% (N=440). 16% (N=270) uczniów kieruje się posiadaną wiedzą na temat walorów smakowych wybieranych produktów spożywczych (ryc. 56).



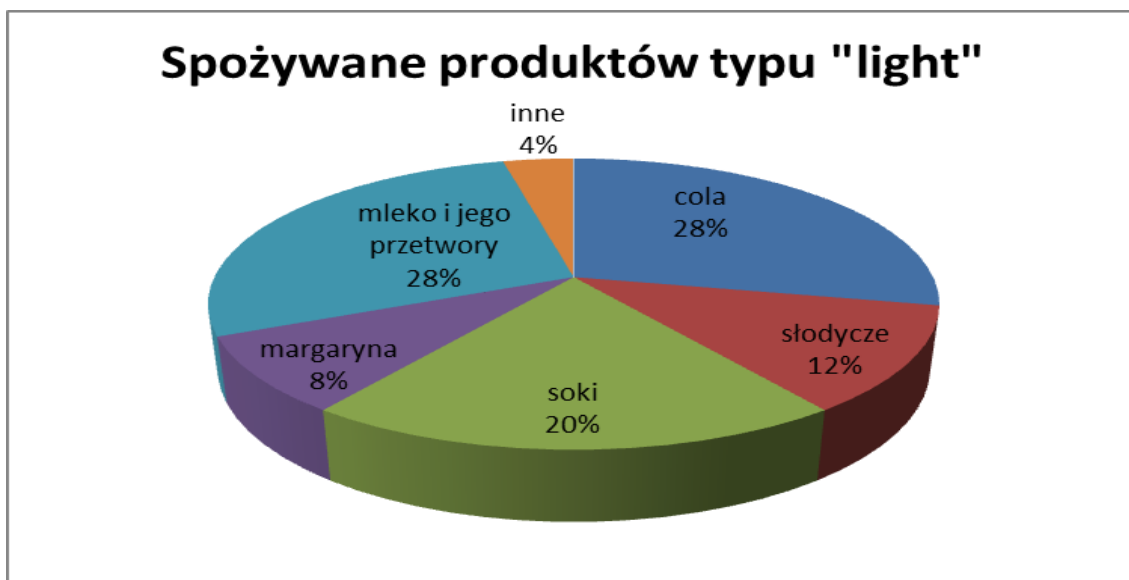
Ryc.56. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czynników wpływających na wybór żywności (p. aneks Tab. LVI).

48% ankietowanych uczniów odpowiedziało, że nie zwraca uwagi na kaloryczność spożywanych artykułów spożywczych, 30% z nich sporadycznie kontroluje kaloryczność produktów, 18% zwraca uwagę na kaloryczność w zależności od produktu, a 4% zawsze kontroluje kaloryczność spożywanych produktów (ryc. 57).



Ryc.57. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem kontroli spożywanej żywności (p. aneks Tab. LVII).

Uczniowie chętnie sięgają po produkty żywnościowe typu „light”. Do najczęściej kupowanych należą: mleko i jego przetwory – 28%, cola – 28%, soki - 20%, słodczyce – 12% oraz margaryna – 8%, (ryc. 58).



Ryc.58. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem spożywanych produktów typu „light” (p. aneks Tab. LVIII).

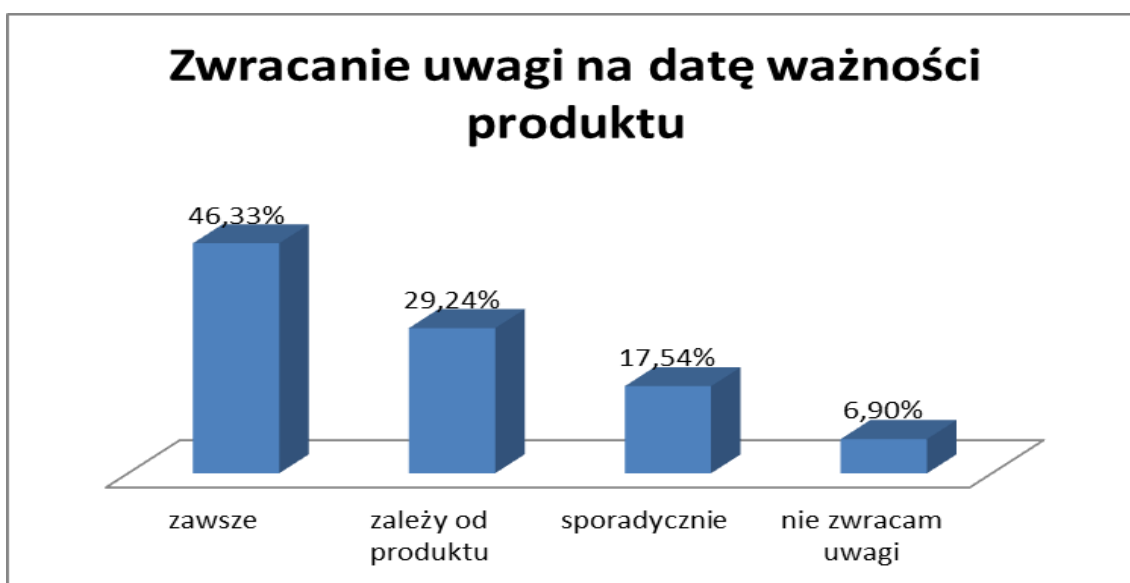
Respondenci wybierając produkty, z konsumowania których odczuwają przyjemność najczęściej deklarowali, że są to owoce – 21% (N=493) oraz słodycze – 20% (N=468). Następnie produkty mleczne – 12% (N=292) oraz mięso i ryby – 12% (N=283). Nieco rzadziej twierdzili, że są to chipsy – 10% (N=245) i warzywa – 9% (N=208). Zdaniem 9% (N=210) uczniów „jedzenie zawsze sprawia im przyjemność” (ryc. 59). 1% ankietowanych odpowiedziało, że nie odczuwa przyjemności z jedzenia (N=28).





Ryc.59. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju produktów, z jedzenia których odczuwana jest przyjemność (p. aneks Tab. LIX).

Aż 46,33% ankietowanych odpowiedziało, że zawsze zwraca uwagę na datę ważności produktu, a 29,24% na datę ważności w zależności od produktu. Tylko 6,90% nie zwraca uwagi na datę przydatności do spożycia spożywanych produktów (ryc. 60).



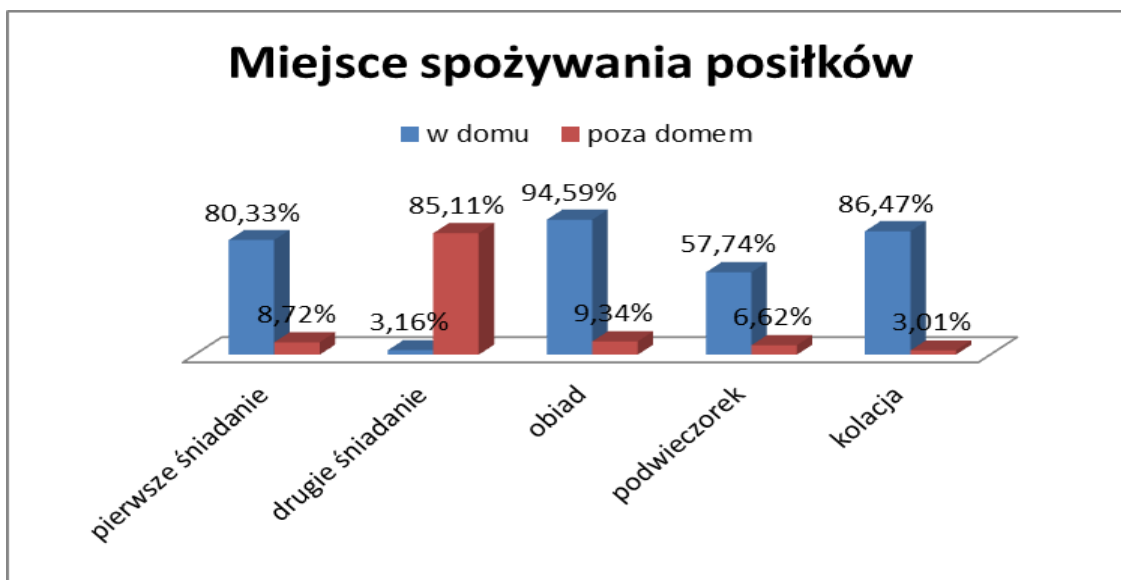
Ryc.60. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem zwracania uwagi na datę ważności produktu (p. aneks Tab. LX).

Jedna trzecia ankietowanych nie korzysta z zakładów zbiorowego żywienia (N=256). 26% uczniów korzysta z barów, w tym 13,5% młodzieży mieszkającej w mieście i 12,5% licealistów mieszkających na wsi (N=216). Z restauracji korzysta 24% ankietowanych, w tym 13% uczniów z miasta i 11% licealistów mieszkających na wsi (N=198). Z kawiarni korzysta 20% ankietowanych, w tym 12% uczniów z miasta i 8% młodzieży mieszkającej na wsi (N=168; ryc. 61).



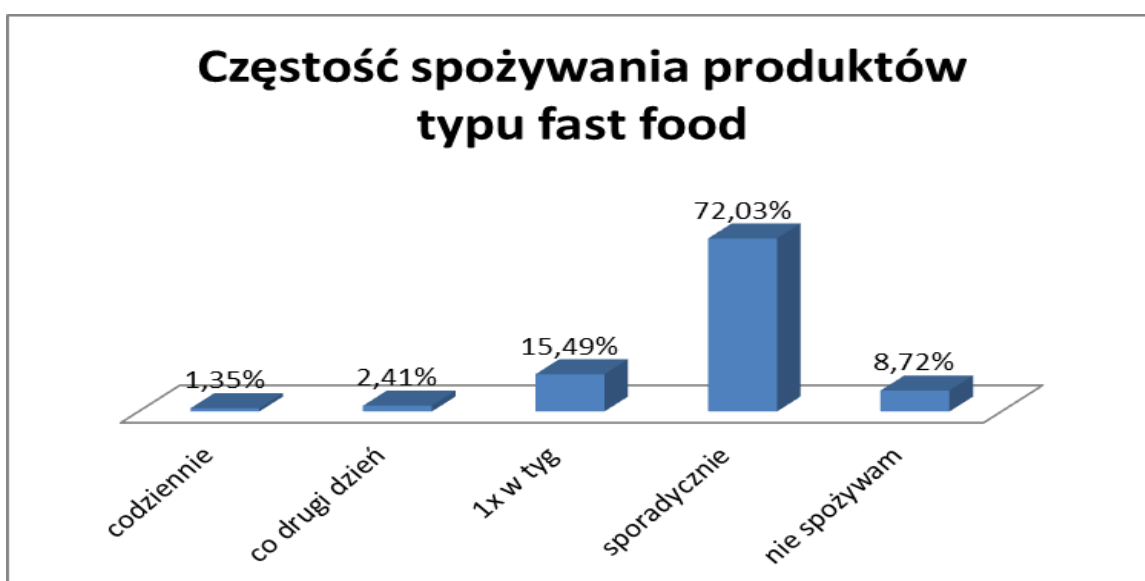
Ryc.61. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem korzystania z zakładów żywienia zbiorowego (p. aneks Tab. LXI).

Ankietowani licealiści odpowiedzieli, że posiłki spożywają głównie w domu: pierwsze śniadanie – 80,33% (79,27% dziewcząt i 86,56% chłopców), obiad - 94,59% (96,33% dziewcząt i 92,03% chłopców), podwieczorek - 57,74% (54,88% dziewcząt i 59,52% chłopców), kolację - 86,47% (82,93 dziewcząt i 93,25% chłopców). Jedynie drugie śniadanie jest konsumowane przez respondentów w większości poza domem – 85,11% (86,93% dziewcząt i 82,24% chłopców), (ryc. 62).



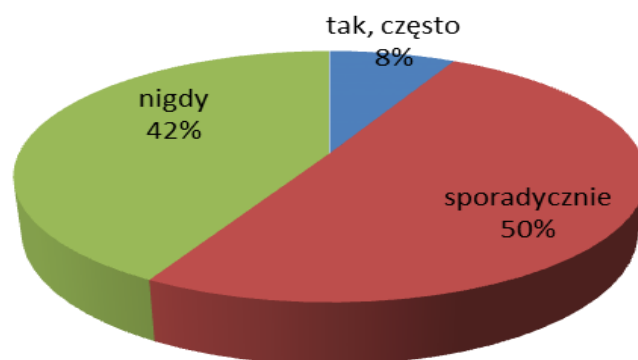
Ryc.62. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem miejsca spożywania posiłków (p. aneks Tab. LXII).

W pytaniu o częstość spożywania produktów typu „fast-food” respondenci najczęściej odpowiadali, że jedzą sporadycznie tego typu jedzenie – 72%, w tym 36% młodzieży mieszkającej w mieście i 36% nastolatków mieszkających na wsi (ryc. 63). Z tą samą częstością, czyli sporadycznie korzystają z automatów ze słodyczami i napojami – grupa ta stanowiła 50% ankietowanych (ryc. 64).



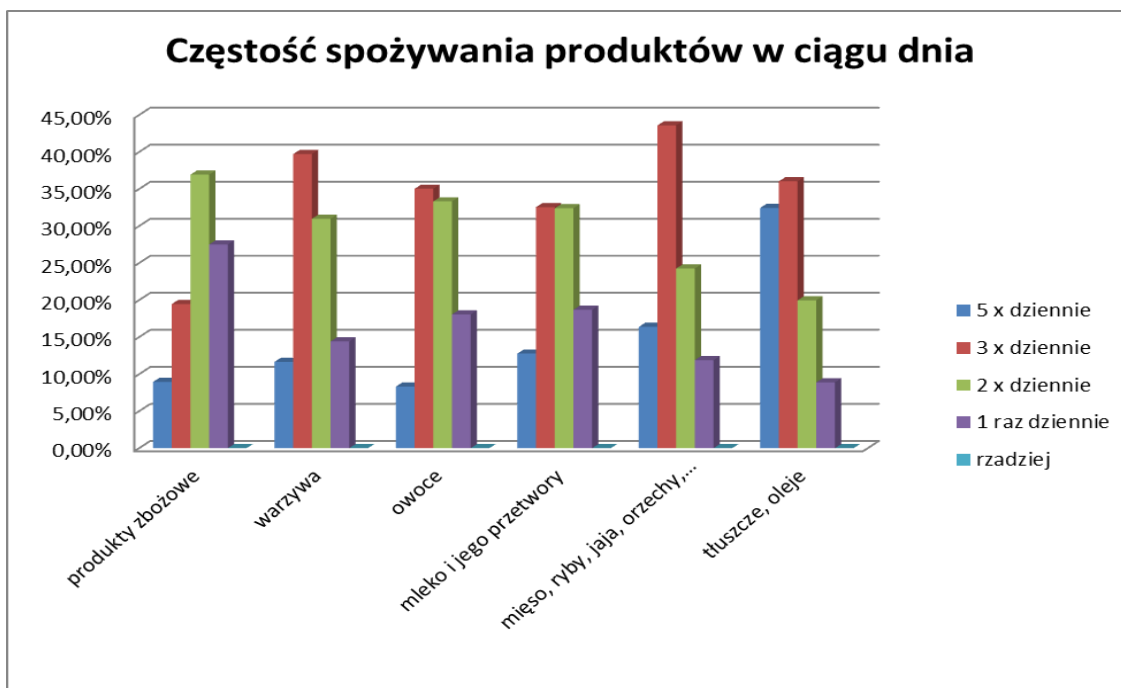
Ryc.63. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania produktów typu „fast-food” (p. aneks Tab. LXIII).

## Korzystanie z automatów ze słodyczami i napojami



Ryc.64. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem korzystania z automatów ze słodyczami i napojami (p. aneks Tab. LXIV).

Do najczęściej spożywanym w ciągu dnia produktów spożywczych przez ankietowanych należały tłuszcze i oleje. Zjadało je 68,49% licealistów 3-5 razy dziennie. 59,97% nastolatków konsumowało 3-5 razy dziennie mięso, ryby, jaja, orzechy i nasiona. Mleko i jego przetwory oraz owoce i warzywa były najczęściej jedzone 2-3 razy dziennie – odpowiednio 64,95%, 68,36% i 70,70%. Produkty zbożowe, w opinii ankietowanych, były przez nich najrzadziej spożywane, gdyż 1-2 razy dziennie. Tak deklarowało 64,45% nastolatków (ryc. 65).



Ryc.65. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywania określonych grup produktów w ciągu dnia (p. aneks Tab. LXV).

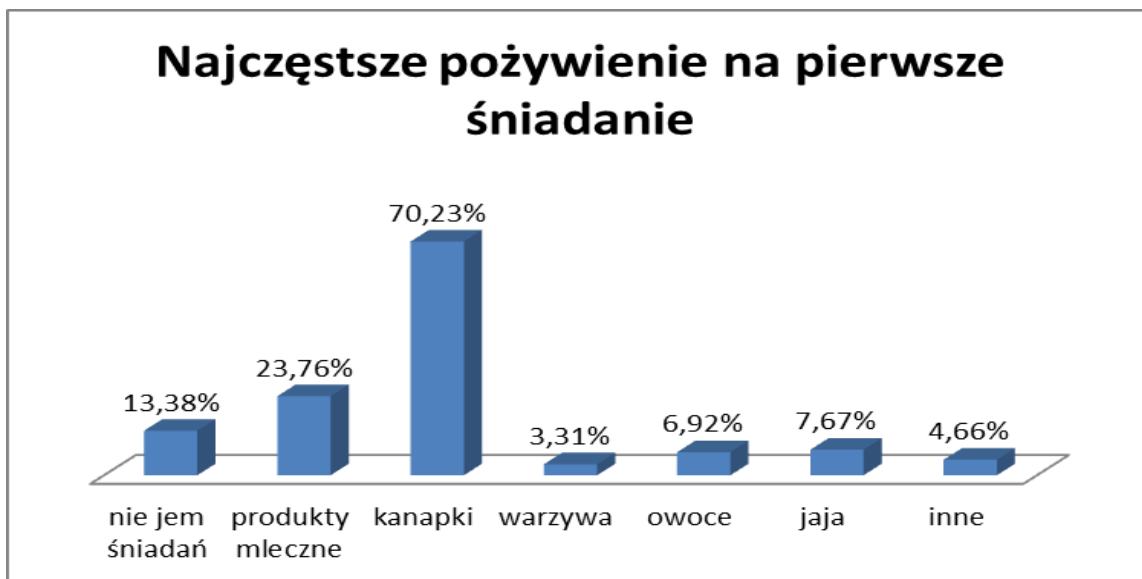
Ankietowani licealiści odpowiedzieli w większości, iż potrafią samodzielnie określać wielkość spożywanych porcji – 64% (ryc. 66).



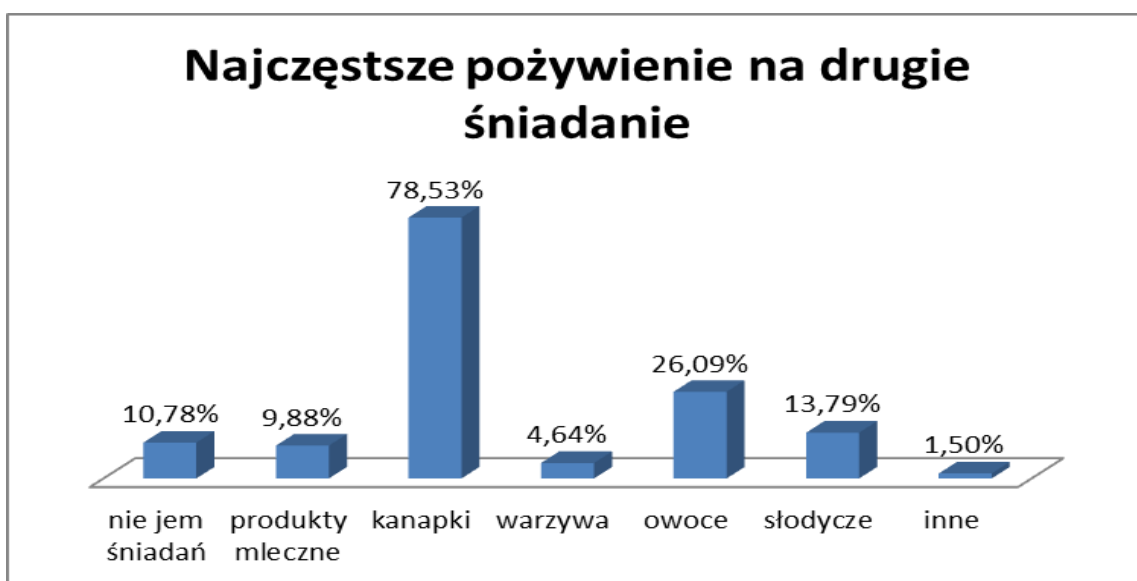
Ryc.66. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem umiejętności samodzielnego określenia wielkości spożywanych porcji (p. aneks Tab. LXVI).

Na pierwsze i drugie śniadanie młodzież najczęściej wybiera kanapki – odpowiednio 70,23% i 78,53%. W przypadku pierwszego śniadania blisko co czwarty uczeń sięga po produkty mleczne. Niepokojącym jest fakt, że licealiści nie spożywają posiłków regularnie o czym świadczą wyniki badania, informujące, że 13,38% nie jada

I śniadania, natomiast 10,78% respondentów nie konsumuje II śniadania. II śniadanie to również czas, kiedy uczniowie przyswajają produkty bogate w cukier.



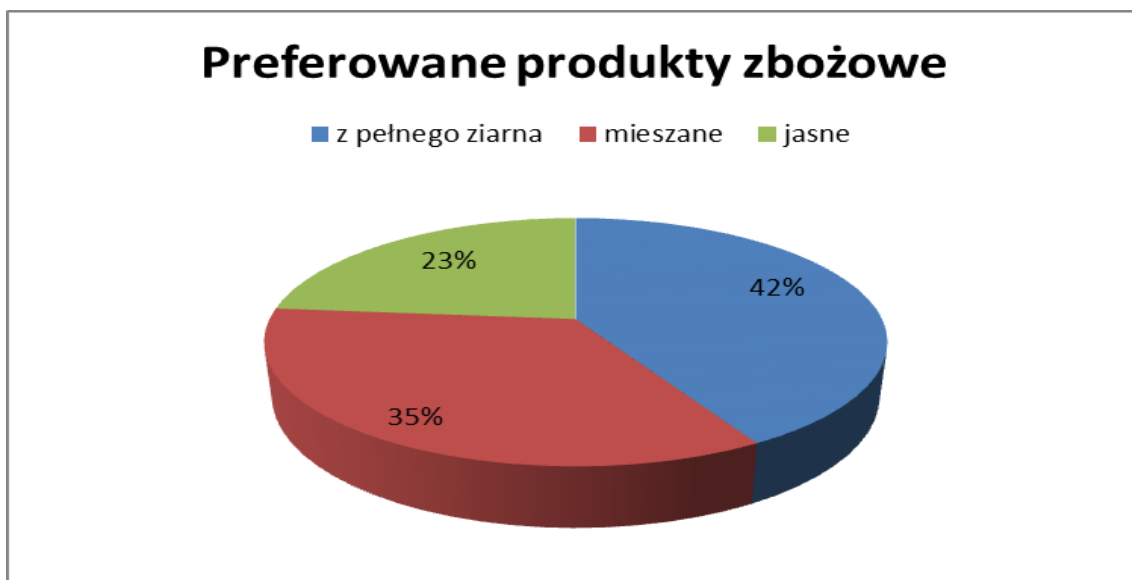
Ryc.67. Najczęściej spożywane produkty na I śniadanie przez uczniów szkół licealnych (p. aneks Tab. LXVII).



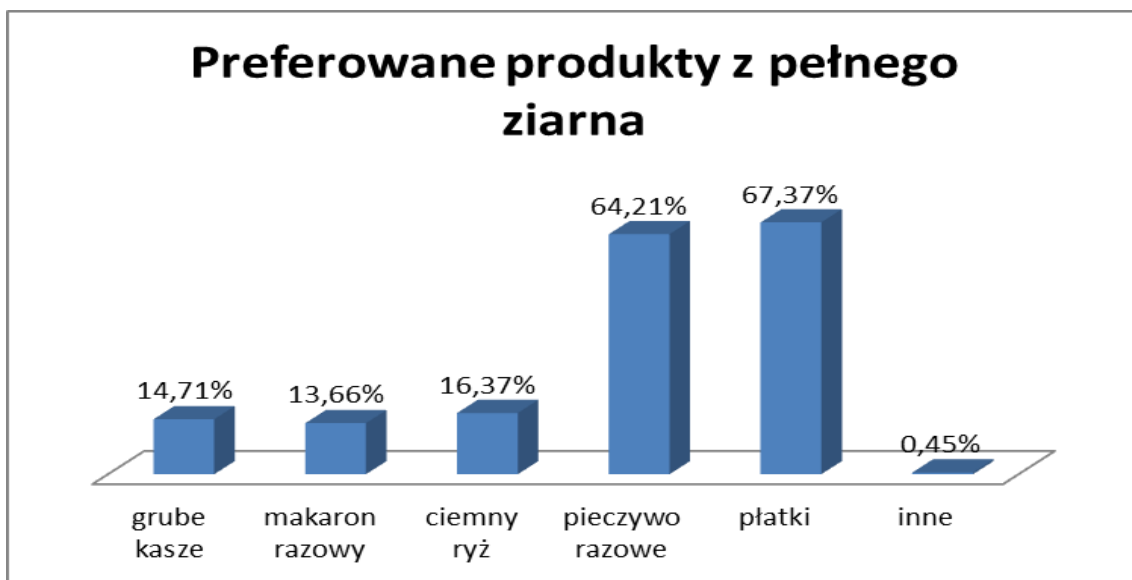
Ryc.68. Najczęściej spożywane produkty na II śniadanie przez uczniów szkół licealnych (p. aneks Tab. LXVIII).

W opinii ankietowanych licealistów do preferowanych przez nich produktów zbożowych należą produkty z pełnego ziarna – 42%, produkty mieszane – 35% oraz pieczywo jasne – 23% (ryc. 69). Spośród produktów z pełnego ziarna najchętniej wybierane było pieczywo razowe - 64,21% oraz płatki – 67,37% (ryc. 70). Jednak tylko

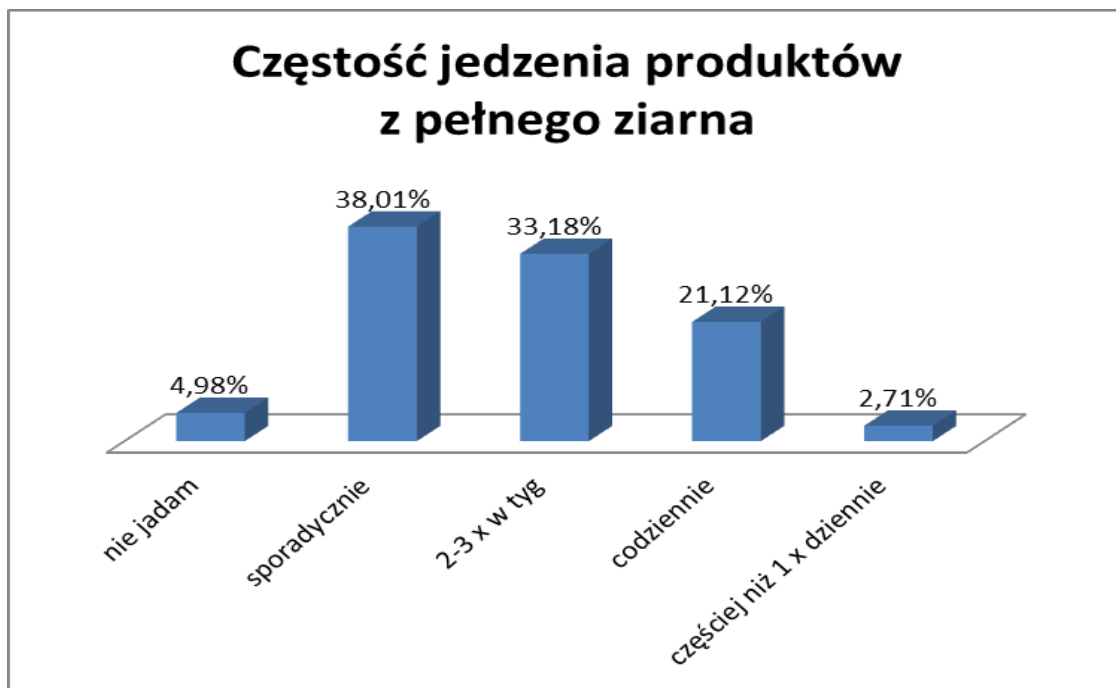
21,12% ankietowanych codziennie spożywa tego rodzaju artykuły spożywcze, większość sporadycznie konsumuje produkty z pełnego ziarna – 38,01% lub 2-3 razy w tygodniu – 33,18% (ryc. 71).



Ryc.69. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów zbożowych (p. aneks Tab. LXIX).

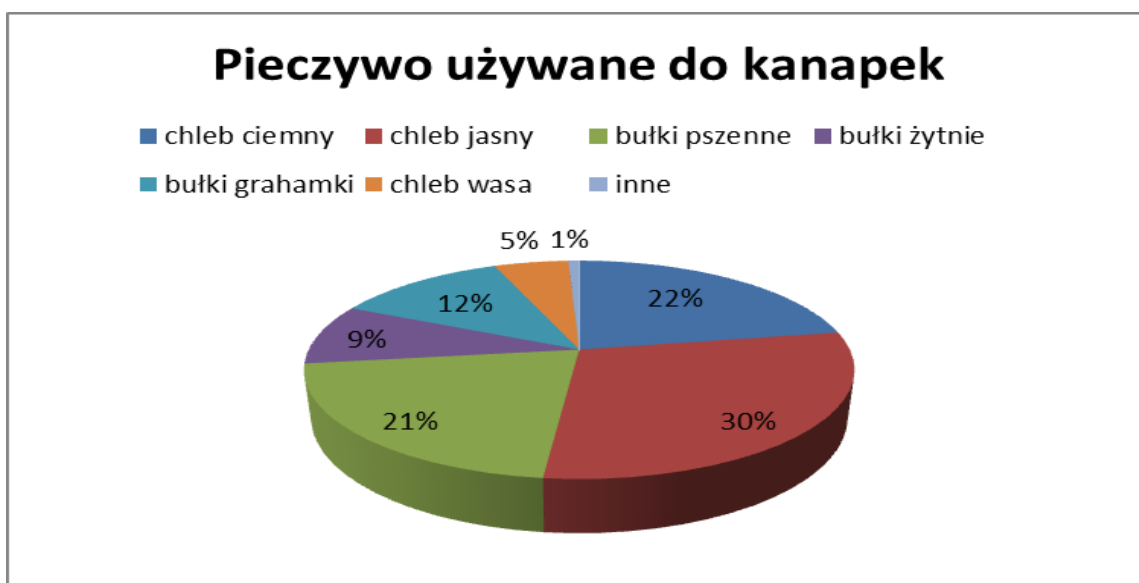


Ryc.70. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów spożywczych z pełnego ziarna (p. aneks Tab. LXX).



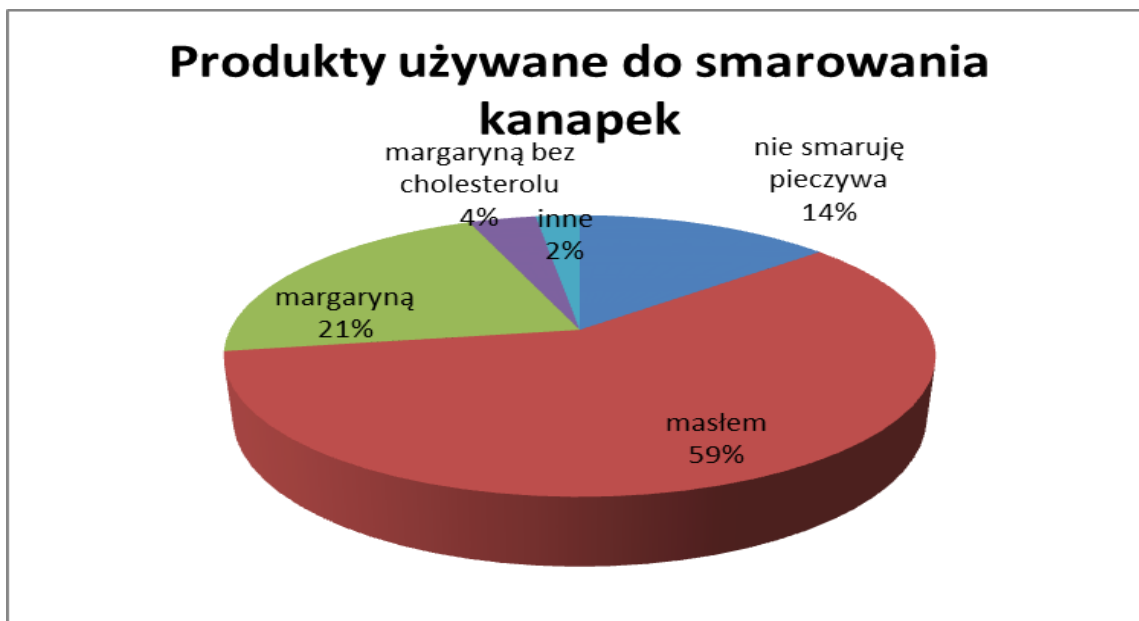
Ryc.71. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości jedzenia produktów z pełnego ziarna (p. aneks Tab. LXXI).

Młodzież przygotowując kanapki najczęściej wybiera jasny chleb – 30% (N=462), chleb ciemny – 22% (N=351) lub bułki pszenne – 21% (N=333; ryc. 72). Kanapki najczęściej uczniowie smarowali masłem 59% (N=417), rzadziej margaryną - 21% (N=152; ryc. 73).



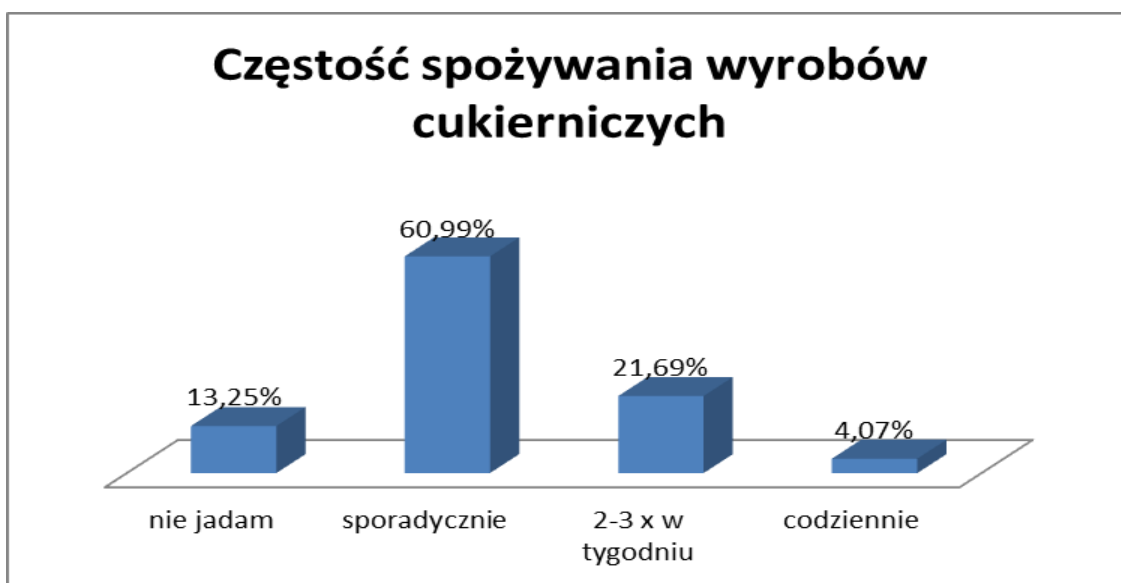
Ryc.72. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju pieczywa stosowanego do kanapek (p. aneks Tab. LXXII).





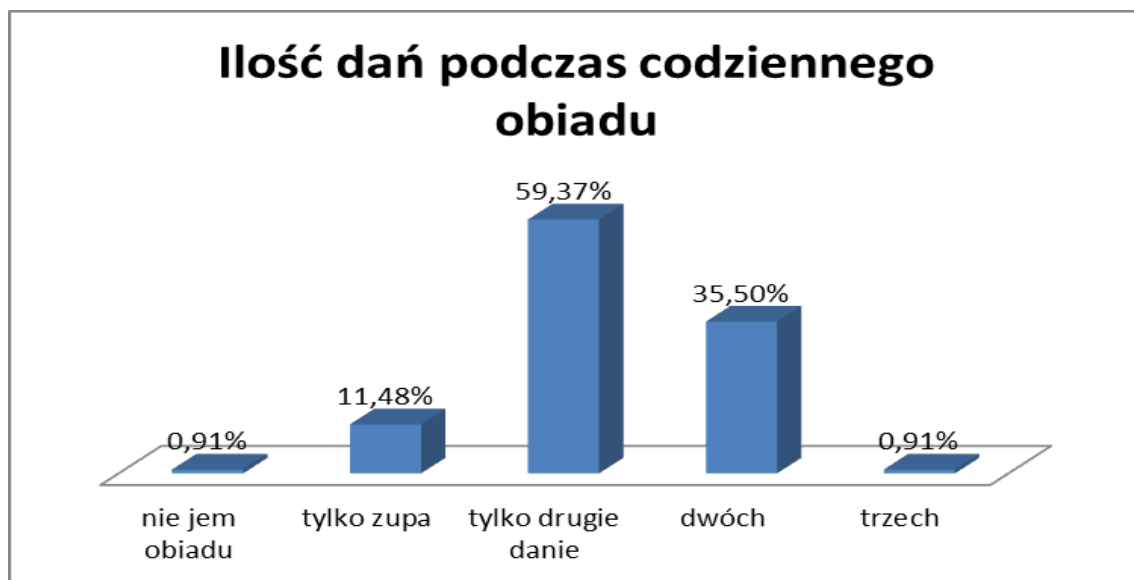
Ryc.73. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju produktu używanego do smarowania kanapek (p. aneks Tab. LXXIII).

Sporadycznie są spożywane wyroby cukiernicze przez 60,99% respondentów, a 21,69% z nich jada tego rodzaju produkty 2-3 razy w tygodniu (ryc. 74).



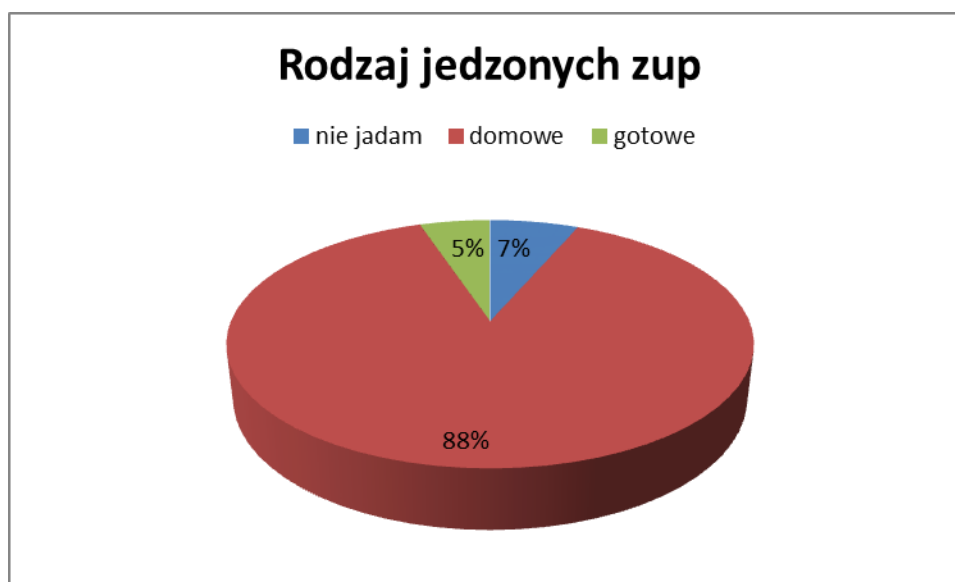
Ryc.74. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania wyrobów cukierniczych (p. aneks Tab. LXXIV).

Większość uczniów odpowiedziała, że podczas codziennego obiadu najczęściej spożywa tylko drugie danie – 59,37% lub obiad złożony z dwóch dań – 35,50% (ryc. 75).



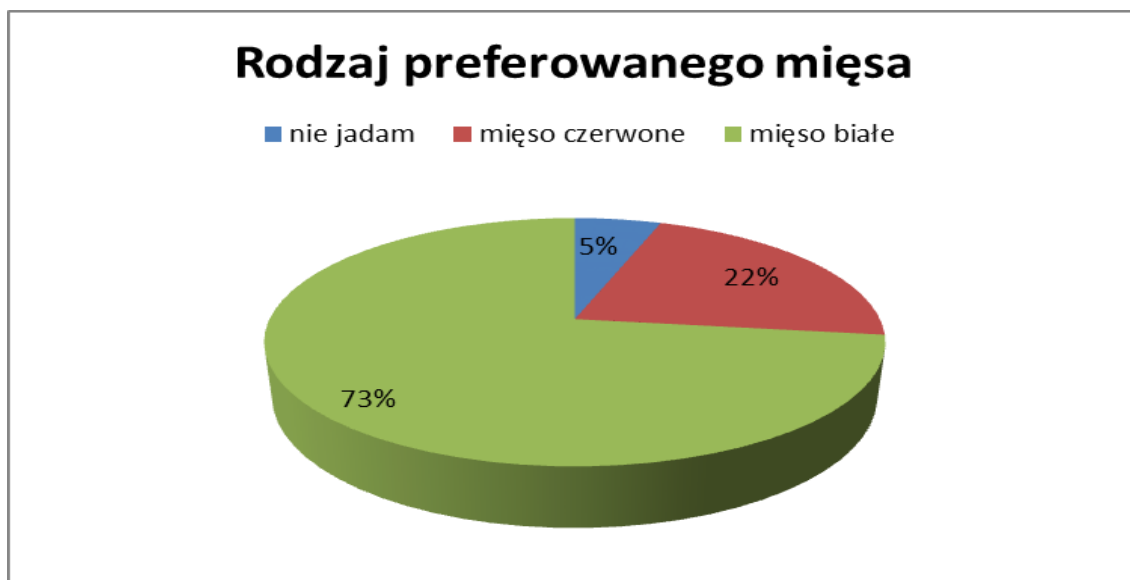
Ryc.75. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości dań podczas codziennego obiadu (p. aneks Tab. LXXV).

Większość ankietowanych jadła zupy domowe – 88%, część osób zupy gotowe – 5%, a 7% uczniów odpowiedziało, że wcale nie jada zup (ryc. 76).

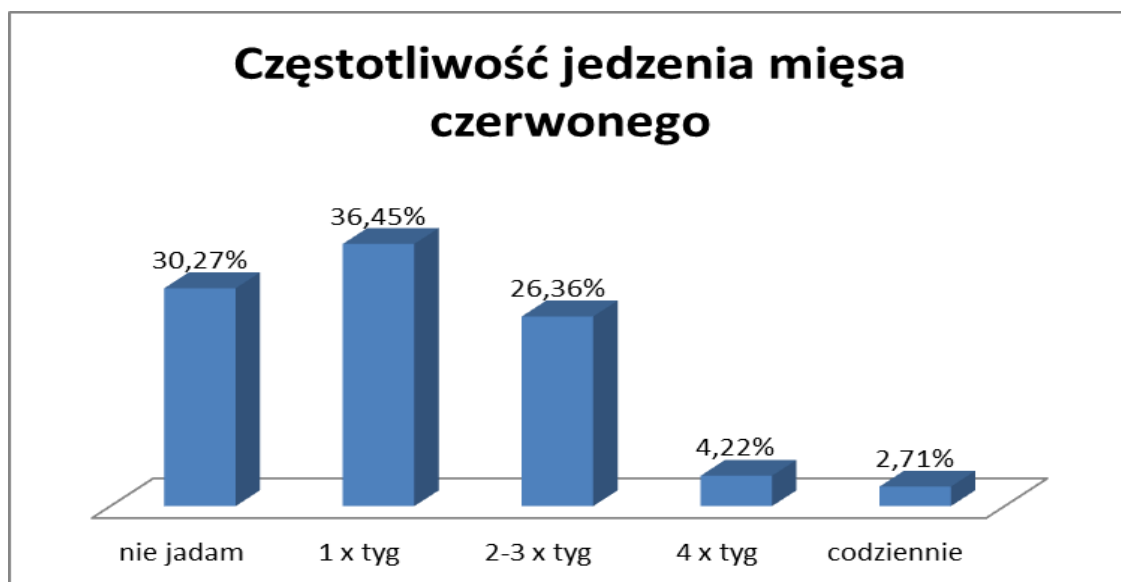


Ryc.76. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju jedzonych zup (p. aneks Tab. LXXVI).

Preferowanym rodzajem mięsa przez respondentów jest mięso białe – 73% (ryc. 77). Zgadza się to z odpowiedziami dotyczącymi częstotliwości jedzenia mięsa czerwonego, gdzie 30,27% ankietowanych odpowiedziało, że nie jada go wcale, a 36,45% odpowiedziało, że czerwone mięso je raz na tydzień (ryc. 78).

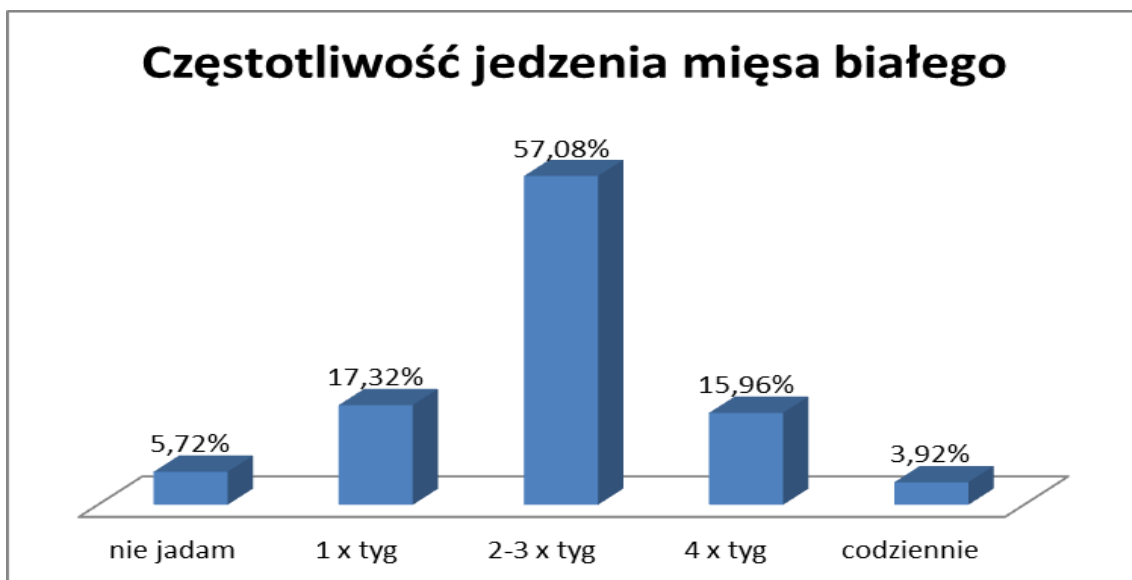


Ryc.77. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanego mięsa (p. aneks Tab. LXXVII).



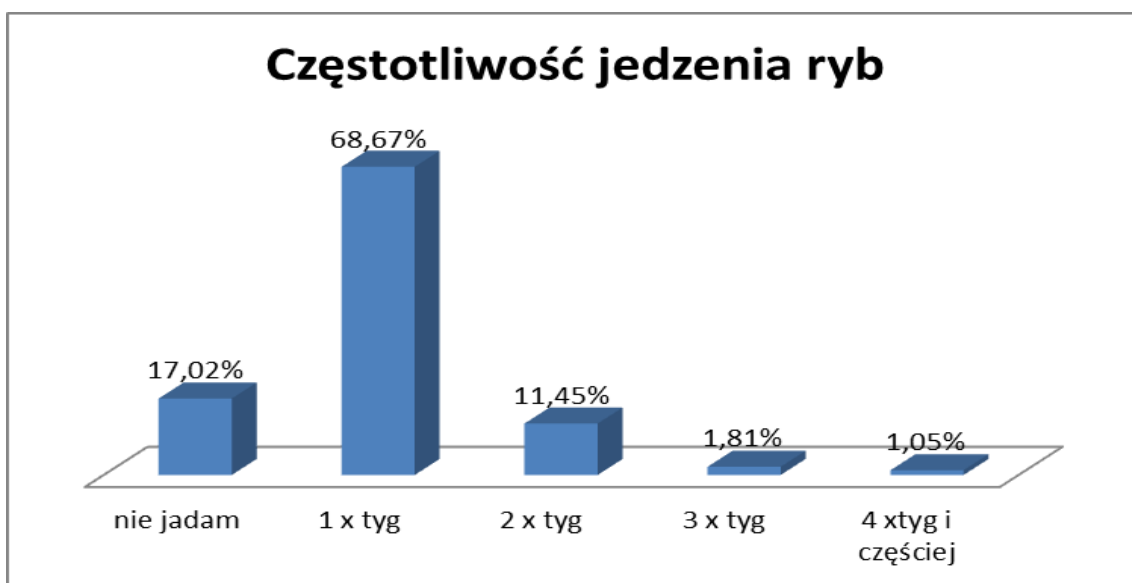
Ryc.78. Częstość spożywania mięsa czerwonego przez uczniów szkół licealnych (p. aneks Tab. LXXVIII).

Białe mięso jest jedzone dosyć często w porównaniu do czerwonego, gdyż 57,08% ankietowanych deklaruje, że zjada je 2-3 razy w tygodniu (ryc. 79).

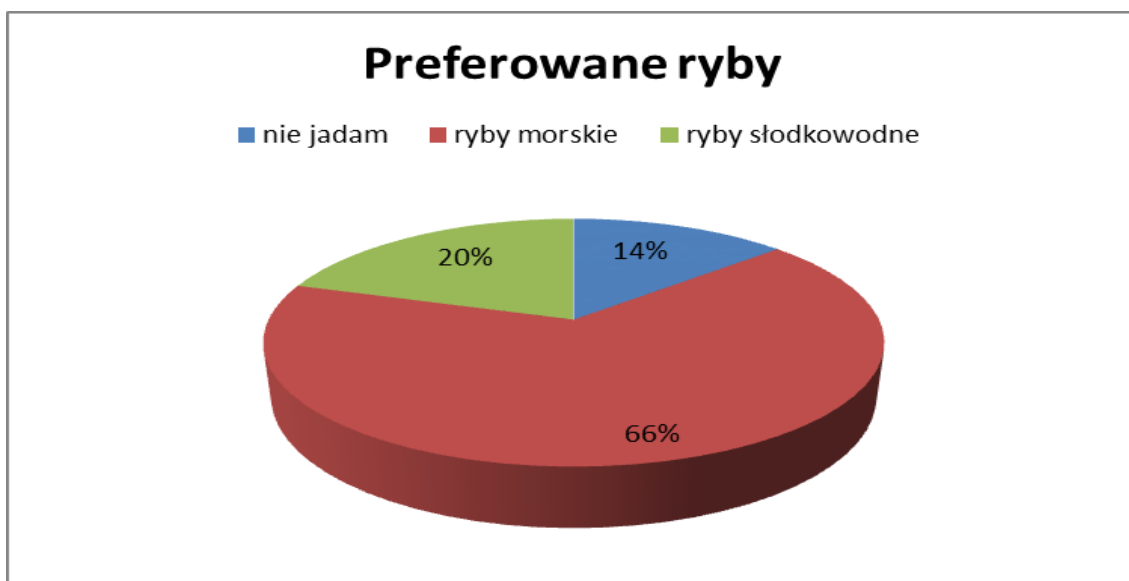


Ryc.79. Częstość spożywania mięsa białego przez uczniów szkół licealnych (p. aneks Tab. LXXIX).

Ryby były najczęściej jedzone raz w tygodniu – 68,67% (ryc. 80), a preferowanym rodzajem ryb były ryby morskie – 66% (ryc. 81).

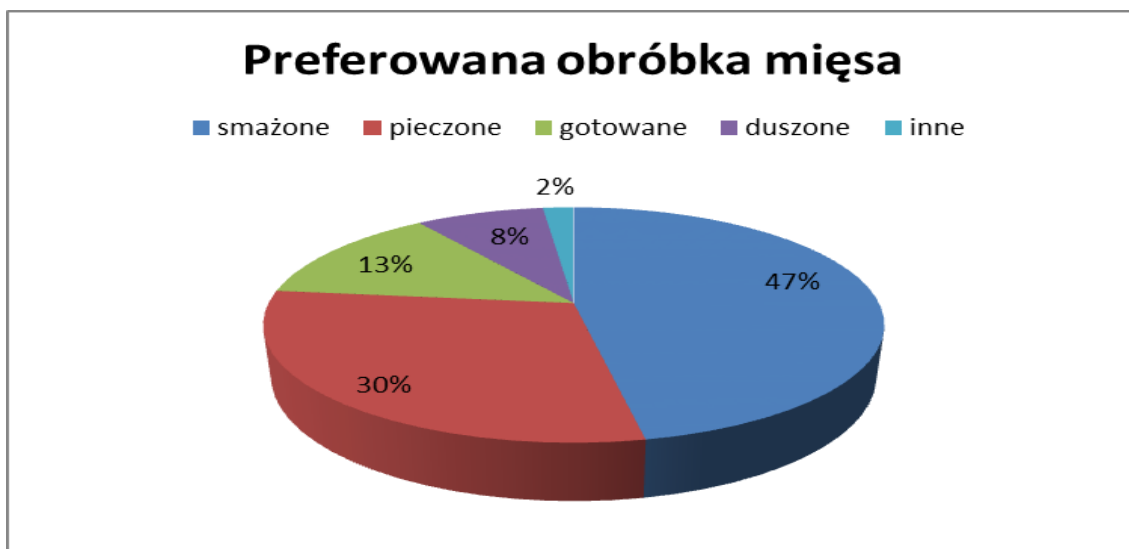


Ryc.80. Częstość spożywania ryb przez uczniów szkół licealnych (p. aneks Tab. LXXX).



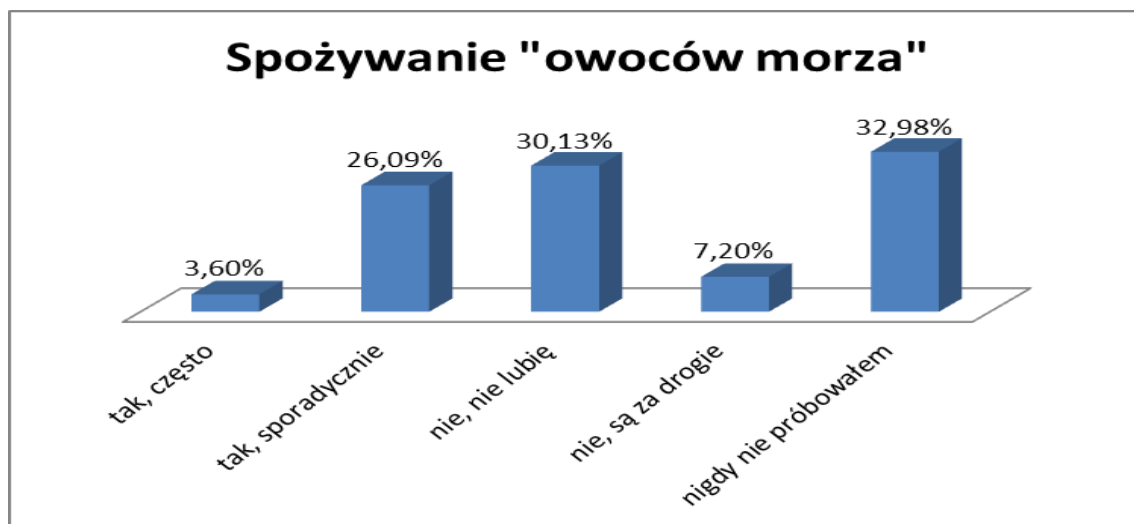
Ryc.81. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanych ryb (p. aneks Tab. LXXXI).

Ankietowani odpowiedzieli, że najbardziej preferują mięso smażone – 47% (N=440), w drugiej kolejności mięso pieczone – 30% (N=280), następnie gotowane – 13% (N=125), duszone – 8% (N=75), bądź po innej obróbce termicznej – 2% (N=18; ryc. 82).



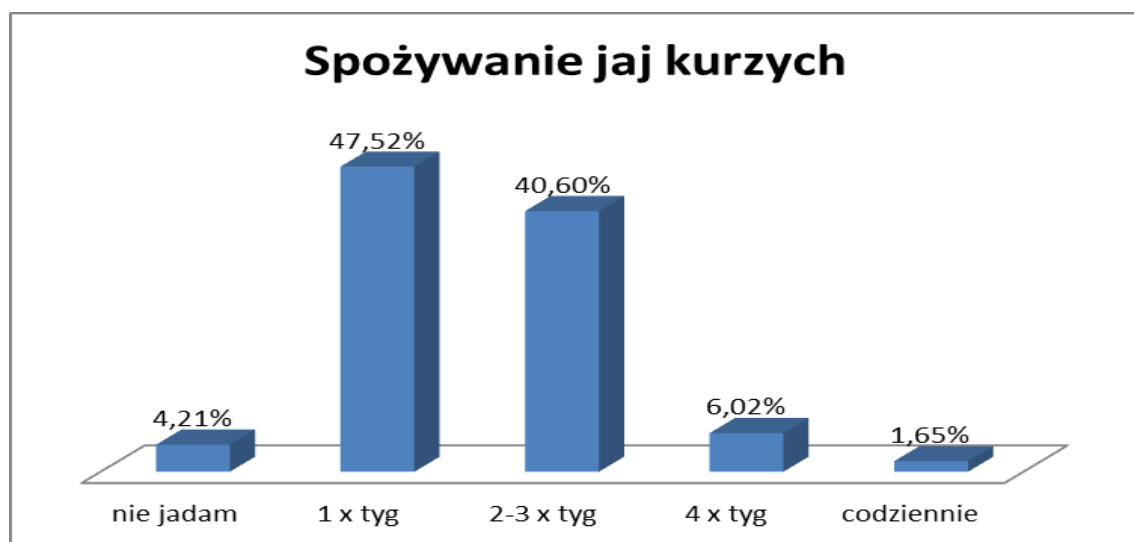
Ryc.82. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanej obróbki mięsa (p. aneks Tab. LXXXII).

32,98% ankietowanych nigdy nie próbowało owoców morza, 30,13% - deklaroowało, że ich nie lubi, 7,20% - uważa, że są za drogie. Jedynie 26,09% respondentów jada owoce morza sporadycznie, a tylko 3,60% konsumuje je często (ryc. 83).



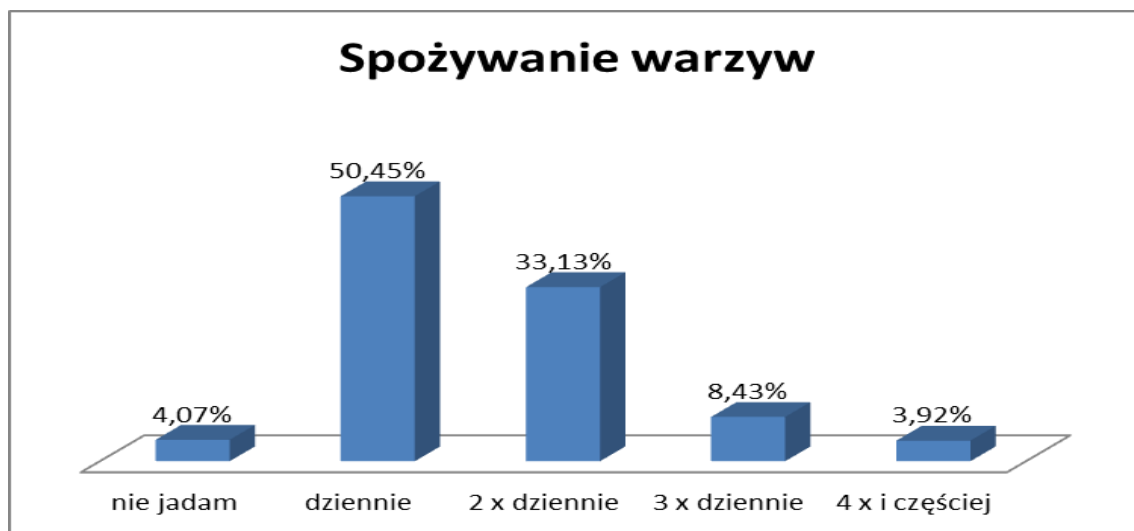
Ryc.83. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania „owoców morza” (p. aneks Tab. LXXXIII).

Raz w tygodniu młodzież spożywa jaja kurze - 47% ankietowanych, w tym 24% mieszkających w mieście i 23% mieszkających na wsi. 41% odpowiedziało, że jada je 2-3 razy w tygodniu, w tym 21% nastolatków mieszkających w mieście i 20% uczniów mieszkających na wsi (ryc. 84).



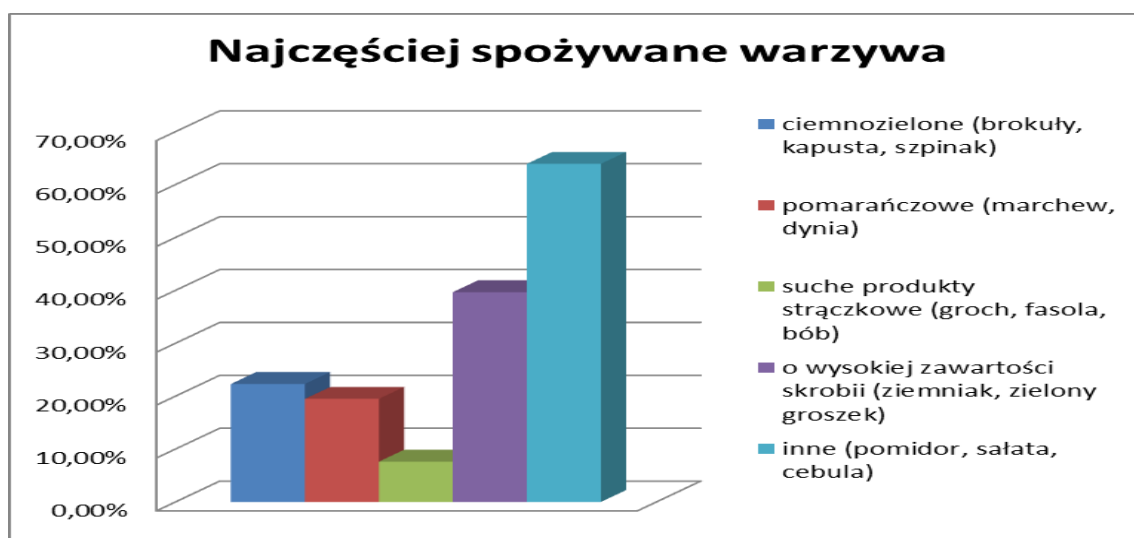
Ryc.84. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania kurzych jaj (p. aneks Tab. LXXXIV).

Aż 50% ankietowanych odpowiedziało, że zjada warzywa tylko 1 raz dziennie, w tym 24% ankietowanych pochodzących z miasta i 26% ankietowanych pochodzących ze wsi. 2 razy dziennie zjada warzywa 33% respondentów, z czego 17% uczniów pochodziło z miasta i 16% pochodziło ze wsi (ryc. 86).



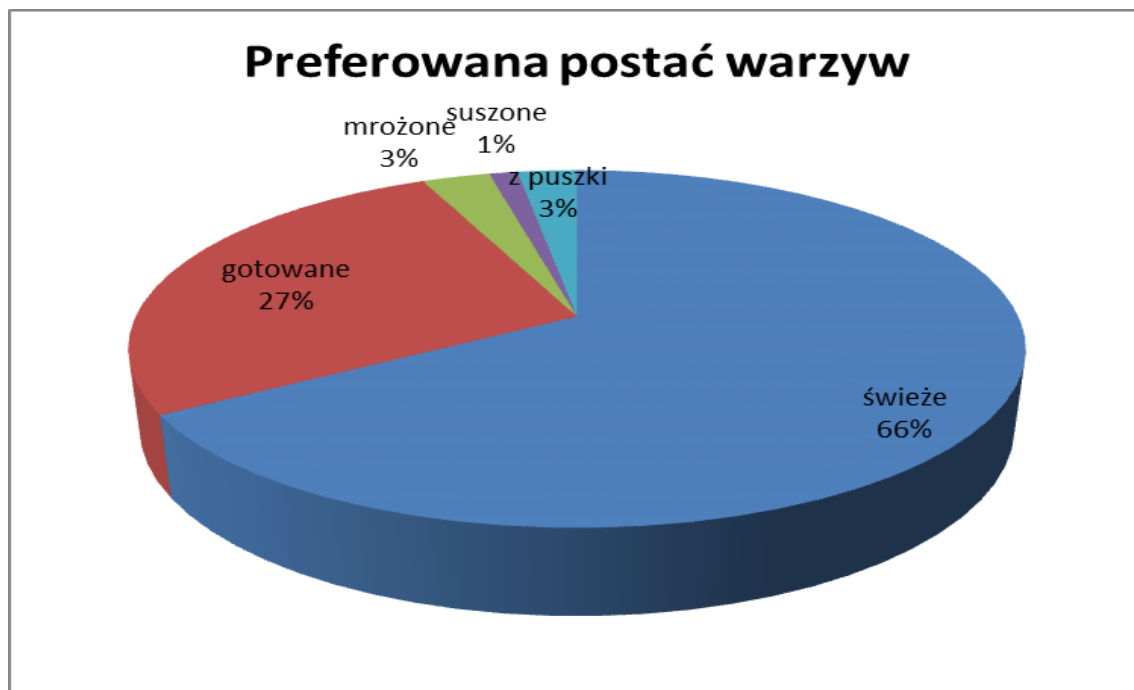
Ryc.85. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywanych warzyw (p. aneks Tab. LXXXV).

Do najczęściej spożywanych warzyw przez respondentów należały: pomidory, sałata, cebula – 63,92%, warzywa o wysokiej zawartości skrobi typu ziemniak – 39,67%, warzywa ciemnozielone (brokuły, kapusta, szpinak) – 22,31% oraz warzywa z wysoką zawartością karotenu (marchew, dynia) – 19,49%. Najrzadziej licealiści konsumowali warzywa strączkowe (groch, fasola, bób) – 7,63% (ryc. 86).



Ryc.86. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej spożywanych warzyw (p. aneks Tab. LXXXVI).

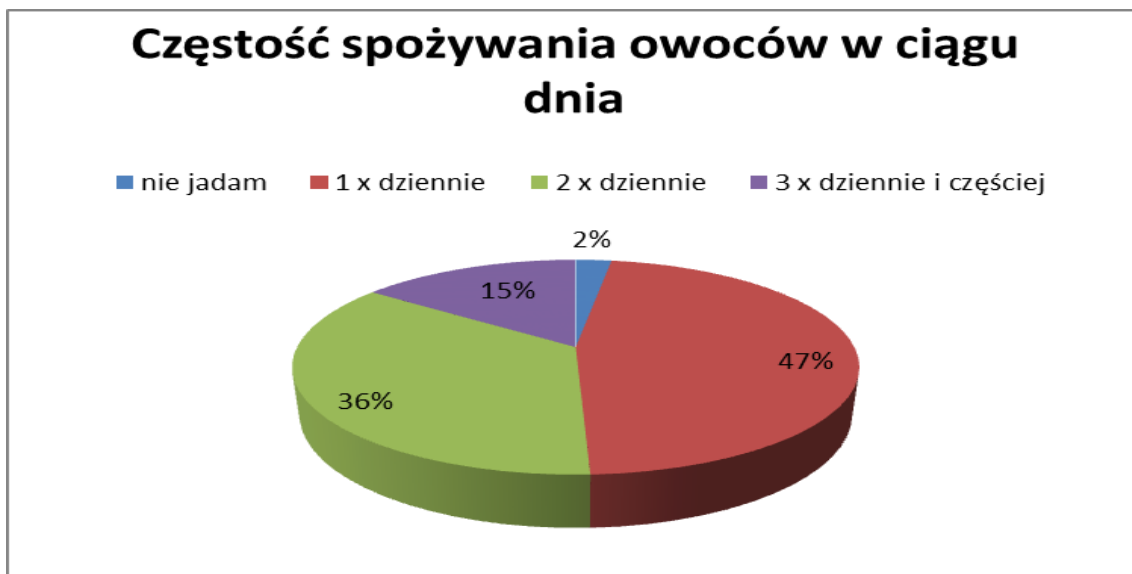
Ankietowani odpowiedzieli, że preferują świeże warzywa – 66% (N=546) oraz warzywa gotowane – 27% (N=222; ryc. 87).



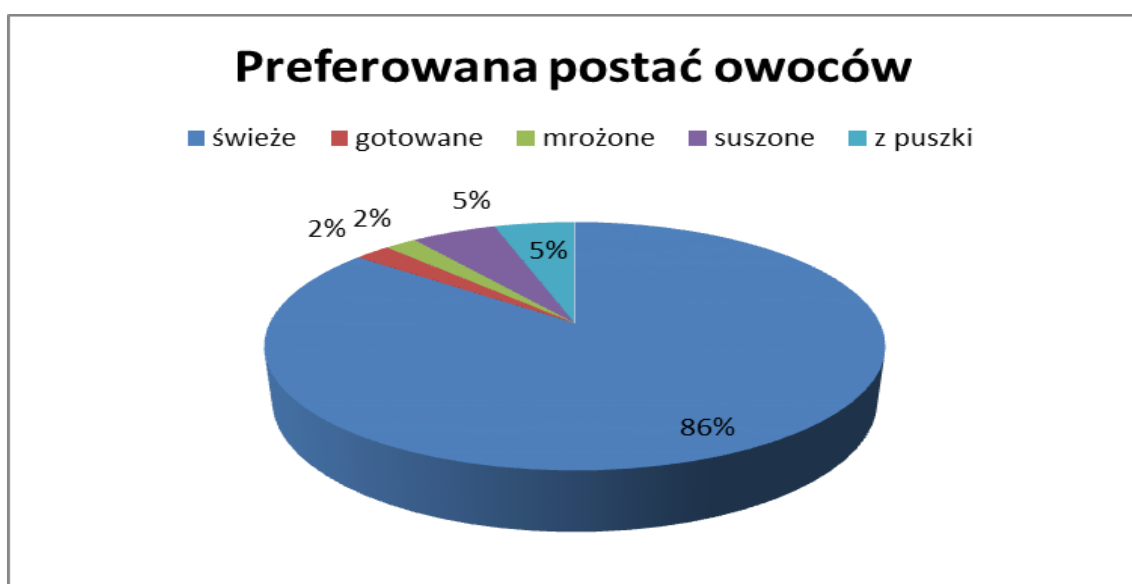
Ryc.87. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem preferowanej postaci warzyw (p. aneks Tab. LXXXVII).

Ankietowani licealiści spożywali owoce głównie 1 raz dziennie – 47%, w tym 23,5% licealistów pochodzących z miasta i 23,5% ankietowanych pochodzących ze wsi. 2 razy dziennie jadło owoce 36% ankietowanych, w tym 18% mieszkających w mieście i 18% mieszkających na wsi (ryc. 88). Preferowaną postacią owoców były owoce świeże – 86% (ryc. 89).



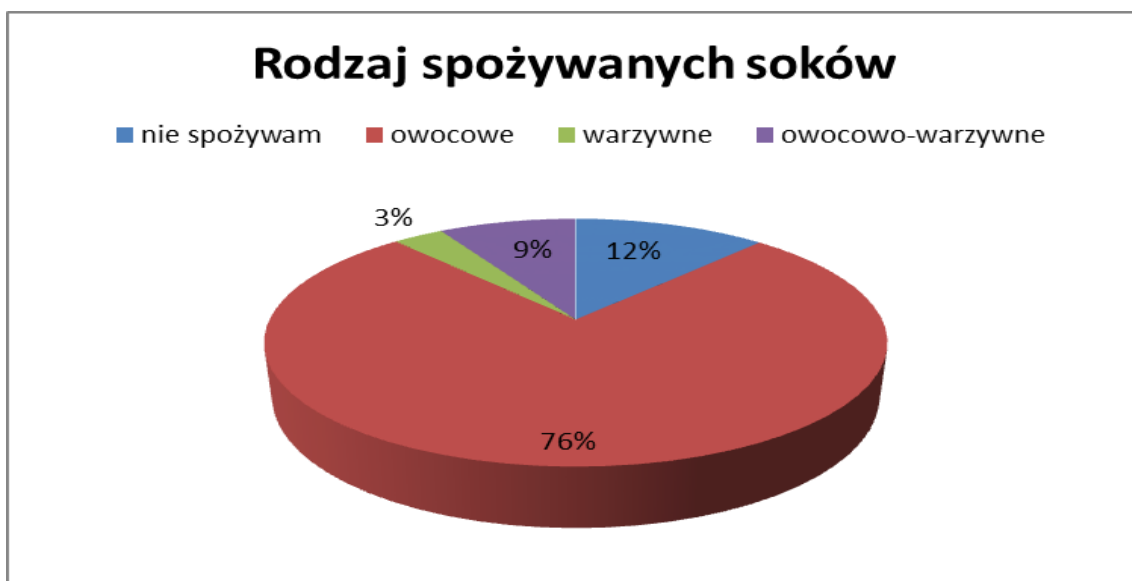


Ryc.88. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywania owoców w ciągu dnia (p. aneks Tab. LXXXVIII).



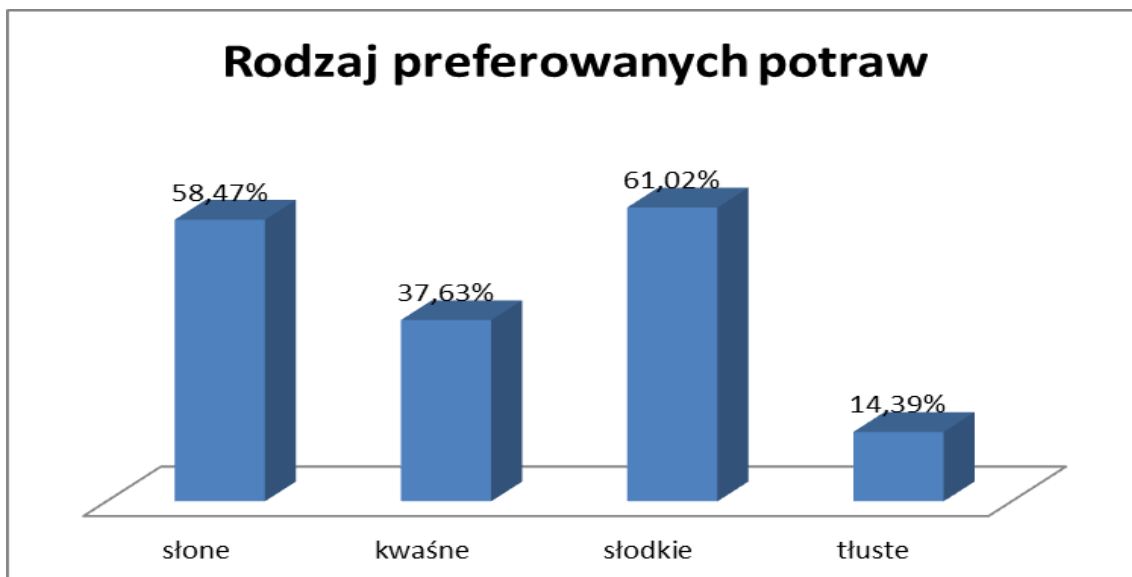
Ryc.89. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem preferowanej postaci owoców (p. aneks Tab. LXXXIX).

Najczęściej wypijanymi sokami przez ankietowanych były soki owocowe – 76% (ryc. 90).



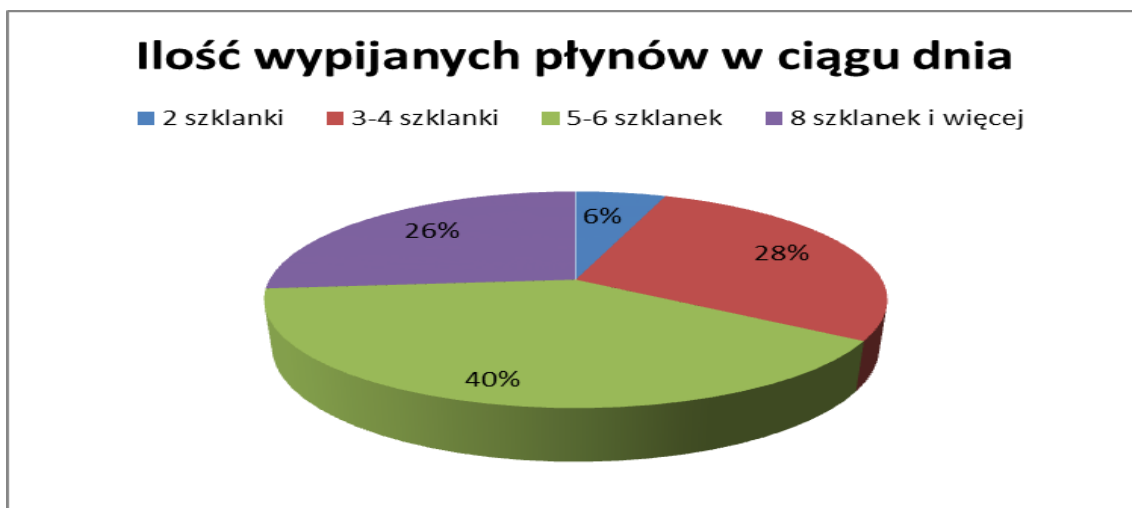
Ryc.90. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju spożywanego soków (p. aneks Tab. XC).

Uczniowie preferowali potrawy słodkie - 61,02% lub słone – 58,47%, aniżeli potrawy kwaśne – 37,63% lub tłuste – 14,39% (ryc. 91).

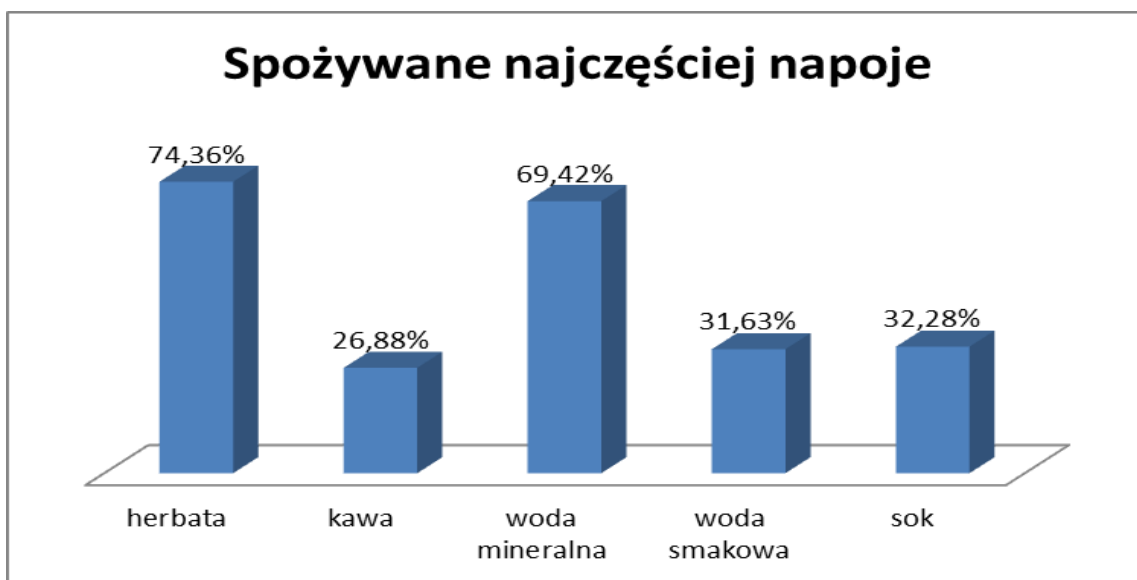


Ryc.91. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanych potraw (p. aneks Tab. XCI).

Licealiści ocenili ilość wypijanych przez siebie płynów w ciągu dnia. 40% respondentów najczęściej wypija 5-6 szklanek płynów. 6% grupa ankietowanych twierdziła, że wypija zaledwie 2 szklanki płynu (ryc. 92). Młodzież najczęściej sięgała po takie napoje jak herbata – 74% i woda mineralna – 69% (ryc. 93). Mleko wypijało 32% ankietowanych, z czego 18% stanowili licealiści mieszkający w mieście i 14% uczniowie mieszkający na wsi.



Ryc.92. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości wypijanych płynów w ciągu dnia (p. aneks Tab. XCII).



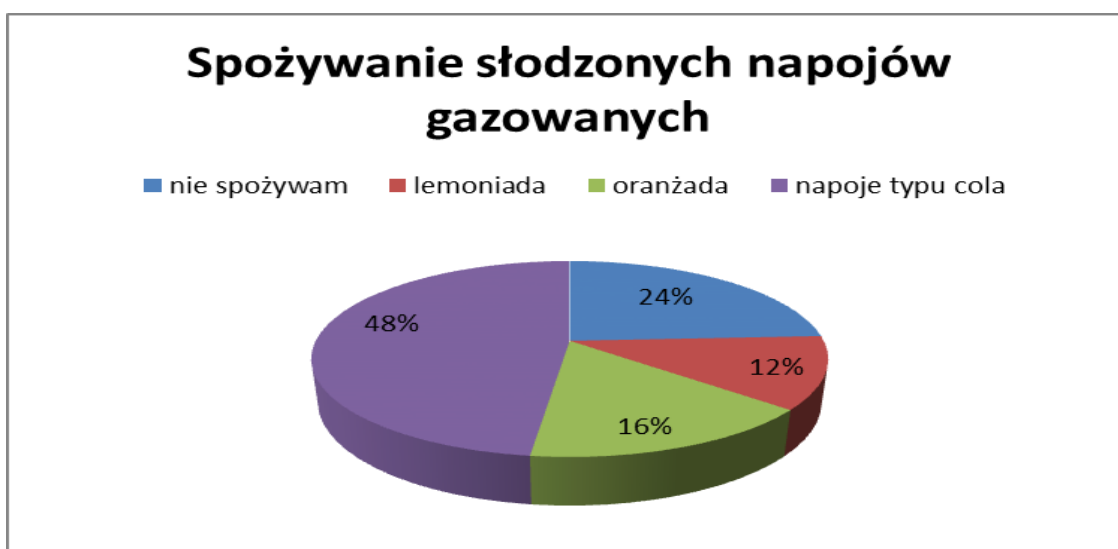
Ryc.93. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem najczęściej spożywanych napojów (p. aneks Tab. XCIII).

Do najczęściej pitych wód wśród ankietowanych uczniów należały: woda mineralna – 63%, woda źródlana – 17%, woda przegotowana – 16% (ryc. 94).



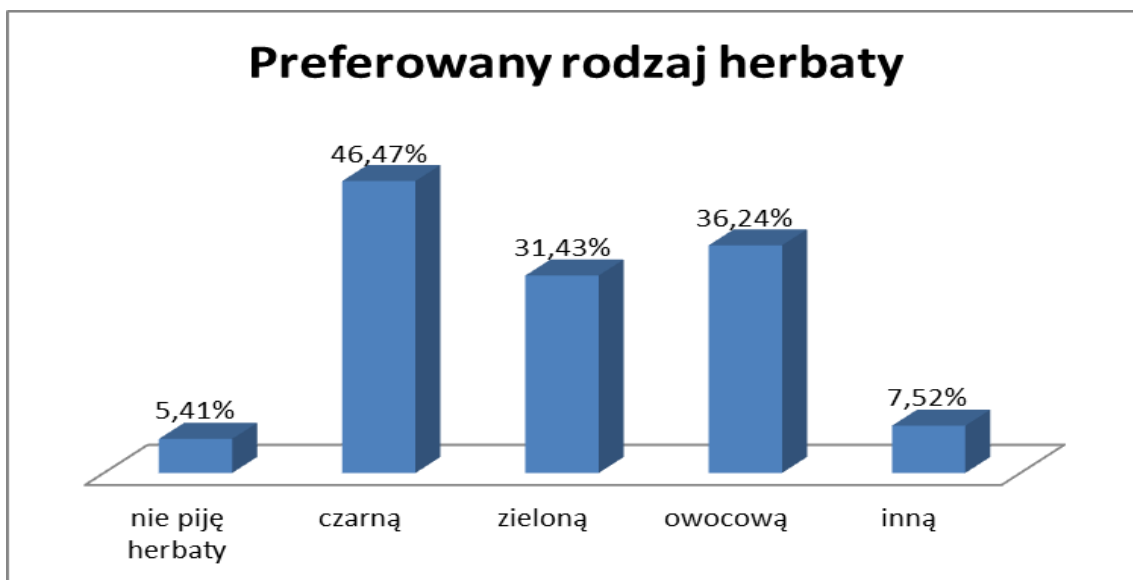
Ryc.94. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju najczęściej pitej wody (p. aneks Tab. XCIV).

Jedynie 24% uczniów określiło, że nie spożywa słodzonych napojów gazowanych (N=178). Napoje typu cola spożywane są przez 48% licealistów (N=353). Do słodzonych napojów gazowanych należą: oranżada, którą pije 16% ankietowanych (N=117) i lemoniada, którą konsumuje 12% licealistów (N=88; ryc. 95).



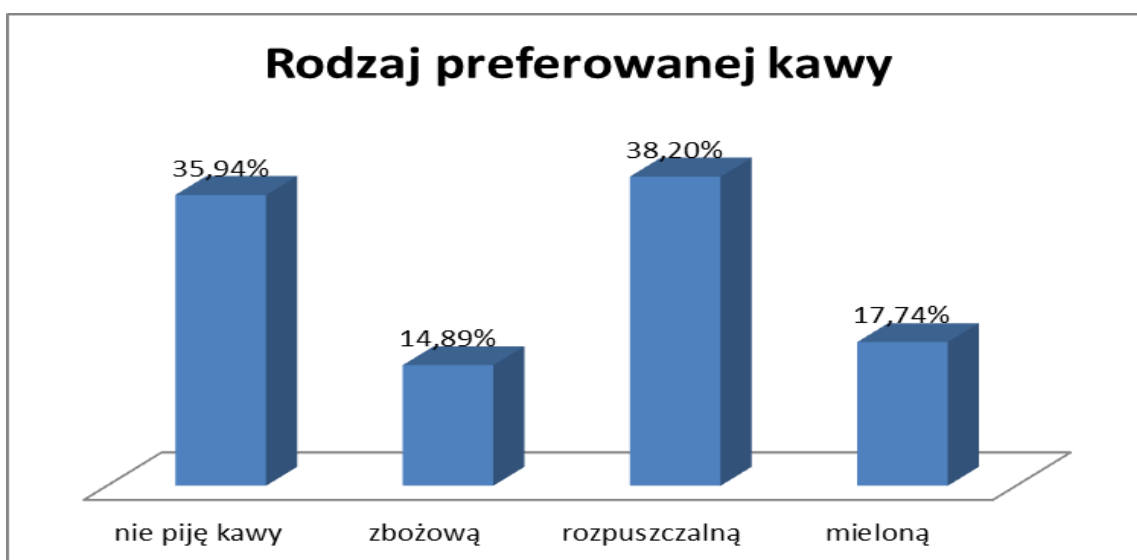
Ryc.95. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzajów spożywanych słodzonych napojów gazowanych (p. aneks Tab. XCV).

Ankietowani chętnie piją czarną herbatę - 46,47% (44,87% dziewcząt, w tym 48,61% i chłopców), herbatę owocową - 36,24% ankietowanych (39,48% dziewcząt i 31,08% chłopców) oraz herbatę zieloną - 31,43% (33,22% dziewcząt i 25,90% chłopców), (ryc. 96).



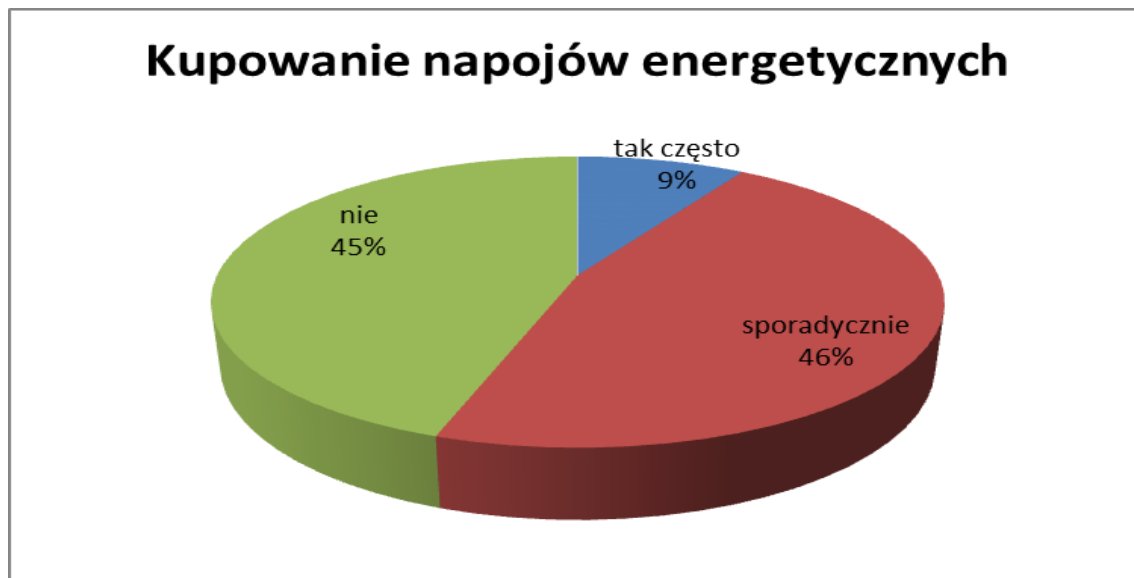
Ryc.96. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanego rodzaju herbaty (p. aneks Tab. XCVI).

Licealiści chętnie sięgają po kawę. Najczęściej po kawę rozpuszczalną – 38,20%, mieloną – 17,74% oraz zbożową – 14,89%. 35,94% respondentów nie pije kawy (ryc. 97).



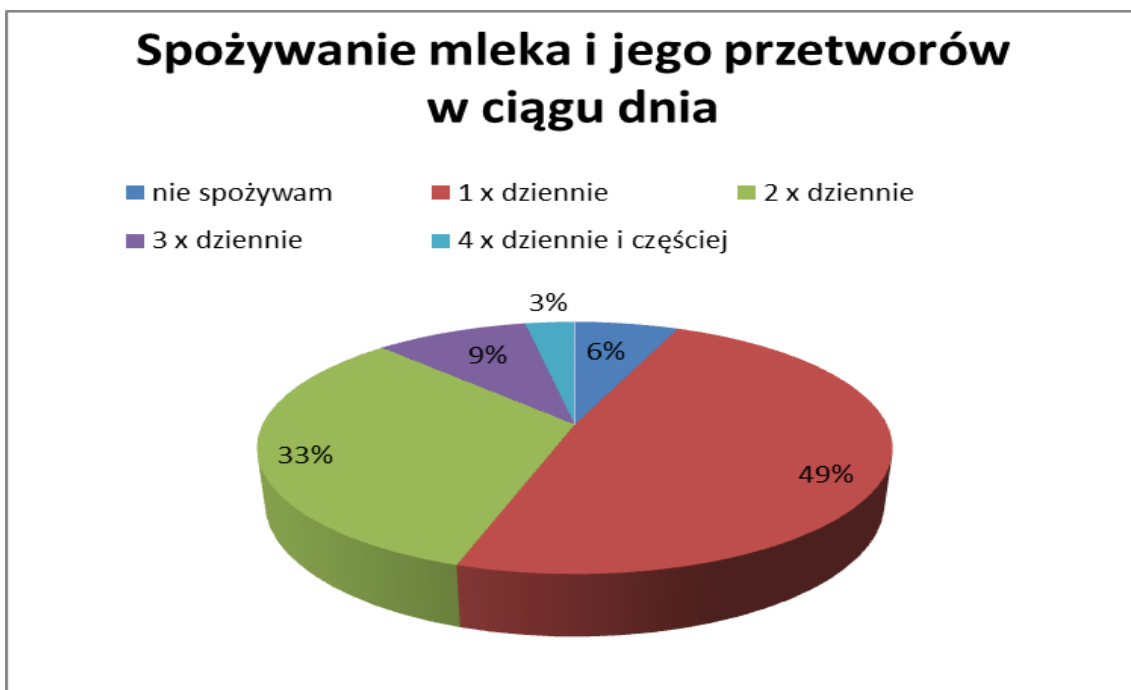
Ryc.97. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanego rodzaju kawy (p. aneks Tab. XCVII).

9% respondentów kupuje napoje energetyczne. 46% ankietowanych kupowało je sporadycznie, natomiast 45% uczniów nie kupuje ich wcale (ryc. 98).



Ryc.98. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości kupowania napojów energetycznych (p. aneks Tab. XCVIII).

Większość ankietowanych spożywa mleko lub jego przetwory raz dziennie – 49%, w tym 25% licealistów mieszkających w mieście i 24% uczniów mieszkających na wsi. Dwa razy dziennie spożywa mleko lub jego przetwory 33% ankietowanych, w tym 17% uczniów z miasta i 16% licealistów ze wsi (ryc. 99). Mleko pełne preferuje 44% respondentów, w tym 24% uczniów mieszkających na wsi i 20% licealistów mieszkających w mieście. Mleko odtłuszczone pije 38% respondentów, w tym 23% ankietowanych pochodzących z miasta i 15% licealistów pochodzących ze wsi. Mleko bez tłuszczu pije 4% respondentów, w tym 2,5% licealistów mieszkających w mieście i 1,5% uczniów mieszkających na wsi. Mleko smakowe spożywa 2% ankietowanych, w tym 1,2% ankietowanych pochodzących z miasta i 0,8% licealistów pochodzących ze wsi. 12% ankietowanych nie pije mleka, w tym 5% licealistów mieszkających w mieście i 7% uczniów mieszkających na wsi (ryc. 100).

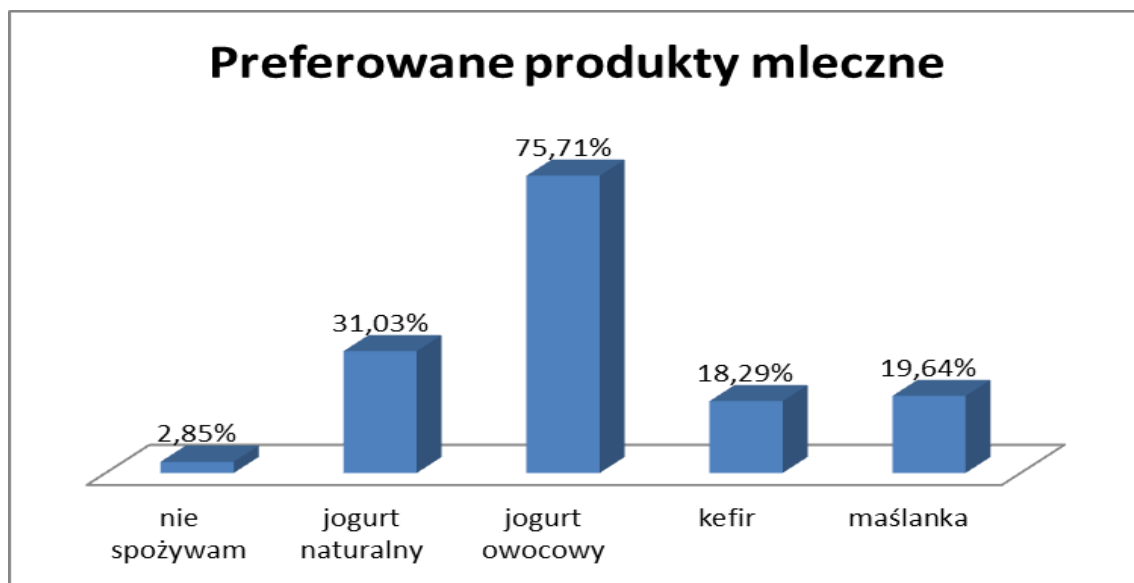


Ryc.99. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania mleka i jego przetworów w ciągu dnia (p. aneks Tab. XCIX).

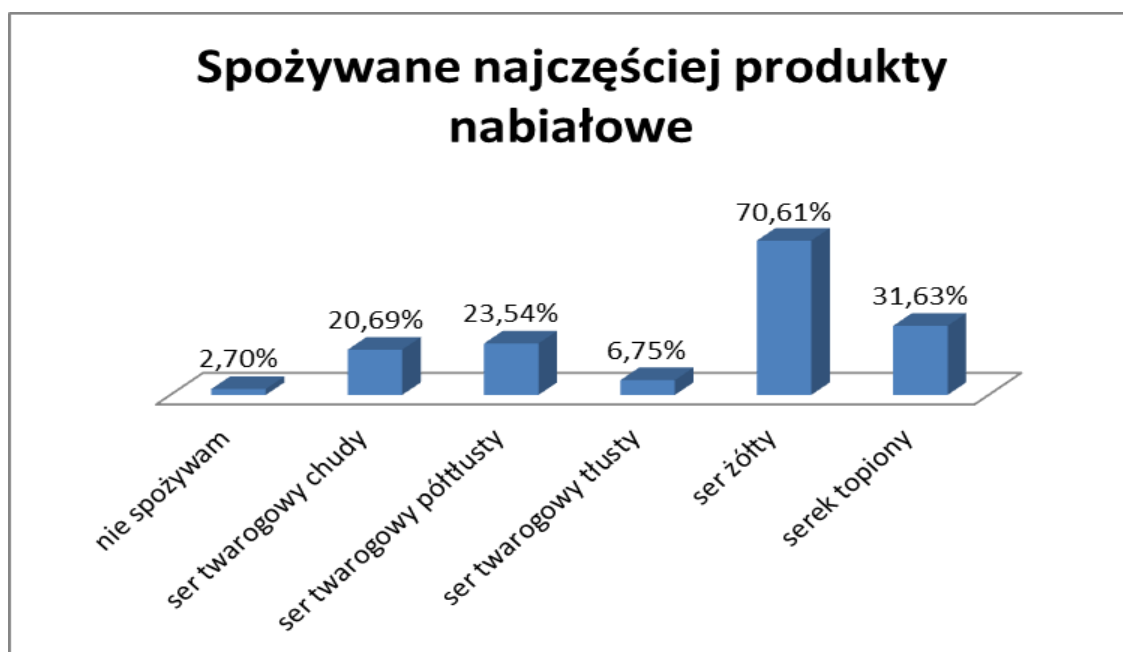


Ryc.100. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej pitego mleka (p. aneks Tab. C).

Do najczęściej preferowanych produktów mlecznych należą jogurty owocowe – 75,71%, bądź naturalne – 31,03% (ryc. 101). Spośród produktów nabiałowych ankietowani najchętniej wybierali żółty ser – 70,61%, w tym 37% licealistów pochodzących z miasta i 33% uczniów pochodzących ze wsi. Serek topiony spożywa 31,63% respondentów, w tym 14% ankietowanych pochodzących z miasta i 17% licealistów pochodzących ze wsi (ryc. 102).



Ryc.101. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów mlecznych (p. aneks Tab. CI).



Ryc.102. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej spożywanych produktów nabiałowych (p. aneks Tab. CII).

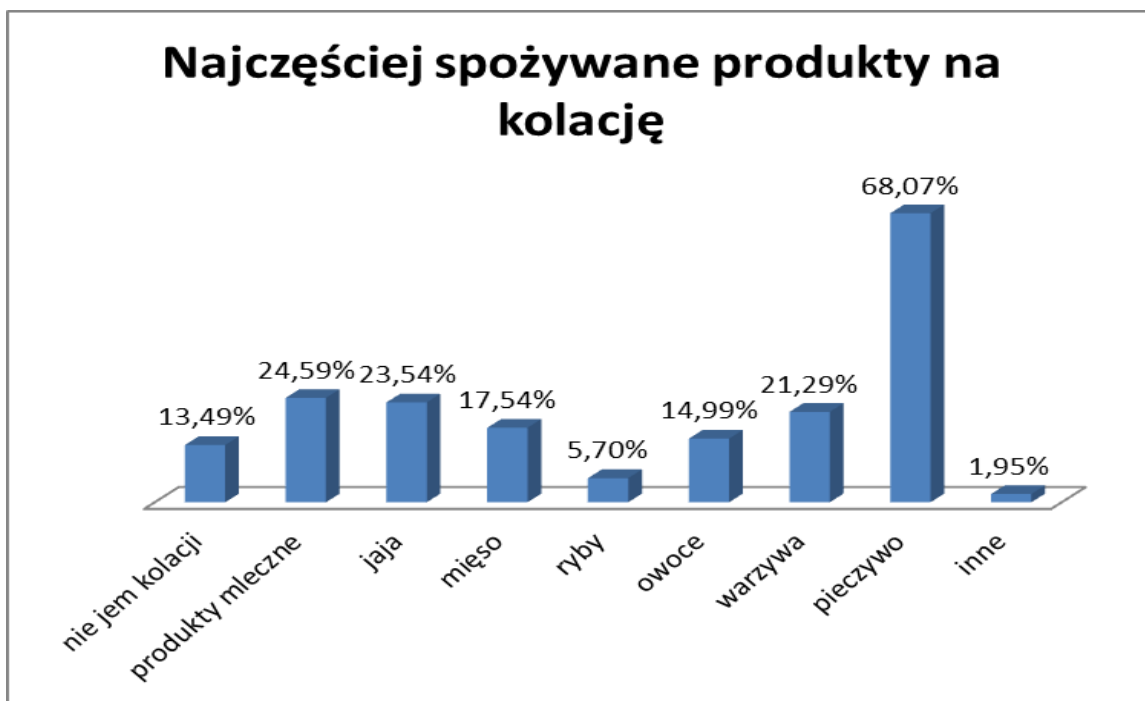


Do najczęściej stosowanych tłuszczów służących do przygotowywania potraw w rodzinnych domach ankietowanych należały tłuszcze roślinne – 78%, rzadziej tłuszcze zwierzęce – 22% (ryc. 103).



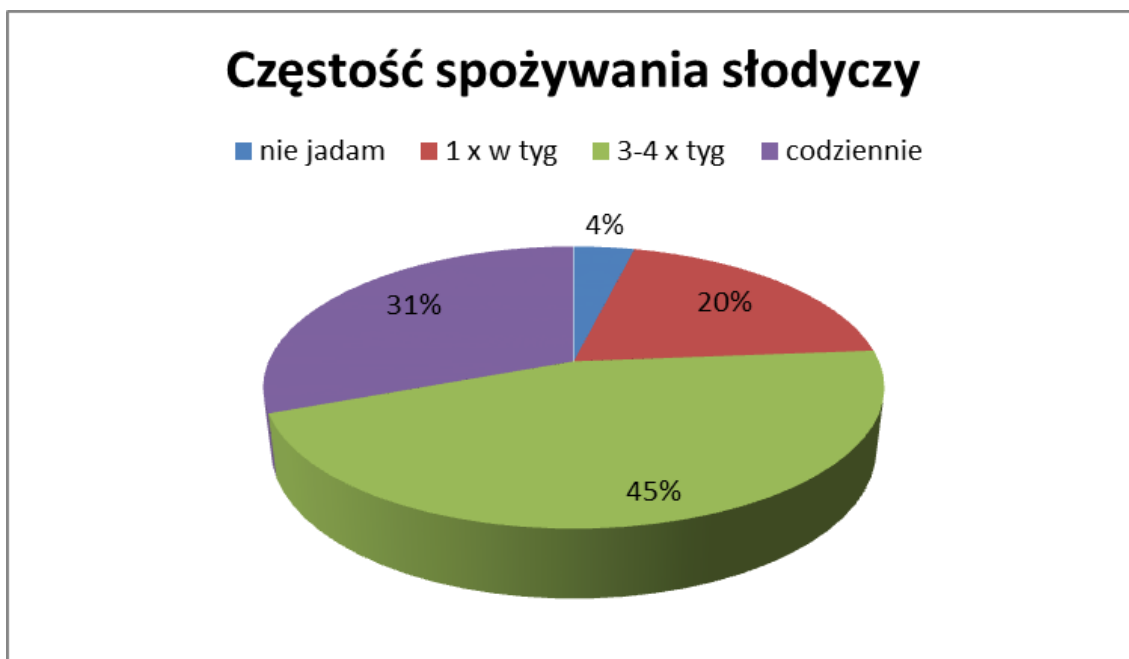
Ryc.103. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju stosowanego w domu tłuszczu do przygotowywania potraw (p. aneks Tab. CIII).

Ankietowani licealiści najczęściej na kolację spożywają pieczywo – 68,07%, w tym 34% respondentów mieszkających w mieście i 34% ankietowanych mieszkających na wsi. Kolacji nie spożywa 13,49% licealistów, w tym 7,5% ankietowanych mieszkających w mieście i 6% licealistów mieszkających na wsi. 24,59% ankietowanych je na kolację produkty mleczne, w tym 13% licealistów mieszkających w mieście i 11,5% respondentów mieszkających na wsi. Jaja na kolację preferuje 23,54% ankietowanych, w tym 11,5% licealistów pochodzących z miasta i 11,5% badanych pochodzących ze wsi (ryc.104).

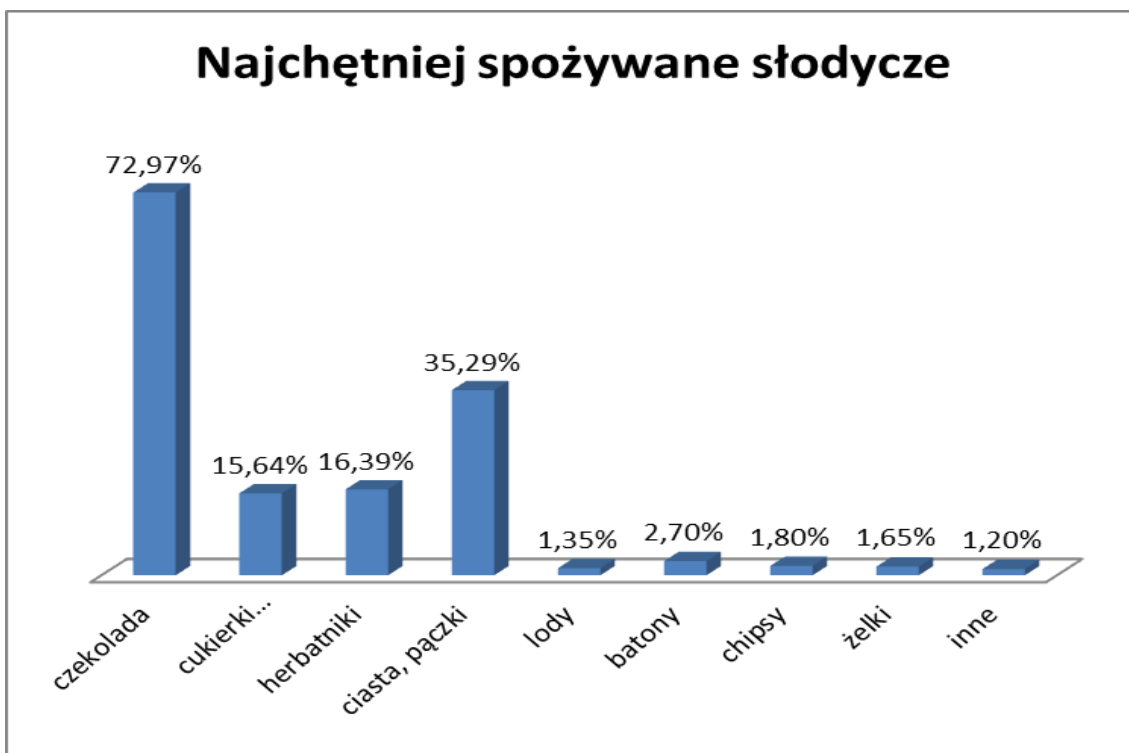


Ryc.104. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem najczęściej spożywanych produktów na kolację (p. aneks Tab. CIV).

Ankietowani deklarują, że jedzą słodycze 3-4 razy w tygodniu - 45%, codziennie - 31%, 1 raz w tygodniu – 20%. Jedynie 4% uczniów nie jada słodyczy (ryc. 105). Do najchętniej spożywanych słodyczy zaliczyli czekoladę - 72,97% i ciasta oraz pączki – 35,29% (ryc. 106). 63% respondentów odpowiedziało, że spożywa orzechy (ryc. 107).



Ryc.105. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywanego słodyczy (p. aneks Tab. CV).

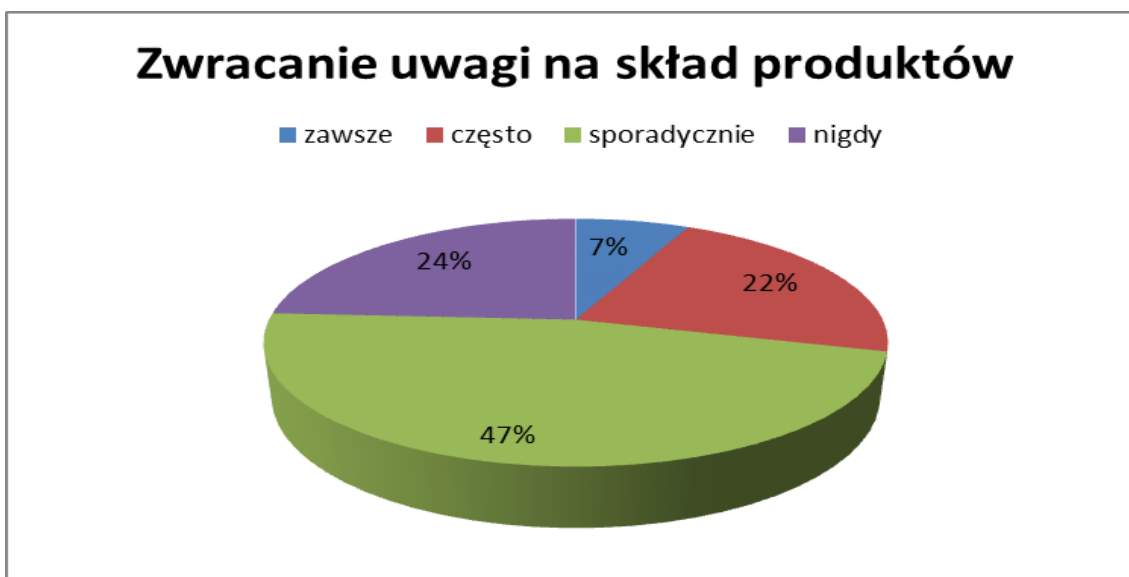


Ryc.106. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem najchętniej spożywanego słodyczy (p. aneks Tab. CVI).



Ryc.107. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania orzechów (p. aneks Tab. CVII).

Podczas zakupów produktów żywnościowych jedynie 7% respondentów czyta etykietę znajdującą się na wybranym artykule spożywczym, 47% ankietowanych czyni to sporadycznie, natomiast 24% nigdy nie zwraca uwagi na skład produktów (ryc. 108).



Ryc.108. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem zwracania uwagi na skład produktów podczas zakupów żywności (p. aneks Tab. CVIII).

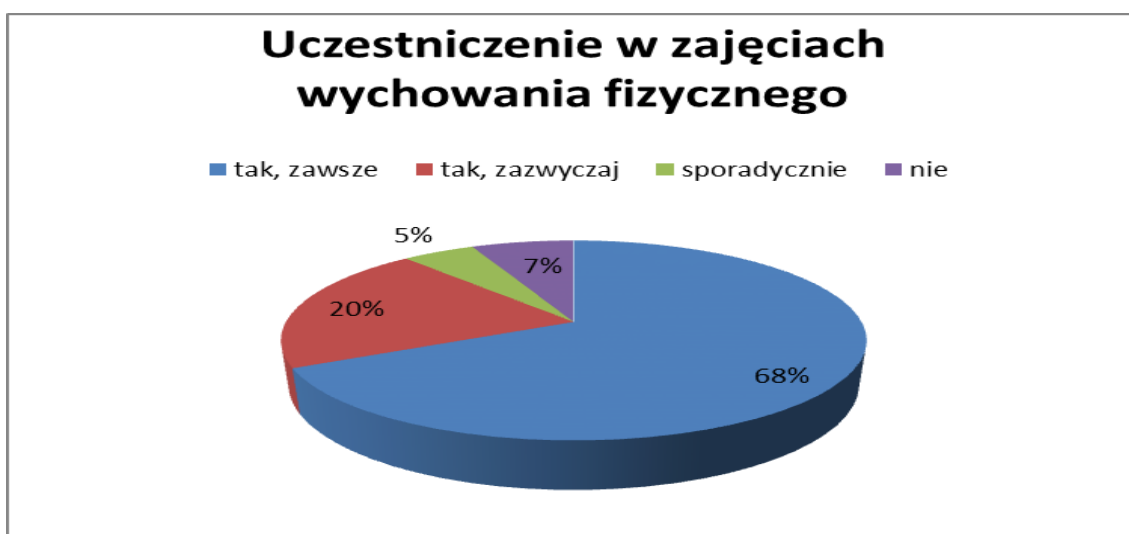
Zdecydowana większość respondentów (88%) uważa, że zna zasady bezpiecznego przechowywania i przygotowywania produktów spożywczych (ryc. 109).



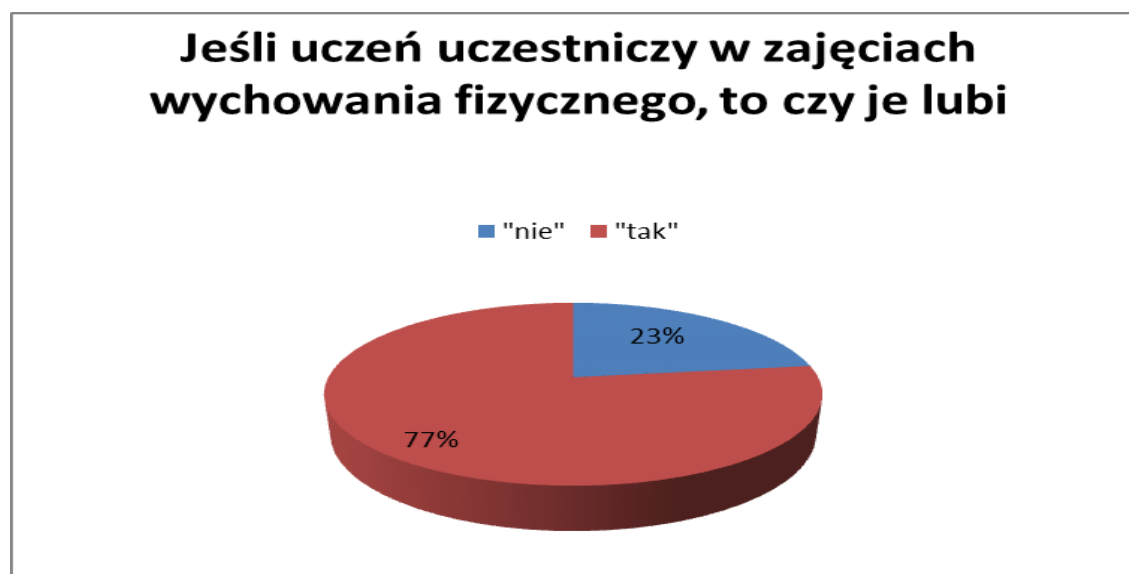
Ryc.109. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem znajomości zasad bezpiecznego przechowywania i przygotowywania produktów (p. aneks Tab. CIX).

### **Aktywność ruchowa**

W lekcjach wychowania fizycznego bierze udział 68% respondentów, 7% ankietowanych nigdy nie bierze udziału w zajęciach wychowania fizycznego (ryc. 110). Spośród ankietowanych, którzy odpowiedzieli, że uczestniczą w lekcjach wychowania fizycznego 77% uczniów twierdziło, że je lubi (ryc. 111).

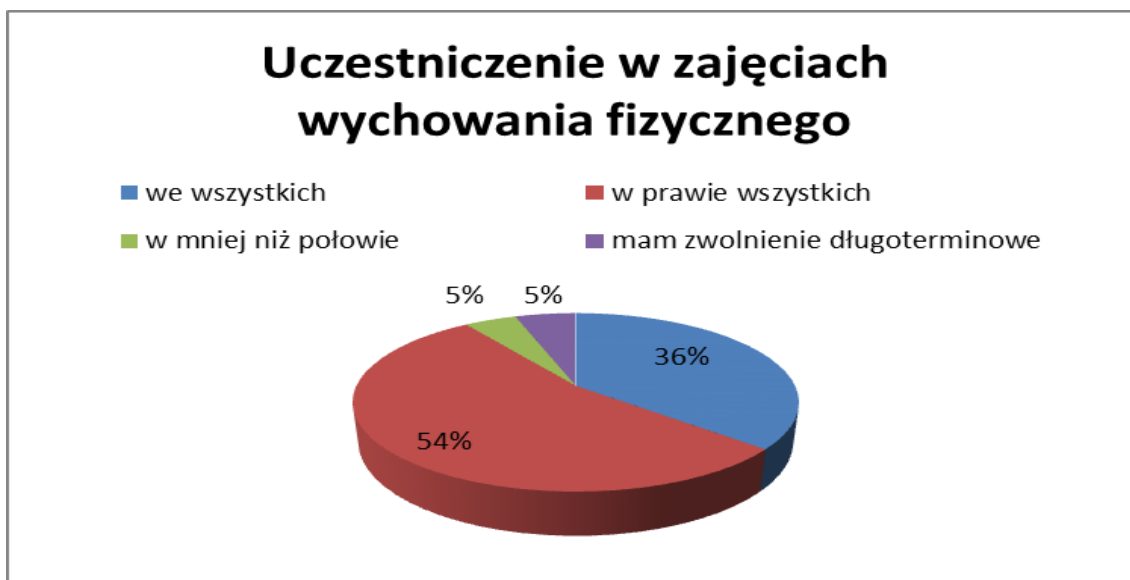


Ryc.110. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego (p. aneks Tab. CX).



Ryc.111. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem lubienia zajęć wychowania fizycznego, w przypadku uczestniczenia w nich (p. aneks Tab. CXI).

Przeszło połowa licealistów (54%) uczestniczy w prawie wszystkich zajęciach wychowania fizycznego, 36% oznajmiło, że uczestniczy we wszystkich lekcjach wychowania fizycznego. Długoterminowe zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego ma 5% respondentów (ryc. 112).



Ryc.112. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego (p. aneks Tab. CXII).

Przynależność do szkolnych organizacji sportowych zaznaczyło 13% uczniów, a do sportowych organizacji pozaszkolnych należy około 17% ankietowanych (ryc. 113). Aż 55% respondentów deklaruowało, że podejmuje systematyczne ćwiczenia fizyczne poza zajęciami szkolnymi (ryc. 114). Z czego większość regularnie wykonuje określoną formę aktywności fizycznej twierdząc, że robi to dla przyjemności – 74%. Wyczynowo uprawia sport 12% respondentów, natomiast 14% ankietowanych nie podejmuje zalecanej aktywności ruchowej.



Ryc.113. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem przynależności do organizacji sportowych (p. aneks Tab. CXIII).

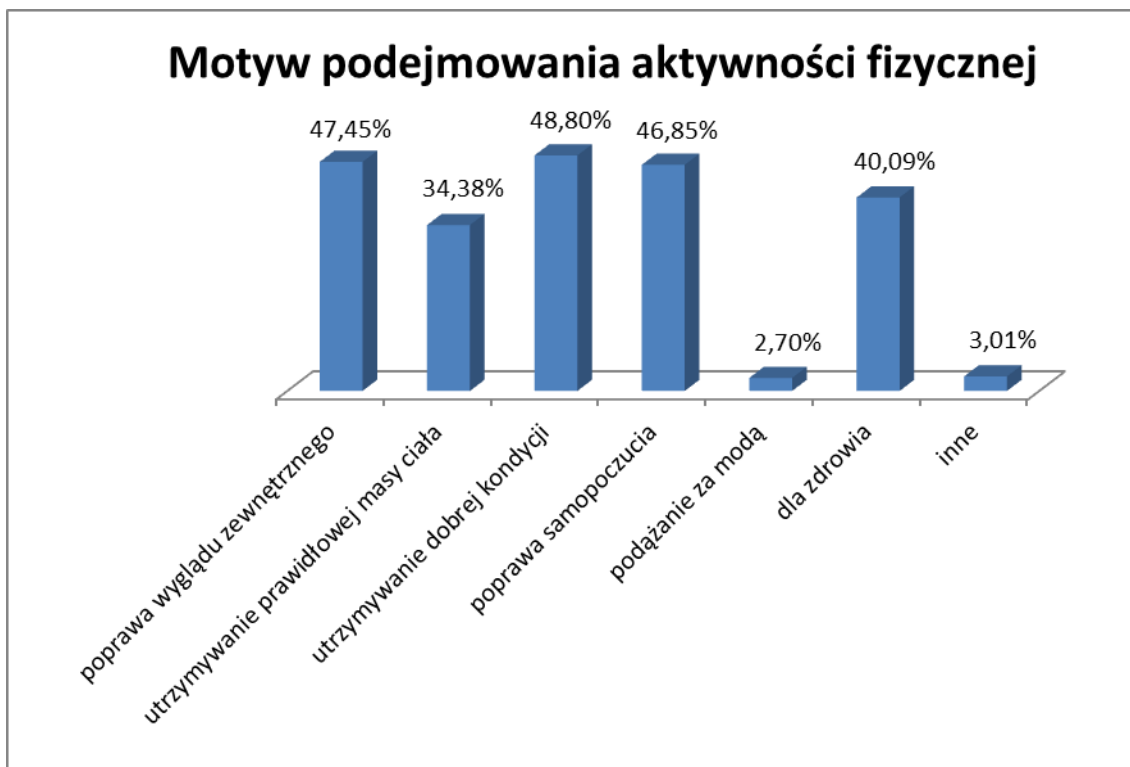


Ryc.114. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ćwiczeń fizycznych poza zajęciami szkolnymi (p. aneks Tab. CXIV).

Do głównych powodów podejmowania dodatkowej aktywności fizycznej należą: utrzymywanie dobrej kondycji, poprawa wyglądu zewnętrznego i samopoczucia.

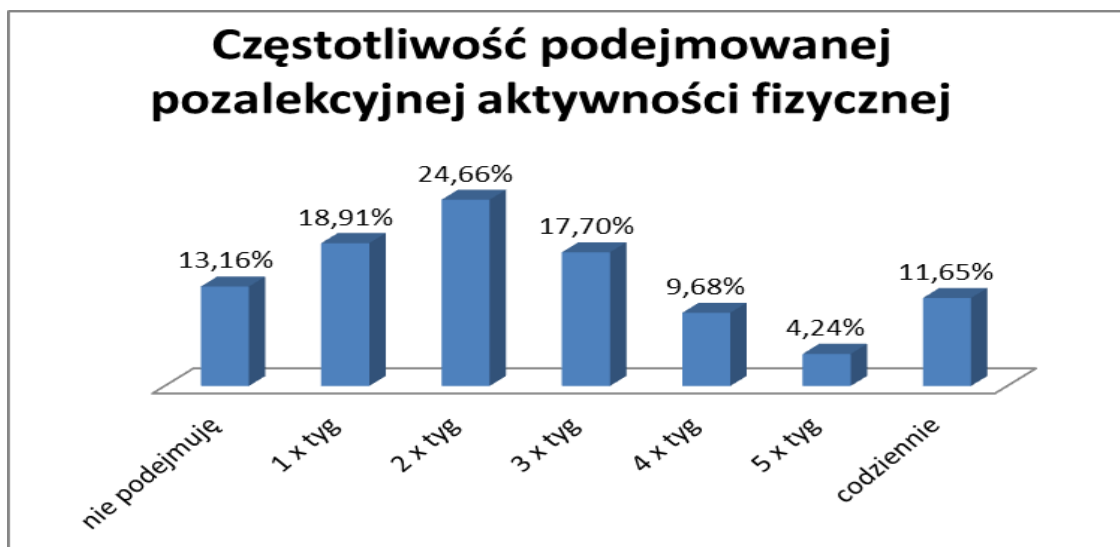


40,09% respondentów twierdzi, że czyni to również dla zdrowia natomiast 34,38% dla utrzymania prawidłowej masy ciała (ryc. 115).



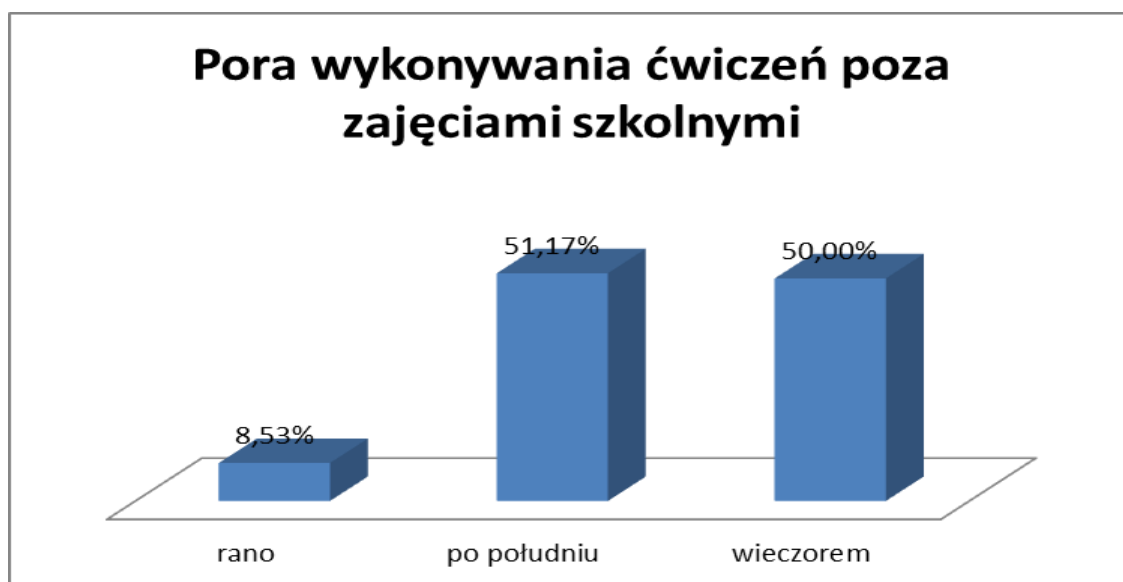
Ryc.115. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem motywu podejmowania aktywności fizycznej (p. aneks Tab. CXV).

Okolo 12% ankietowanych podejmuje pozalekcyjną aktywność fizyczną codziennie. Jedynie okolo 4% respondentów czyni to pięć razy w tygodniu (ryc. 116). Ponad 13% licealistów nie podejmuje żadnych pozalekcyjnych form aktywności ruchowej.



Ryc.116. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstotliwości podejmowanych pozalekcyjnych aktywności fizycznych (p. aneks Tab. CXVI).

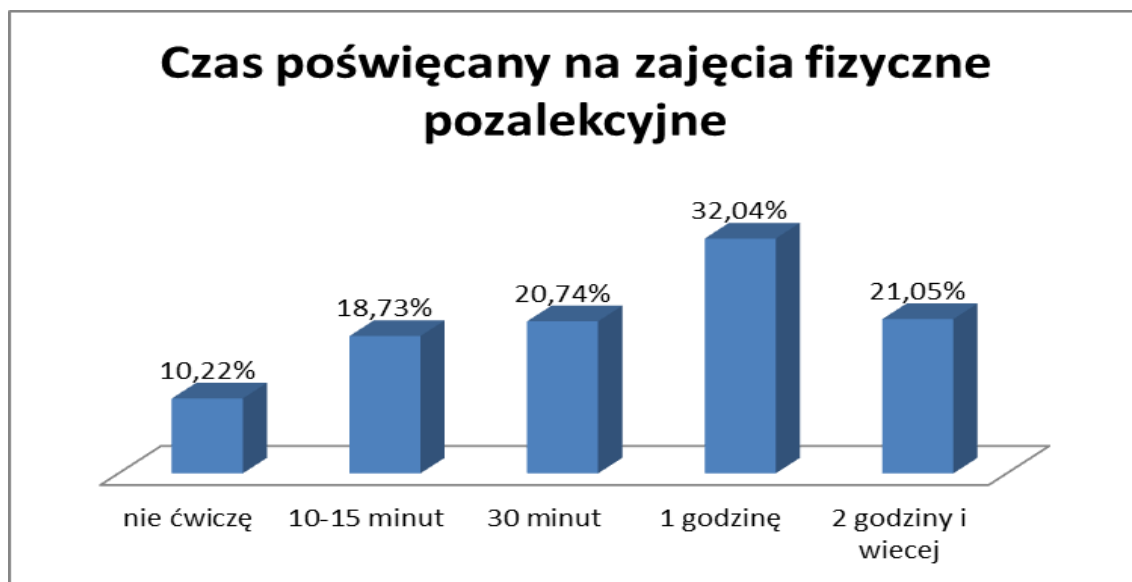
Osoby ćwiczące fizycznie poza zajęciami szkolnymi, wykonują najczęściej aktywność ruchową po południu – 51,17% lub wieczorem – 50,00%, rzadziej rano – 8,53% (ryc. 117).



Ryc.117. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem pory dnia w jakiej wykonywane są ćwiczenia niezwiązane z zajęciami szkolnymi (p. aneks Tab. CXVII).

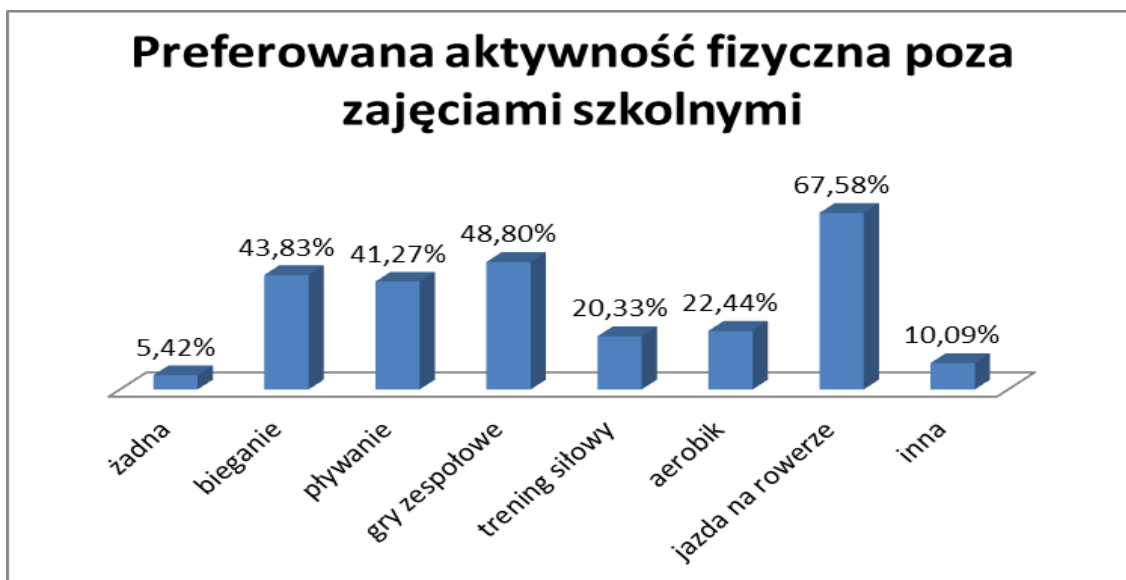
Osoby podejmujące aktywność ruchową poza zajęciami szkolnymi najczęściej czynią to w wymiarze 1h – 32% (ryc. 118), w tym 16,5% licealistów mieszkających

w mieście i 15,5% uczniów mieszkających na wsi. Rozpatrując daną zależność z uwzględnieniem płci 19% dziewcząt i 11% chłopców poświęca 1 godzinę na ruchowe zajęcia pozalekcyjne.



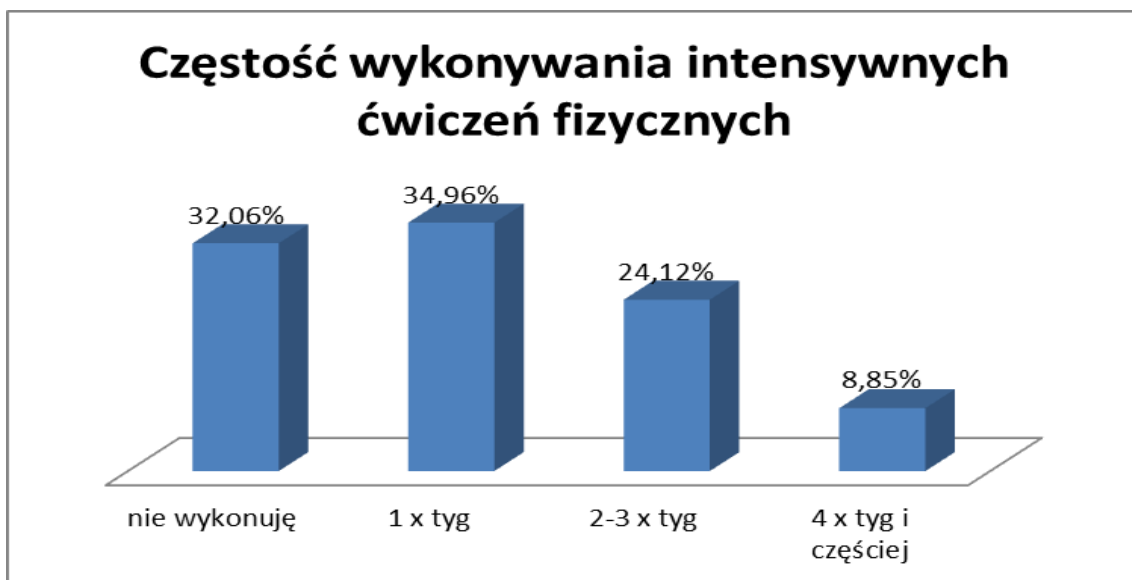
Ryc.118. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu poświęcanego na pozalekcyjne zajęcia fizyczne (p. aneks Tab. CXVIII).

Do preferowanych aktywności fizycznych poza zajęciami szkolnymi należą: jazda na rowerze – 67,58% (N=371), bieganie – 43,83% (N=291), pływanie – 41,27% (N=274), gry zespołowe – 48,80% (N=324). Rzadziej takie formy aktywności jak trening siłowy – 20,33% (N=135) czy aerobik – 22,44% (N=149), (ryc. 119).

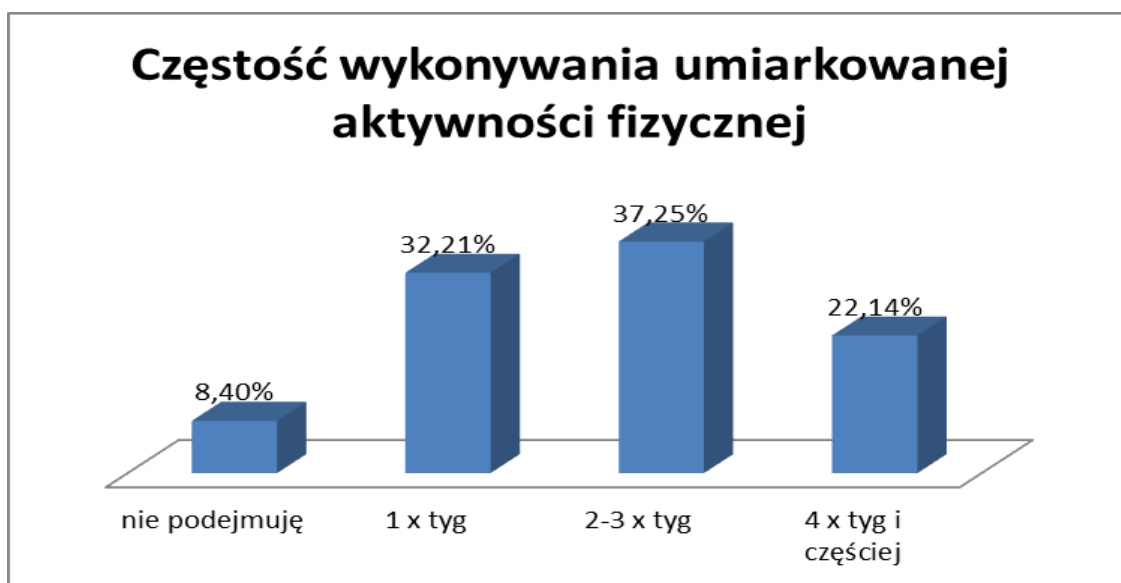


Ryc.119. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanej pozalekcyjnej aktywności fizycznej (p. aneks Tab. CXIX).

Intensywne ćwiczenia fizyczne uczniowie najczęściej wykonują 1 raz w tygodniu – 34,96%, 2-3 razy w tygodniu - 24,12%, 4 razy w tygodniu i częściej – 8,85% (ryc. 120). Umiarkowanej aktywności fizycznej nie podejmuje 8,40% respondentów, pozostali ćwiczą raz w tygodniu – 32,21%, 2-3 razy w tygodniu – 37,25%, 4 razy w tygodniu i częściej – 22,14% ankietowanych (ryc. 121).

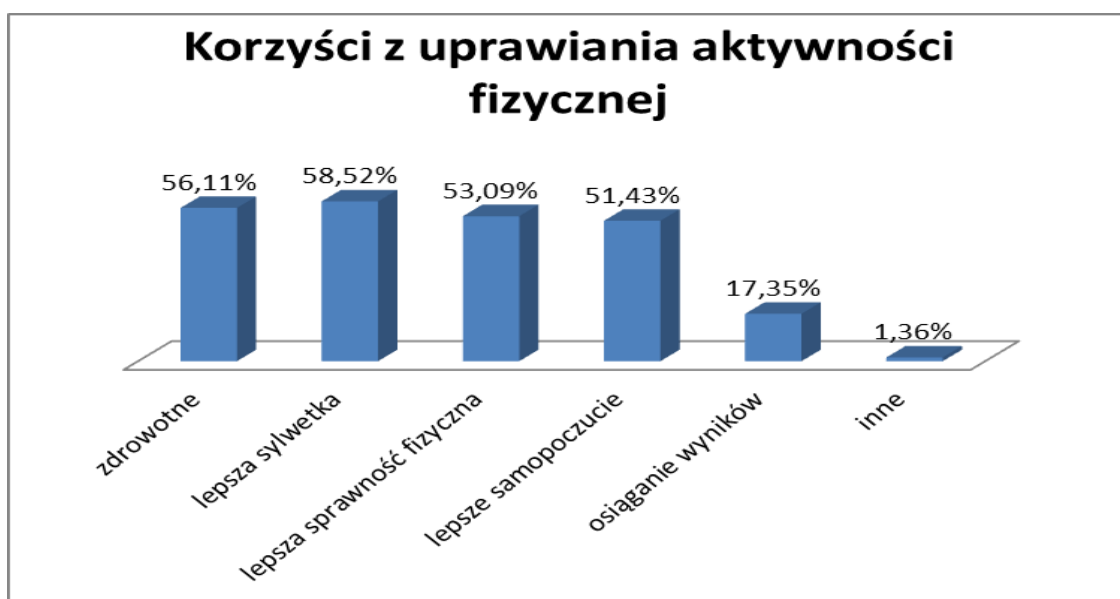


Ryc.120. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości wykonywania intensywnych ćwiczeń (p. aneks Tab. CXX).



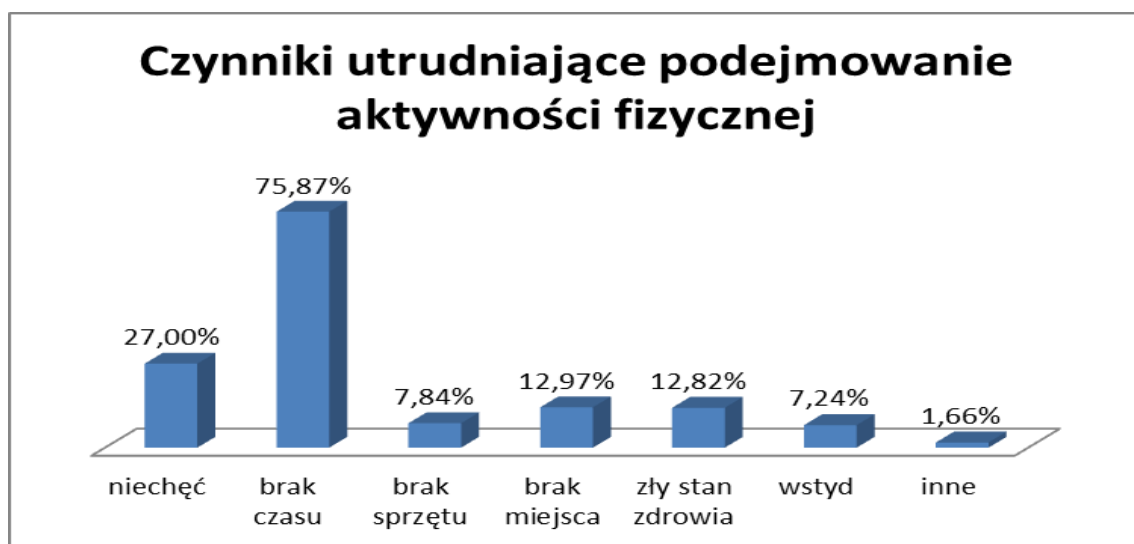
Ryc.121. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości wykonywania umiarkowanej aktywności fizycznej (p. aneks Tab. CXXI).

Według ankietowanych jest wiele korzyści z uprawiania aktywności fizycznej. Do najważniejszych należą: korzyści zdrowotne – 56,11%, lepsza sylwetka – 58,52%, sprawność fizyczna – 53,09% oraz samopoczucie – 51,43% (ryc. 122).



Ryc.122. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach po względem opinii na temat korzyści z uprawiania aktywności fizycznej (p. aneks Tab. CXXII).

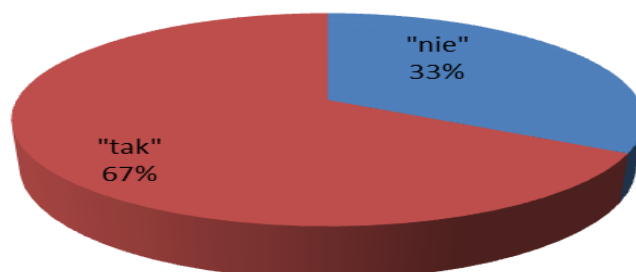
Głównym czynnikiem, który w opinii uczniów utrudnia podejmowanie aktywności fizycznej jest brak czasu – 75,87% (ryc. 123).



Ryc.123. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czynników, które utrudniają podejmowanie aktywności fizycznej ankietowanym (p. aneks Tab. CXXIII).

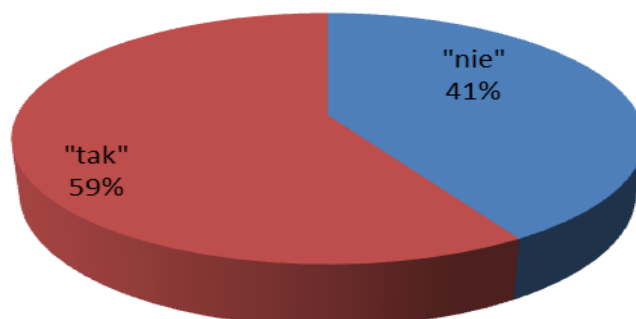
U większości ankietowanych (67%) istnieje różnica w intensywności wykonywanej aktywności fizycznej w dni wolne od szkoły w porównaniu do dni szkolnych (ryc. 124). W dni wolne od szkoły 59% ankietowanych licealistów poświęca więcej czasu na aktywność fizyczną (ryc. 125).

### Różnica aktywności fizycznej dni szkolnych od dni wolnych od szkoły



Ryc.124. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem istnienia różnicy w aktywności fizycznej, w podziale na dni szkolne oraz dni wolne od szkoły (p. aneks Tab. CXXIV).

### Poświęcanie w dni wolne więcej czasu na aktywność fizyczną



Ryc.125. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem poświęcania więcej czasu na aktywność fizyczną w dni wolne od szkoły (p. aneks Tab. CXXV).

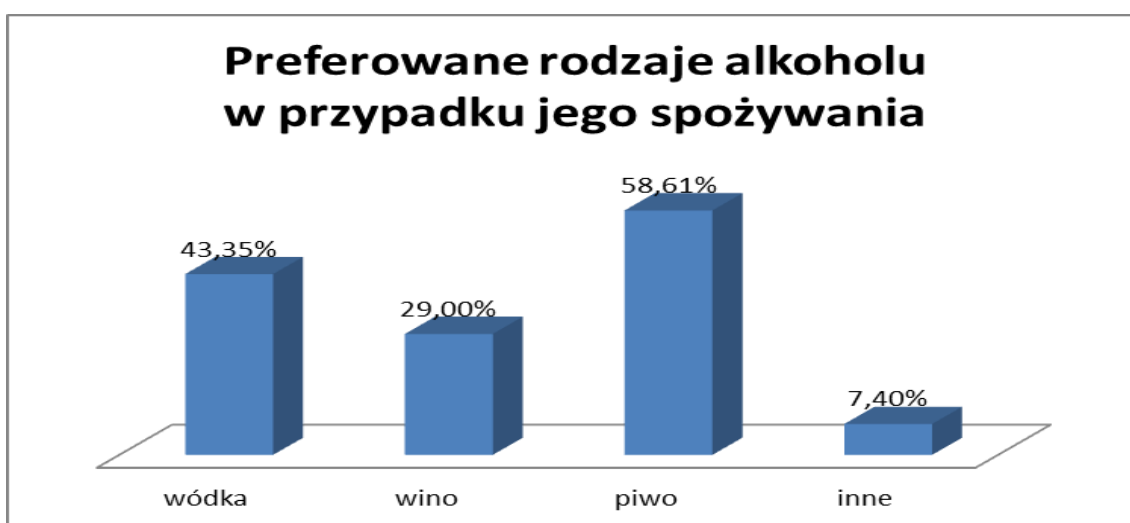
### Picie napojów alkoholowych

Przeszło połowa ankietowanych uczniów przyznało, że spożywa alkohol sporadycznie - 51% (54,8% dziewcząt i 43,82% chłopców). 1 raz w tygodniu - 16% respondentów, (12,04% dziewcząt i 25,90% chłopców), kilka razy w tygodniu - 7% licealistów (4,36% dziewcząt i 13,55% chłopców), (ryc. 126).



Ryc.126. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywanego napojów alkoholowych (p. aneks Tab. CXXVI).

Licealiści sięgający po alkohol najczęściej piją piwo – 58,61% (52,71% dziewcząt i 69,32% chłopców), wódkę – 43,35% (36,60% dziewcząt i 53,78%) i wino – 29,00% (33,80% dziewcząt i 19,52% chłopców), (ryc. 127).

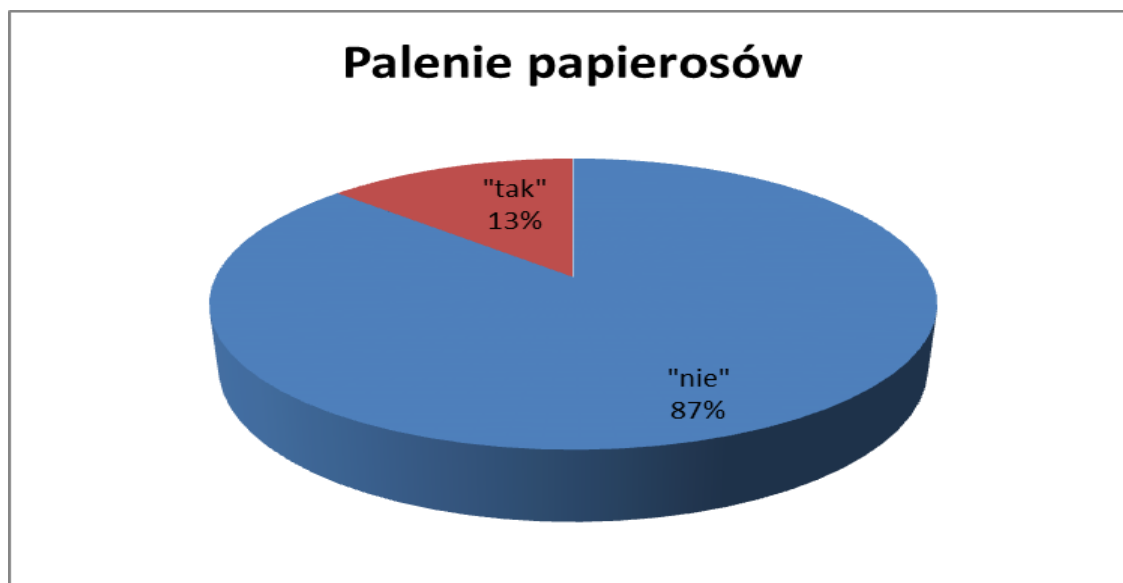


Ryc.127. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzajów preferowanego alkoholu w przypadku jego spożycia (p. aneks Tab. CXXVII).



## Palenie tytoniu

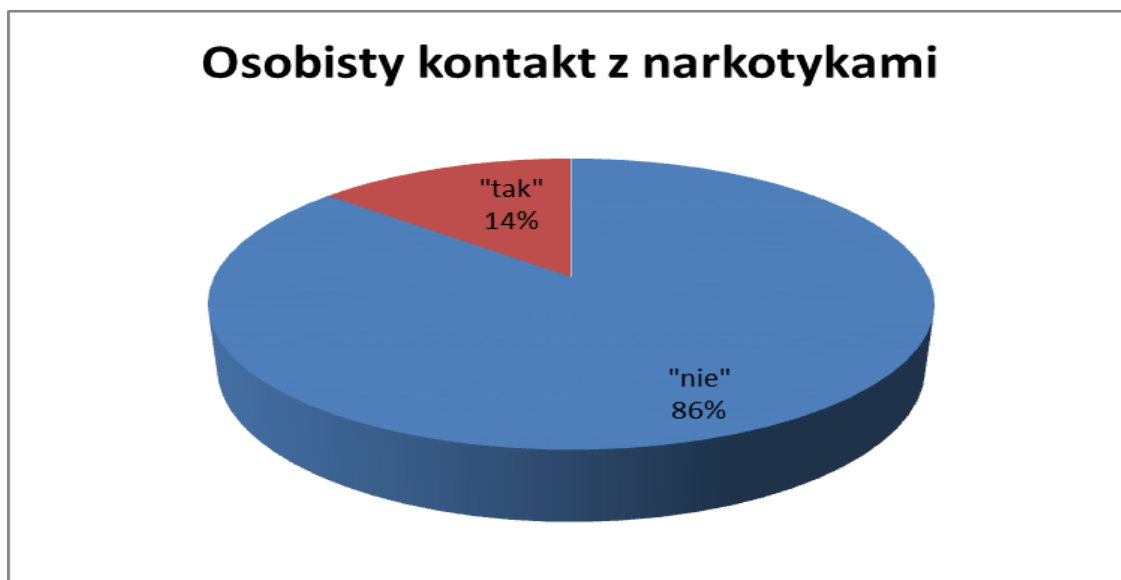
13% licealistów pali papierosy. 87% respondentów nie korzysta z wyrobów tytoniowych (87,76% dziewcząt i 82,07% chłopców), (ryc. 128).



Ryc.128. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem palenia papierosów (p. aneks Tab. CXXVIII).

## Zażywanie narkotyków

Spośród ankietowanych 14% z nich miało kontakt z narkotykami (9,55% dziewcząt i 22,94% chłopców), (ryc. 129). W grupie osób, które miały kontakt z narkotykami 15% z nich deklaroowało, że używa je regularnie (5% dziewcząt i 18,87% chłopców), 85% ankietowanych zażywa narkotyki sporadycznie (95% dziewcząt i 81,13% chłopców), (ryc. 130).



Ryc.129. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem osobistego kontaktu z narkotykami (p. aneks Tab. CXXIX).

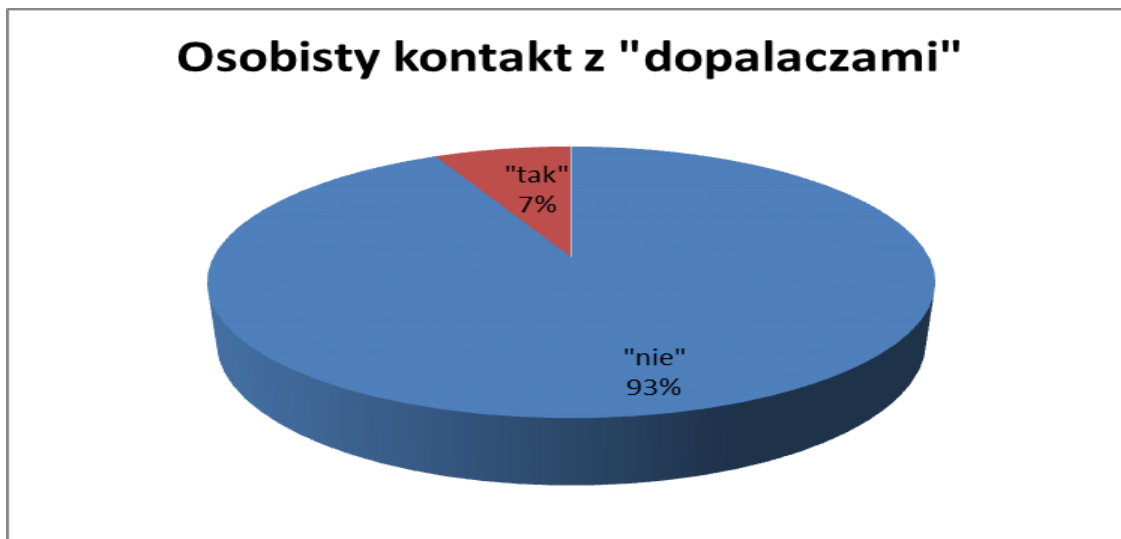


Ryc.130. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem używania narkotyków w przypadku kontaktu z nimi (p. aneks Tab. CXXX).

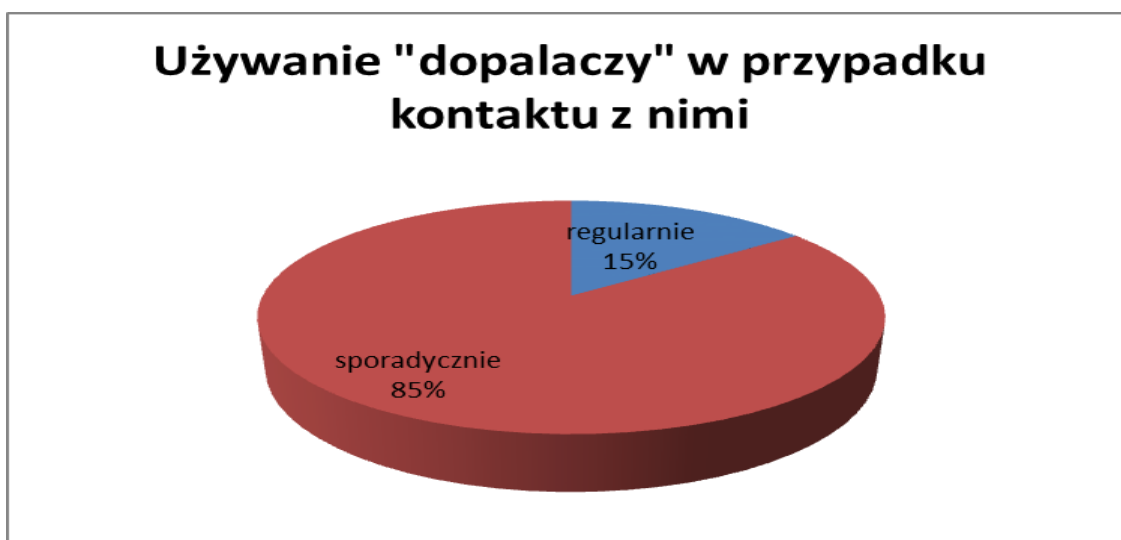
## Dopalacze

7% ankietowanych twierdzi, że zażywało dopalacze (5,09% dziewcząt i 13,16% chłopców), (ryc. 131). W grupie osób deklarującej kontakt

z dopalaczami 15% z nich przyznało, że używa ich regularnie (11,76% dziewcząt i 13,33% chłopców) natomiast 85% sporadycznie (88,24% dziewcząt i 86,67% chłopców), (ryc. 132).



Ryc.131. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem osobistego kontaktu z „dopalaczami” (p. aneks Tab. CXXXI).



Ryc.132. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem używania „dopalaczy” w przypadku wcześniejszego kontaktu z nimi (p. aneks Tab. CXXXII).

## V. DYSKUSJA

### 1. Wpływ diety na zdrowie nastolatków

Żywność jest jedną z najważniejszych potrzeb człowieka. To ona decyduje o prawidłowym rozwoju i funkcjonowaniu organizmu. Ma także wpływ na zdrowie. Ze względów zdrowotnych istotna jest częstość spożywanych posiłków jak i ich skład ilościowy i jakościowy. Konsekwencjami niewłaściwego żywienia są nieprawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny, obniżenie wydajności organizmu. Nieodpowiednie żywienie może prowadzić do rozwoju otyłości, czy powodować wzrost zapadalności na choroby przewlekłe: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, osteoporozę, miażdżycę. Prawidłowo zbilansowana, różnorodna dieta jest niezwykle ważna dla dzieci i nastolatków, gdyż ma bezpośredni wpływ na ich rozwój oraz podatność na różne choroby w wieku dorosłym.

Raport sporządzony w ramach „Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym Poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej 2007-2011” określił podstawowe zalecenia dla dzieci i nastolatków w zakresie prawidłowej diety. Zgodnie z tym raportem, dzieciom należy zapewnić na co dzień różnorodną dietę. Głównym źródłem energii powinny być produkty zbożowe z grubego przemiału. Owoce i warzywa stanowiąc muszą dodatek do każdego posiłku. Wśród napojów spożywanych codziennie powinna znaleźć się: woda mineralna, soki owocowe, mleko i jego przetwory. Należy ograniczyć dzieciom spożycie tłuszczów zwierzęcych oraz tłustych potraw, a zamienić je na drób, ryby i inne chude mięso. Ważnym zaleceniem jest także częstość spożywanych posiłków – dzieci i nastolatki powinny spożywać cztery do pięciu posiłków dziennie. Ostatnie z zaleceń dotyczy codziennej aktywności fizycznej, która również ma ogromne znaczenie dla prawidłowego rozwoju młodego organizmu [47]. Regularność posiłków ma zapewnić odpowiedni rozkład energii. Jeden z posiłków powinien być spożywany przez dzieci w szkole. Zaleca się następujący rozkład energetyczny przyjęty zgodnie z rekomendacjami międzynarodowymi: I śniadanie 20-25%, II śniadanie 15-20%, obiad 35-40%, podwieczorek 5-10%, kolacja 10-15% [237]. Omijanie posiłków, zwłaszcza śniadań ma niekorzystny wpływ na samopoczucie, zdolność skupienia się. Dzieci, które nie zjedzą w domu śniadania częściej sięgają po przekąski, często tłuste i słodkie, które dostępne są w sklepikach szkolnych. Dzieci i nastolatki w wyborze produktów

spożywczych kierują się walorami smakowymi czy panującą modą, a nie wartością odżywczą kupowanych artykułów [238]. Okres licealny to moment, kiedy zmniejsza się kontrola rodziców nad tym, co spożywają ich dzieci. Młodzież w tym wieku częściej spożywa posiłki poza domem, w tym także produkty typu „fast-food”. Omijanie posiłków jest niejednokrotnie skutkiem odchudzania młodzieży, a podjadanie między głównymi posiłkami stanowi zagrożenie wystąpienia nadwagi. Wśród czynników środowiskowych oddziałujących na dietę dzieci i nastolatków mają wpływ: niski status społeczno-materiałny rodziny, niedostateczne wykształcenie rodziców, a przez to ograniczone możliwości wyboru odpowiedniego pokarmu. Często nieodpowiednie są także tradycje kulinarne i nawyki żywieniowe całej rodziny [34].

Zgodnie z raportami WHO nadwaga i otyłość stanowią poważny problem zdrowotny w Europie. W krajach Unii Europejskiej nadwagę ma ponad 14 milionów dzieci (18% populacji w tym wieku), z czego 3 miliony dzieci jest otyłych (około 4% populacji dzieci) [239]. Odsetek ten jest dziesięciokrotnie większy niż w latach 70-tych dwudziestego wieku. W Szwajcarii ilość dzieci z nadmierną masą ciała wzrosła z 4% w 1960 roku do 18% w roku 2003, zaś w Anglii z 8% w 1974 roku do 20% w 2003. W niektórych regionach Hiszpanii zaobserwowano w latach 1985 do 2002 podwojenie odsetka otyłych nastolatków [240]. Badania ankietowe prowadzone w ramach projektu Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) w latach 2001/2002 i 2005/2006 wskazują na niepokojący wzrost występowania otyłości wśród młodzieży obu płci w takich krajach jak: Czechy, Estonia, Łotwa, Litwa, Węgry i Polska [241]. W krajach Europy rejestruje się równe odsetki dzieci z nadwagą. U dzieci w przedziale wiekowym 0-5 lat największy odsetek dzieci z nadmierną masą ciała stwierdzono na Ukrainie oraz w Bośni i Hercegowinie. W wieku wczesnoszkolnym najwięcej dzieci z nadwagą zarejestrowano w Hiszpanii (6-9 lat - 35,2%) i Portugalii (7-9 lat - 31,5%), najmniej w Słowacji, Francji, Szwajcarii i Islandii. W okresie nastoletnim największy odsetek otyłości notuje się u irlandzkich dziewcząt (9-12 lat - 27,3%) oraz hiszpańskich chłopców (10-17 lat - 31,7%). Najniższy odsetek otyłych nastolatków występuje w Czechach (14-17 lat - 9%). W większości krajów obserwuje się częściej występowanie nadmiernej masy ciała w populacji chłopców [242].

W Polsce również można zaobserwować ciągły wzrost odsetek otyłych dzieci i nastolatków. Badania prowadzone w latach 1994-1995 wśród dzieci w wieku 6-17 lat wykazały, że nadwagą charakteryzowało się 8,7% badanych, a otyłością 3,4%. Odsetki

te były większe w mieście niż na wsi. Badania prowadzone w roku 2000 przez Instytut Żywności i Żywienia pozwoliły zaobserwować wzrost nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 1-18 lat. Nadwagę miało 15,9% chłopców i 11,1% dziewcząt, zaś otyłych było odpowiednio 4,4% i 3,4%. Badanie prowadzone w następnym roku wskazało na kolejny wzrost nadmiernej masy ciała – u 15,8% dziewcząt i 15,0% chłopców [47]. Wyniki naszych badań wskazują na niższy odsetek nastolatków z nadwagą. Młodzież w badanej grupie w 73% charakteryzowała się prawidłową masą ciała, a 7% spośród ankietowanych miało nadmierną masę ciała.

Analizując dane z badań ankietowych prowadzonych w ramach HBSC (Health Behaviour In School-aged Children: A WHO Cross-National Collaborative Study) w latach 2002-2006 również można zaobserwować wzrost odsetka dzieci z nadmierną masą ciała. Badania prowadzono w grupie 11-15-latków [14]. W 2006 roku (w stosunku do 2002 roku) nastąpiło zmniejszenie częstości spożycia śniadań w dni szkolne. Istotnie zwiększył się odsetek chłopców nigdy niejedzących śniadań przed wyjściem do szkoły w grupie 11- i 13-latków. Wśród 15-latków, to dziewczynki jadły rzadziej śniadania niż chłopcy. W stosunku do 2002 roku zmniejszył się także odsetek częstego spożycia warzyw (5 dni w tygodniu i częściej) wśród nastolatków obu płci. W 2002 roku 56% dziewcząt 15-letnich często jadła warzywa, zaś w 2006 roku odsetek ten zmniejszył się do 49%, w grupie 11-letnich dziewcząt odsetek ten spadł odpowiednio z 63% w 2002 roku do 55% w 2006 roku. Zaobserwowano, że dziewczynki w każdym wieku jadły warzywa częściej niż chłopcy. Ciekawe jest też to, że 11-latki zjadali więcej warzyw niż ich starsi koledzy i koleżanki. Zmniejszyła się także częstość spożycia owoców przez młodzież. W roku 2002 wśród 11-latków często owoce jadło 61% chłopców i 70% dziewcząt, zaś w roku 2006 odpowiednio 48% chłopców i 63% dziewcząt. Niższe odsetki obserwowano u starszych nastolatków. W 2002 roku wśród 15-latków chętniej owoce spożywało 50% chłopców i 46% dziewcząt, a 4 lata później już tylko 41% chłopców i 52% dziewcząt. Na przestrzeni tych czterech lat zaobserwowano spadek spożycia słodczy o 7% wśród chłopców i 5% wśród dziewcząt. Analizie poddano także związek zachowań zdrowotnych z czynnikami społeczno-ekonomicznymi mierzonymi zgodnie ze wskaźnikiem FAS (Family Affluence Scale). Częstość jedzenia śniadań była niższa wśród młodzieży pochodzącej z biedniejszych rodzin. Młodzież pochodząca z mniej zamożnych rodzin rzadziej spożywała warzywa i owoce, ale także rzadziej konsumowała słodczy i piła słodkie napoje w porównaniu do ich rówieśników z bardziej zamożnych rodzin. Młodzież z rodzin mniej zamożnych rzadziej jadła

produkty korzystne dla zdrowia, takie jak warzywa czy owoce, natomiast zjadała też mniej produktów szkodliwych dla zdrowia, takich jak słodycze [243]. W raporcie Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP- United Nations Development Programme) z 2003 roku podkreślono, że w polskim społeczeństwie na przestrzeni lat obserwuje się poprawę zdrowotności [244]. Niestety porównanie wyników z badań HSBC z 2002 i 2006 roku wskazuje na negatywne tendencje spożycia korzystnych produktów dla zdrowia przez polską młodzież. Spada częstość jedzenia śniadań wśród młodzieży, co może skutkować gorszymi rezultatami i wynikami w nauce [245]. Dziewczęta jedzą więcej warzyw i owoców. Natomiast na ich spożycie wpływ ma także status materialny rodziny, który oddziałuje również na częstość niejedzenia śniadań [246]. Potwierdzają to także wyniki innych autorów [247]. Wyniki naszych badań potwierdzają nieregularność spożycia posiłków wśród nastolatków. Tylko około 25% ankietowanych spożywało regularnie pięć posiłków dziennie, a 10% ankietowanych uczniów samych zadeklarowało, że nie spożywało posiłków regularnie. Wśród powodów, dla jakich młodzież rezygnuje z posiłków najczęściej wymieniano brak czasu lub brak apetytu.

Badania przeprowadzone na przełomie 2007/2008 roku, wśród 899 uczniów szkół podstawowych i gimnazjów powiatu ciechanowskiego pozwoliły stwierdzić, że 50% badanych charakteryzowało się wagą ciała w normie, zaś osoby z nadwagą i otyłością stanowiły 18%. Ocena zachowań żywieniowych wykazała, że tylko 1% badanych prezentował wysoki poziom zachowań żywieniowych, 10% zadowolający, 50% przeciętny, 30% niski i 9% niezadowolający. Korzystniejsze zachowania żywieniowe zaobserwowano wśród osób otyłych i zagrożonych otyłością. Zachowania żywieniowe dziewcząt wypadły korzystniej, bo aż 13% z nich prezentowało zachowania powyżej przeciętnych i tylko 8% chłopców. Zachowania niskie i niezadowolające wykazywało aż 55% chłopców i tylko 32% dziewcząt. Pierwszym posiłkiem dla 63% uczniów było śniadanie, dla 20% drugie śniadanie, zaś dla 9% był to obiad. To chłopcy częściej od dziewcząt nie jedli śniadań przed wyjściem z domu. Większość uczniów (63%) w czasie przerw w szkole spożywało kanapki. Tylko 14% sięgało po słodycze, w 4% po dania typu „fast-food”. Aż 20% uczniów nie jadło w szkole, co jest niepokojące ze względu na wydatek energetyczny związany z nauką. Około połowa respondentów sięgała po słodycze zawsze wtedy, kiedy miała na to ochotę – nawet do kilku razy dziennie. 40% badanych deklaroowało, że spożywało słodycze kilka razy w tygodniu. W badanej grupie tylko 12% dziewcząt

i 17% chłopców nie jadło słodczy lub starało się je zastępować owocami. Chłopcy częściej sięgali po słodkie gazowane napoje, zaś dziewczynki preferowały soki owocowe. Około 30% badanych piło wodę mineralną. Spożycie warzyw i owoców wśród ankietowanych było bardzo nieregularne. Tylko 18% zadeklarowało, że konsumowało warzywa i owoce do każdego z posiłków, a 8% nie jadło ich wcale. Spożycie ryb również było niewystarczające. 40% ankietowanych konsumowało je raz w tygodniu, 24% raz w miesiącu, zaś 17% nie spożywało ich wcale. Analizowano także spożycie produktów mlecznych. Ponad połowa badanych konsumowała produkty tego typu codziennie, 27% kilka razy w tygodniu, zaś 11% nigdy ich nie spożywało [248]. Nasze badania również zwracają uwagę na spożycie kalorycznych potraw. Około 70% ankietowanych spożywa sporadycznie produkty typu „fast-food”, zaś około 15,5% spożywa je raz w tygodniu. Około 45% ankietowanej młodzieży zjada 3-4 razy w tygodniu słodczy, 31% je słodczy codziennie.

W 2007 roku w Ustrzykach Dolnych przeprowadzono badanie wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w klasach o profilu ogólnym i sportowym. Grupy chłopców i dziewcząt były liczebnie zbliżone. Wiek badanych mieścił się w granicach 11-15 lat, zaś średnia wyniosła 13 lat. W badanej grupie osoby o prawidłowej masie ciała stanowiły 48%, 28% stanowiły osoby szczupłe i z niedowagą, 14% osoby otyłe i z nadwagą, zaś 24% uczniów zagrożonych było otyłością. W klasach sportowych występowało mniej dzieci zagrożonych otyłością w porównaniu do uczniów klas ogólnych. Zachowania żywieniowe niezadowolające prezentowało 3% badanych, niskie 27%, przeciętne 59%, zadowolające 8%, a bardzo wysokie tylko 2%. Najmniej zachowań niekorzystnych prezentowali uczniowie otyli i zagrożeni otyłością. Zachowania niekorzystne przejawiało 28% uczniów o prawidłowej masie ciała i aż 44% uczniów szczupłych. Przeciętny poziom zachowań żywieniowych dominował wśród osób o prawidłowej masie ciała i zagrożonych otyłością. Spożycie posiłków typu „fast-food” nie korelowało z masą ciała badanego ani z profilem klasy. Tylko 4% uczniów przyznało, że spożywa dania typu „fast-food” regularnie. Najchętniej spożywanymi napojami okazała się być woda mineralna (38%), sok owocowy (37%) oraz coca-cola (17%). Dla 81% badanych śniadanie spożywane w domu było pierwszym posiłkiem. Częściej śniadanie w domu spożywali uczniowie klas ogólnych. Drugie śniadanie w szkole konsumowało 32% uczniów klas sportowych i 22% uczniów klas ogólnych. Regularnie w ciągu dnia posiłki spożywało tylko 30% badanych. Systematycznie odżywiały się najczęściej osoby otyłe i zagrożone otyłością. Jedzenie słodczy kilka



razy w tygodniu zadeklarowało 44% badanych, zaś 38% jadło słodczyce zawsze wtedy, kiedy miało na to ochotę. Tylko 12% uczniów zastępowało słodczyce owocami. Najczęściej słodczyce spożywały osoby z niedoborem masy ciała, najrzadziej osoby zagrożone otyłością. Najchętniej spożywanymi słodzcami były czekolada (36%), owoce (36%), ciastka (15%). Czekoladę wybierały częściej osoby szczupłe, zaś otyłe – owoce. Tylko 15% badanych uczniów spożywało warzywa i owoce 5 razy dziennie. Po owoce chętniej sięgali uczniowie klas sportowych i osoby zagrożone otyłością. Badani spożywali mało ryb. 21% ankietowanych jadło ryby częściej niż raz w tygodniu, 43% konsumowało ryby raz w tygodniu, zaś 13% nie spożywało ich wcale. Ponad połowa badanych konsumowała codziennie produkty mleczne, a 10% nie spożywało ich w ogóle [249]. Wyniki naszych badań ankietowych wskazały, że znaczna grupa uczniów (68%) spożywa ryby raz w tygodniu. Preferowanymi rybami są ryby morskie. Około 26% nastolatków je sporadycznie owoce morza. Młodzież spośród mięs najchętniej konsumuje mięso białe.

W badaniach pomorskich prowadzonych wśród gimnazjalistów z Pomorza wykazano, że 4-6 posiłków w ciągu dnia spożywało 64,5% uczniów, a 3 posiłki w ciągu dnia konsumowało 29,3% młodzieży ze wsi i 23,6% nastolatków z miasta. Codziennie śniadania jadło 56,2% uczniów mieszkających w miastach i 58,3% młodzieży ze wsi. Młodzież wiejska częściej jadła białe pieczywo (około 67%) niż młodzież miejska (46%). Niepokojącym jest fakt, że ciemne pieczywo było bardzo rzadko konsumowane przez gimnazjalistów. Ziemniaki, jako źródło węglowodanów były spożywane znacznie chętniej niż makaron, kasza czy ryż. Codzienne spożycie warzyw deklarowało około 40% uczniów ze wsi i około 53% uczniów z miasta. Najczęściej owoce spożywano tylko w jednym posiłku. Najchętniej spożywanym produktem nabiałowym było mleko. Młodzież miejska konsumowała nabiał najczęściej w dwóch posiłkach, zaś wiejska w jednym. Drób był najchętniej spożywanym spośród mięs. Uczniowie z miasta częściej sięgali po mięso drobiowe, zaś młodzież wiejska częściej spożywała mięso wieprzowe. Obie grupy uczniów spożywały ryby w największym odsetku raz w tygodniu. Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że około 27% uczniów ze wsi i około 20% z miasta nie jadło ryb wcale. Słodczyce częściej konsumowała młodzież z miasta (około 60%) w porównaniu do młodzieży ze wsi (około 52%). Na pytanie dotyczące oceny odżywiania się, ankietowani (około 65%) twierdzili, że odżywiają się prawidłowo. Świadczy to o braku świadomości popełnianych błędów żywieniowych.

Stwarza to konieczność edukowania pod kątem właściwych zachowań żywieniowych tej grupy młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży wiejskiej [250].

Badanie przeprowadzone wśród uczniów pierwszych klas gimnazjów w Warszawie i miejscowościach podwarszawskich wykazało, że najczęściej spożywanym posiłkiem w ciągu dnia był obiad (około 90% ankietowanych). Około 65% uczniów konsumowało regularnie śniadanie i kolację, natomiast tylko 40% uczniów spożywało systematycznie drugie śniadanie. Znajomość kaloryczności produktów deklarowało około 35% uczniów, a 12% regularnie stosowało diety odchudzające. Głównym źródłem informacji na temat diet był Internet. Ponad 27% ankietowanych przyznało się do dni, w których spożywali tylko napoje. Około 55% uczniów przychyliło się do stwierdzenia, że niedowaga jest lepsza niż nadwaga. Osoby o takich poglądach znacznie częściej stosowały diety. Gimnazjaliści, którzy deklarowali podjadanie między posiłkami częściej spożywali przekąski bez uczucia głodu, częściej także jedli słodkie lub słone przekąski oraz żywność typu „fast-food” [251].

Inne badanie prowadzone było wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Warszawie. Około 60% respondentów deklarowało, że przywiązuje wagę do zdrowego żywienia. Jednocześnie 55% uznało, że żywienie ma wpływ na zdrowie obecne, ale także przyszłe. Odpowiedzi takich częściej udzielali uczniowie liceów ogólnokształcących i techników, w porównaniu do uczniów liceów profilowanych i zasadniczych szkół zawodowych. Zainteresowanie żywieniem miało niewielkie przełożenie na praktyczne postępowanie badanych. Zaledwie 40% badanych spożywało w domu śniadanie, w tym nieco więcej dziewcząt niż chłopców. Aż 30% uczniów zadeklarowało, że nie jada śniadań, w tym 80% stanowiły dziewczęta. Niejedzenie śniadań najrzadziej deklarowali uczniowie liceów ogólnokształcących, zaś najczęściej uczniowie szkół zawodowych. Kanapki okazały się być najpopularniejszą formą posiłku zarówno na pierwsze i drugie śniadanie. Większość badanych uczniów zachowywała odpowiedni odstęp czasowy między kolacją a porą chodzenia spać. Mimo, że większość badanych uczniów miała masę ciała w normie, to 35% ankietowanych deklarowało stosowanie diet obecnie lub w przeszłości. Dziewczęta (około 40%) częściej stosowały diety w porównaniu do chłopców (25%). Źródłem wiedzy o dietach był głównie Internet oraz porady koleżanek i kolegów [252]. Według innych badań młodzież nie przywiązywała wagi do odżywiania. Uważali oni, że są za młodzi by się tym zajmować, a odżywianie jest ważne tylko dla osób starszych [253].

Wyniki prowadzonych przez nas badań wskazały, że 80% ankietowanych nie stosuje żadnych diet, około 7,5% korzysta z diet odchudzających, zaś 3,5% stosuje się do diety ze wskazań lekarskich.

W 2009 roku przeprowadzono badania dotyczące podejmowanych zachowań zdrowotnych w tym zwyczajów żywieniowych przez młodzież licealną z miasta Kalisza i powiatu kaliskiego. Ankietyzację przeprowadzono w losowo wybranej reprezentatywnej grupie 1100 uczniów i uczennic szkół liceów publicznych [254]. Badania dowiodły, że tylko 66% uczniów w dniach szkolnych spożywało codziennie I śniadanie. Niepokojącym jest również fakt, że jedynie 60% kaliskich licealistów spożywało II śniadanie w szkole, które to uzupełnia utraconą energię i składniki odżywcze w ciągu dnia. Choć badania własne dowiodły o wyższym odsetku uczniów spożywających I i II śniadanie (odpowiednio 78% i 75%) to i tak ankietowani przejawiają pewne nieprawidłowości żywieniowe, podobnie jak ich kaliscy rówieśnicy. Respondenci przyznali, że do najczęściej spożywanym produktów na I śniadanie należą kanapki, masło i wędliny. Produkty pochodzenia mlecznego są rzadziej konsumowane i lubiane. Analiza zwyczajów żywieniowych wykazała, że najregularniej spożywanym posiłkiem po powrocie ze szkoły był obiad, który konsumuje 86% kaliskich licealistów. Badania własne również wnoszą, że obiad jest najczęściej konsumowanym posiłkiem w ciągu dnia. Tak deklaruje blisko 96% respondentów. Kolację zjada 63% kaliskich licealistów. W badaniach przeprowadzonych wśród uczniów szkół licealnych w wybranych miastach województwa wielkopolskiego wykazano, że kolację konsumuje 77% ankietowanych. Młodzież często podjada między posiłkami, uzupełniając w ten sposób niezbędną energię potrzebną do codziennego funkcjonowania. Z kaliskich badań wynikało, że 78% uczniów podjadało w ciągu dnia. W badaniach własnych dowiedziono, że 51% licealistów podjada między posiłkami czasami, 27% czyni to często natomiast zawsze 18% respondentów. Zarówno badania kaliskie jak i własne potwierdzają, że zwykle spożywane są wtedy: owoce, słodycze, jogurty, ciastka, chipsy oraz wysokoenergetyczne potrawy typu „fast-food”. Kaliscy licealiści najczęściej spożywali 3 lub 4 posiłki (odpowiednio 45% i 34%). Podobne zależności uzyskano w badaniach własnych, według których 33% ankietowanych konsumuje 3 posiłki, natomiast 36% licealistów 4 posiłki dziennie. W opinii kaliskich licealistów prawidłową masę ciała posiadało 82% uczniów, 5% licealistów miało nadwagę, natomiast 6% otyłość [255]. Podobnie w badaniach własnych 73% uczniów posiada prawidłowy

wskaźnik BMI, 7% respondentów ma wysoki wskaźnik BMI, świadczący o nadwadze lub otyłości.

Badania ankietowe dotyczące odżywiania były prowadzone także wśród studentów. Studenci z Wrocławia w wieku 21-24 lat deklarowali, że pozytywnie oceniają swój sposób żywienia (53% studentów Akademii Medycznej, 43% Uniwersytetu Przyrodniczego i 34% studentów Politechniki). Studenci spożywali średnio 3-5 posiłków dziennie. Zbyt rzadko, bo tylko dwa razy dziennie jadło około 25% studentów Politechniki. Studenci konsumowali za mało pełnoziarnistego pieczywa oraz owoców i warzyw. Warzywa i owoce częściej jedli studenci Akademii Medycznej, a najrzadziej Politechniki. Korzystnie wyglądała sytuacja spożycia nabiału i produktów mlecznych uznawanych za źródło wapnia i białka zwierzęcego. Codzienne spożycie nabiału deklarowało około 70% studentów Akademii Medycznej, 63% Uniwersytetu Przyrodniczego i 45% Politechniki. Studenci jedli niedostateczną ilość ryb, a najchętniej spożywanymi mięsami były drób i wieprzowina. Zalecane białe mięso drobiowe i ryby częściej wybierały kobiety w porównaniu z mężczyznami, na każdej z badanych uczelni. Studenci potrafili wskazać choroby związane z nieodpowiednim odżywianiem. Najczęściej wskazywano otyłość oraz miażdżycę, rzadziej cukrzycę typu 2 oraz osteoporozę. W każdym przypadku większą wiedzę na temat chorób powodowanych nieprawidłowym odżywianiem posiadali studenci Akademii Medycznej i Uniwersytetu Przyrodniczego w porównaniu do studentów Politechniki. Nadwaga i otyłość stają się problemem generującym zarówno koszty społeczne jak i ekonomiczne. Większość z badanych studentów miała prawidłową masę ciała. Nadwaga częściej była obserwowana wśród studentów Politechniki [256]. W badaniu prowadzonym wśród studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku stwierdzono, że 75% z nich miało prawidłową masę ciała, 23% miało niedowagę, a jedynie 2% nadwagę [257]. Natomiast w przypadku studentek Akademii Wychowania Fizycznego oraz Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie nadmierną masę ciała miało 7% kobiet, zaś niedowagę po 5% studentek z każdej z uczelni. Najczęstszymi błędami żywieniowymi popełnianymi przez studentki była nieregularność posiłków, niedostateczne spożycie warzyw, owoców, pełnoziarnistego pieczywa oraz mleka i jego przetworów, a zbyt częste spożycie słodczy i gazowanych napojów [258]. Wyniki naszych badań potwierdzają także wyniki innych autorów w zakresie nieregularnego spożycia warzyw i owoców wśród młodzieży.

Ocenę występowania nadwagi i otyłości prowadzi się także w grupach dorosłych. Projekt WOBASZ prowadzony w latach 2003-2005 badał nadmierną masę ciała wśród Polaków w wieku 20-74 lat [259]. Wśród mężczyzn nadwaga występowała u około 40%, zaś otyłość u 21,2%. Wśród kobiet nadwagę stwierdzono u około 28% badanych, zaś otyłość u 22,4%. Grupą szczególnie narażoną na nieprawidłowości w żywieniu byli studenci, których sposób żywienia zależał od czynników bytowych i pracy zawodowej [260].

Porównania zachowań żywieniowych w kontekście sytuacji materialnej dokonano na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych w Polsce przeprowadzonych przez GUS (Główny Urząd Statystyczny) w 2008 roku. W przypadku większości artykułów spożywczych ich spożycie rzeczywiste było niższe niż wzorcowe. Rozbieżność w konsumowaniu niektórych artykułów spożywczych wykazały różnice terytorialne. W większości gospodarstw domowych spożycie prawie wszystkich produktów spożywczych było niezgodne z normami. Najwięcej gospodarstw domowych przekraczało normy spożycia wędlin, cukru i słodczy, tłuszczów stałych oraz jaj. Miejsce zamieszkania oraz subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego wpływała na zróżnicowanie konsumowania artykułów spożywczych. Społeczno-ekonomiczne cechy gospodarstw domowych determinowały zróżnicowanie diety [261].

Powszechnie przyjmuje się, że w kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych młodzieży ważną rolę, oprócz rodziny, odgrywa szkoła [47,262]. Nadal widoczna jest potrzeba podjęcia działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży na temat zasad prawidłowego żywienia w ramach profilaktyki przewlekłych chorób. W działaniach tych należy uwzględnić edukację rodziców, edukację w szkole oraz środki masowego przekazu i reklamy, które mają wpływ na kształtowanie opinii młodzieży, jako konsumentów [263,264]. Programy edukacyjne propagujące zrównoważoną dietę i aktywność fizyczną od wielu lat prowadzone są w szkołach na całym świecie [265]. W wielu krajach, na przykład w USA przyjęto odpowiednie rekomendacje w zakresie zdrowego odżywiania, wydane przez najważniejsze organy państwowe [266]. Światowa Organizacja Zdrowia również wydała odpowiednie rekomendacje zawarte w oficjalnych dokumentach [48]. W ślad za tym, podobne zalecenia przyjęto również w krajach Unii Europejskiej i w Polsce [267]. W Polsce od 2006 roku realizowany jest duży program propagujący zrównoważoną dietę i aktywność fizyczną pod nazwą „Trzymaj Formę”. W tym Programie uczestniczy

prawie 8000 szkół i ponad 3 miliony uczniów ostatnich klas szkół podstawowych oraz gimnazjów. W 2009 roku przeprowadzono pierwsze badania populacyjne mające na celu ocenę skutków realizacji tego programu. Już po trzech latach jego realizacji stwierdzono, że młodzież uczestnicząca w programie „Trzymaj Formę” chętniej spożywa warzywa i surówki, rzadziej podjada w ciągu dnia, częściej konsumuje 5 posiłków dziennie, uczestniczy w zajęciach fizycznych i jest bardziej zadowolona ze swego wyglądu zewnętrznego. Od 2010 roku rozszerzono realizację tego programu, o uczestnictwo w nim również rodziców, pod nazwą „Rodzino, Trzymaj Formę”. Przez Unię Europejską program ten został uznany za największy i najbardziej skuteczny program w zakresie walki z nadwagą i otyłością.

## **2. Aktywność fizyczna nastolatków**

Obok racjonalnego odżywiania aktywność fizyczna została uznana przez ekspertów WHO jako główna metoda zapobiegania chorobom cywilizacyjnym [1]. Jak podają autorzy licznych badań, wiek badanych ma istotny wpływ na częstość podejmowania aktywności fizycznej i uczestnictwo w zajęciach obowiązkowych [133]. Jak wynika z raportu IOTF około 20% dzieci w Europie ma nadwagę [268].

W większości krajów rozwiniętych świata, od ponad 20 lat obserwuje się epidemię siedzącego trybu życia związanego z niedostateczną ilością, a nawet brakiem jakiegokolwiek aktywności fizycznej [269]. Z jednej strony jest to wynik ciągłego rozwoju cywilizacyjnego i związanej z tym zmiany stylu życia. Z drugiej strony wynika to z braku niedostatecznej wiedzy o znaczeniu aktywności fizycznej dla rozwoju człowieka. Aktywny tryb życia w okresie dzieciństwa i dojrzewania stwarza prawdopodobieństwo aktywności fizycznej przez całe dalsze życie człowieka. Natomiast niechęć do ćwiczeń w okresie młodości, zwiększa możliwość siedzącego trybu życia w wieku dorosłym i podeszłym [270]. Eksperci określili, że tylko jedna trzecia nastolatków w okresie dojrzewania wykonuje ćwiczenia fizyczne gwarantujące prawidłowy rozwój fizyczny, psychiczny i emocjonalny [271]. Połowę dorosłych Polaków również cechuje zbyt niska aktywność fizyczna [181,182].

Badania HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) pokazują, że w krajach Unii Europejskiej, około dwie trzecie młodzieży nie osiąga rekomendowanego poziomu aktywności fizycznej [272]. Jest to zjawisko zagrażające

zdrowiu, zaburzające prawidłowy rozwój młodego organizmu, a przede wszystkim skutkujące rozwojem otyłości. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła swoje rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej. Grupy wiekowe zostały rozdzielone na trzy: 5-18 lat, 18-64 lat i powyżej 65 roku życia. Dzieci i młodzież w wieku powyżej 5 lat powinny prowadzić aktywny tryb życia zgodnie ze swoim temperamentem. WHO rekomenduje dla tej grupy wiekowej 60 minut aktywności fizycznej o intensywności umiarkowanej do intensywnej dziennie opierając się na doniesieniach naukowych. Ćwiczenia te powinny być urozmaicone, atrakcyjne dostosowane do możliwości organizmu [273]. Podobne zalecenia przedstawiło Amerykanom Centrum Chorób w Atlancie (Center for Disease Control and Prevention - CDC). W zaleceniach dotyczących populacji 5-18 lat wyraźnie precyzuje się, że aktywność fizyczna w wymiarze 60 minut dziennie powinna być wykonywana przynajmniej trzy razy w tygodniu [274]. Podobne zalecenia przyjęto w większość krajów Unii Europejskiej i na świecie. Dla tej samej grupy wiekowej naukowcy w Wielkiej Brytanii zalecają 60 minut codziennej aktywności o umiarkowanej intensywności. Minimum stanowi 30 minut codziennych ćwiczeń. Zaleca się także wykonywanie ćwiczeń poprawiających gibkość i zwiększających masę mięśniową [275]. Natomiast eksperci z Kanady opracowali do wyboru trzy warianty aktywności fizycznej mającej poprawić stan zdrowia: 60 minut lekkiego wysiłku, 30-60 minut umiarkowanego, bądź 20-30 minut intensywnego [276]. W celu zapobiegania chorobom układu krążenia w wieku dorosłym Europejska Organizacja Badania Młodzieży w Zakresie Chorób Serca (The European Youth Heart Study) zaleca 90 minut codziennej aktywności fizycznej w okresie dzieciństwa i dorastania [277]. Światowa Organizacja Zdrowia, Platforma Unii Europejskiej ds. Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia (European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health) nawołuje społeczeństwa wszystkich krajów do zwiększenia aktywności fizycznej [278]. W Polsce w ślad za rekomendacjami międzynarodowymi, opracowano dokument dotyczący żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży. Zwraca on szczególną uwagę na rolę szkoły w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych, z tego względu, że dzieci uczestniczą w ćwiczeniach fizycznych głównie na lekcjach wychowania fizycznego w szkole [47]. Obecnie obowiązujące przepisy określają ilość zajęć wychowania fizycznego w szkole. Wynosi ona, co najmniej 3h lekcyjne, zaś w klasach od IV do VI szkół podstawowych – 4h lekcyjne tygodniowo. Niestety, jak pokazują badania, młodzież często korzysta ze zwolnień lekarskich. W badaniach przeprowadzonych w Krakowie wykazano, że 10%

młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych posiadało stałe zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego. W badaniach prowadzonych w województwie małopolskim w roku szkolnym 2005/2006 z czasowych zwolnień z tego przedmiotu korzystało 36% dziewcząt i 18,6% chłopców ze szkół licealnych [267]. Opierając się o obecną wiedzę naukową, wymiar 180 minut aktywności fizycznej tygodniowo jest za mały, aby zaspokoić potrzeby ruchowe dziecka i nastolatków oraz aby obniżyć ryzyko otyłości i chorób układu krążenia. Dlatego tak istotny jest nawyk aktywnego trybu życia, opierającego się o ćwiczenia w większym zakresie czasu niż tylko ćwiczenia na lekcjach wychowania fizycznego. Udział młodzieży w pozalekcyjnych zajęciach sportowych zmniejsza się z wiekiem i jest uzależniony od miejsca zamieszkania (w małych miastach i na wsi jest mniejszy niż w dużych miastach). W porównaniu z innymi krajami polska młodzież nie spędza czasu wolnego aktywnie. Dużo młodzieży prowadzi siedzący tryb życia [279]. Według danych GUS wymiar czasu poświęcanego na oglądanie telewizji i korzystanie z komputera wydłużył się na przestrzeni lat 1996-2004 z 2h dziennie do 2,5h [280]. Amerykańska Akademia Pediatrii w 2001 roku zalecała, aby młodzież spędzała czas przed telewizorem bądź komputerem maksymalnie 2h dziennie [281].

W międzynarodowych badaniach HBSC (Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Collaborative Cross-national Study) przeprowadzonych w 2002 roku w Polsce uczestniczyło 6383 uczniów klas V szkół podstawowych oraz I i III gimnazjów w wieku: 11, 13 i 15 lat. Podobne obserwacje poczyniono w 35 innych krajach w grupie 165 tysięcy uczniów. Wyniki badań wskazały, że ponad połowa nastolatków nie wykonywała codziennie ćwiczeń fizycznych zgodnie z zalecanym dziennym czasem (60 minut) aktywności fizycznej. Aktywność fizyczna badanych zmniejszała się wraz z wiekiem. Czas poświęcany na zajęcia sedentaryjne przeważał nad czasem spędzonym na zajęciach ruchowych. Ponad dwie godziny dziennie młodzież poświęcała na odrabianie lekcji, oglądanie telewizji i korzystanie z komputera. Przewiduje się, że to zjawisko będzie się stale nasilać wraz ze wzrostem odsetka rodzin, które posiadają komputery. Dziewczęta były mniej aktywne ruchowo w porównaniu z chłopcami, zaś większą ilość czasu poświęcały na odrabianie lekcji, a nie korzystanie z komputera czy oglądanie telewizji [282]. Wyniki badań w ramach projektu HBSC pokazały, że średni czas aktywności europejskich nastolatków wynosił 3,8h tygodniowo. Najwyższy poziom aktywności fizycznej notowano w Austrii, Anglii, Irlandii i na Litwie, najniższy w Belgii, Francji, Włoszech i Portugalii. Chłopcy



wykazywali większą aktywność fizyczną niż dziewczęta. Około 34% nastolatków nie spełniało minimalnych zaleceń, co najmniej 60 minut średniej intensywności wysiłku przez większość dni w tygodniu. Zalecenia te realizowało około 40% chłopców i 27% dziewczynek [283]. Podobne tendencje zaobserwowano w Polsce, gdzie dziewczynki były mniej aktywne od chłopców. Ponad połowa nastolatków w Polsce nie wypełniała zaleceń codziennej dawki ruchu, a wykonywane przez nich ćwiczenia były nieregularne i za mało intensywne [284]. Niestety wyniki badań HBSC w zakresie czasu spędzanego przed telewizorem wskazały, że nastolatki w Polsce były w większym stopniu zaangażowane niż przeciętni rówieśnicy w innych krajach. Z wyników badań HBSC z 2010 roku również wynikało, że spory odsetek badanych nastolatków nie spełniał minimalnej zalecanej dawki aktywności ruchowej. Około 9% 11-latków, 14% 13-latków i 17% 15-latków nie wykonywało żadnych ćwiczeń fizycznych poza lekcjami wychowania fizycznego. Znaczne odsetki badanej młodzieży oglądało telewizję i grało na komputerze powyżej dwóch godzin dziennie [285]. Nasze badania wskazują, że znaczna część badanej młodzieży (68%-zawsze i 20%- zazwyczaj) uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego w szkole. Niestety nie są to wystarczające ilości aktywności fizycznej, a tylko 16,5% należy do klubu sportowego poza szkołą.

We wspomnianych wcześniej badaniach kaliskich licealistów przeprowadzonych w 2009 roku wykazano, że 89% uczniów uczestniczyło w lekcjach wychowania fizycznego. W badaniach własnych dowiedziono o niższym odsetku licealistów biorących udział w zajęciach wychowania fizycznego, który oscyluje wokół 68%. Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że spośród 11% kaliskich uczniów nieuczestniczących w zajęciach wychowania fizycznego 93% usprawiedliwiało swą nieobecność długoterminowymi zwolnieniami lekarskimi [286, 287]. W badaniach własnych 5% ogółu uczniów poddanych ankietyzacji nie ćwiczy na lekcjach wychowania fizycznego okazując zwolnienie. Jako wysiłek w ciągu dnia 81% badanych kaliskich nastolatków wskazało lekcje wychowania fizycznego, a 76% pokonanie drogi do szkoły. Wynika z tego, że 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% kaliskich licealistów. Choć w badaniach własnych odsetek ten jest znacznie wyższy i wynosi 55%, to jedynie około 12% respondentów podejmuje pozalekcyjną aktywność ruchową codziennie. Zatem częstość podejmowanych zajęć

ruchowych odbiega od zalecanego dla nastolatków wysiłku fizycznego. Blisko połowa kaliskich licealistów nie wykazywała zadowolenia ze swej aktywności fizycznej. Osoby niezadowolone z braku uczestnictwa w jakichkolwiek pozalekcyjnych zajęciach sportowych tłumaczyli to brakiem: czasu - 71%, obiektów sportowych - 37%, sprzętu - 22%. Twierdzili również, że samemu trudno się zmobilizować - 30%, co wynika z ich lenistwa - 21%, braku nawyku - 13% oraz tradycji rodzinnej - 9% [286, 287]. Podobnie w badaniach własnych blisko 76% respondentów twierdzi, że z braku czasu nie podejmuje pozaszkolnej aktywności ruchowej.

Badania przeprowadzone wśród młodzieży warszawskich szkół podstawowych i gimnazjów obejmujące 1054 uczniów w wieku 11-15 lat wykazały, że aktywność młodzieży warszawskiej w wolnym czasie nie była wystarczająca. W obowiązkowych zajęciach wychowania fizycznego uczestniczyło większość uczniów. Jedynie 3,2% chłopców oraz 4,6% dziewcząt było całkowicie zwolnionych z zajęć. Poza zajęciami szkolnymi tylko 38,6% chłopców oraz 34,7% dziewcząt wykonywało dodatkowe ćwiczenia fizyczne. Niepokojący jest fakt, że zajęcia sedenteryjne (odrabianie lekcji, czytanie, korzystanie z komputera i oglądanie telewizji) zajmowały w tej grupie młodzieży około 5 lub więcej godzin dziennie. Obserwowano jednocześnie nieadekwatną samoocenę młodzieży w kwestii stopnia wykazywanej aktywności ruchowej. U dzieci w wieku 11-15 lat z warszawskich szkół badanych od lat 70-tych ubiegłego wieku obserwuje się stopniowe narastanie nadwagi i otyłości. Obecnie patologia ta dotyczy około 15% chłopców i 22% dziewcząt [288].

W 2007 roku Marcysiak i wsp. przeprowadzili badania wśród uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum w Ustrzykach Dolnych. Wśród badanych uczniów 48% miało prawidłową masę ciała, 14% miało nadwagę, a 24% było zagrożone otyłością. Wśród uczniów klas ogólnych osoby z nadwagą stanowiły około 30%, zaś w klasach sportowych 20%. Około 43% ankietowanych uczniów deklarowało, że swój wolny czas spędzało na boisku wraz z przyjaciółmi (50% uczniów klas sportowych i 40% klas ogólnych), a 22% jeździło na rowerze. Niestety około 30% wolało spędzać czas przed telewizorem lub komputerem. Tylko 4% uczniów nie uprawiało żadnego sportu. Istotnie więcej czasu na zajęcia sportowe poświęcali uczniowie klas o sportowym profilu (2 godziny – ponad 70% uczniów) w porównaniu do uczniów klas ogólnych (2 godziny – 40% ankietowanych) [249].

Badanie prowadzone z szkołami podstawowymi w Rzeszowie w roku 2004 wśród 202 dzieci o średniej wieku 10 lat wykazało, że tylko około 34% ankietowanych

było aktywne fizycznie godzinę dziennie. Często, bo aż 4-5 razy w tygodniu ćwiczenia wykonywało około 40% ankietowanych, czasami (2-3 razy w tygodniu) około 24%, rzadziej 3,4% dzieci. Badani uprawiali rekreacyjnie różne sporty m.in.: grali w gry zespołowe (około 48%), biegali (35,6%), jeździli na rowerze lub rolkach (35,6%), pływali (27,2%). Około 20% ankietowanych uprawiało także sporty zimowe. Uczniowie spędzali także dużo czasu przed telewizorem. Około 20% badanych oglądało telewizję codziennie dłużej niż dwie godziny, często (4-5razy w tygodniu) około 27%, czasami (2-3razy w tygodniu) około 41% badanych dzieci. Tylko niecałe 13% badanych dzieci oglądało telewizję rzadziej. Podobnie sytuacja wyglądała w przypadku korzystania z komputera. Większość z badanych dzieci korzystała z komputera systematycznie. Co najmniej dwie godzinny dziennie z komputera korzystało około 12% dzieci, często – około 17%, czasami – 44% (2-3 razy w tygodniu) . Tylko 26,7% nigdy nie korzystało z komputera lub robiło to krócej niż 2h dziennie. Codziennie 54% badanych dzieci przebywało na świeżym powietrzu i większość z dzieci znało podstawowe zasady zdrowego stylu życia. Około 97% ankietowanych wiedziało, że należy dobrze się odżywiać, jeść dużo owoców i warzyw oraz, że należy być aktywnym fizycznie. Niewiele mniej ankietowanych wiedziało, że powinni myć zęby po każdym posiłku, nosić plecak na dwóch ramionach oraz codziennie spędzać przynajmniej godzinę na świeżym powietrzu. Około 68% ankietowanych wiedziało również, że należy pić dużo wody mineralnej [289]. Wyniki naszych badań są porównywalne, bo około 55% ankietowanych deklaruje, że wykonuje ćwiczenia systematycznie poza zajęciami szkolnymi. 74% ankietowanych podejmuje aktywność fizyczną poza szkołą dla przyjemności. Badana młodzież podejmuje aktywność fizyczną dla poprawy swojego wyglądu, poprawy kondycji czy stanu zdrowia. Codziennie ćwiczenia pozalekcyjne wykonuje około 11,5%.

Badacze z Dublinia przeprowadzili badanie wśród 7-9-letnich dzieci, które wykazało, że 39% ankietowanych dzieci wykonywało bardziej intensywne ćwiczenia, co najmniej 20 minut dziennie z częstotliwością trzech lub więcej treningów w tygodniu. Są to niepokojące wyniki, które sugerują, że upowszechnia się siedzący tryb życia nawet wśród dzieci [290].

Badania wśród 12-letnich dzieci z polskich szkół we Lwowie na Ukrainie wykazały, że tylko 9% chłopców i 13% dziewcząt ćwiczyło codziennie. Często (4-5 razy w tygodniu) wykonywało ćwiczenia 23% chłopców i 17% dziewcząt, czasem (2-3 razy w tygodniu) odpowiednio 41% i 30%. Rzadziej niż jeden raz w tygodniu lub

prawie nigdy nie ćwiczyło aż 27% chłopców i 40% dziewcząt. Są to bardzo poważne i niepokojące wyniki [291].

Z badań przeprowadzonych przez Świdorską-Kopacz i wsp. w grupie 1263 uczniów (13-16 lat) gimnazjów z Gorzowa Wielkopolskiego w roku szkolnym 2005/2006 wykazano, że w czasie wolnym od nauki tylko 43,2% badanej młodzieży wykonywało intensywne ćwiczenia fizyczne ponad 4 razy w tygodniu. Tylko raz w tygodniu, rzadziej lub wcale nie wykonywało ćwiczeń aż 27,3% ankietowanych uczniów. Intensywnie ćwiczyło w czasie wolnym około 50% uczniów klas pierwszych i około 36% uczniów klas trzecich. Wraz z wiekiem spada aktywność fizyczna. Młodszy uczniowie poświęcali także więcej czasu na ćwiczenia. Powyżej 4h w tygodniu ćwiczyło około 40% uczniów klas I i 35% uczniów klas III. Intensywne ćwiczenia fizyczne w czasie wolnym - 4 razy w tygodniu lub częściej - wykonywało 54,6% chłopców i 31,7% dziewcząt, 1 raz w tygodniu, rzadziej lub wcale nie ćwiczyło 19,7% chłopców i 34,9% dziewcząt. Chłopcy poświęcali także więcej czasu na ćwiczenia fizyczne w porównaniu do dziewcząt. Bierny sposób spędzania wolnego czasu przeważał wśród starszych uczniów. Aż 50,7% gimnazjalistów przeznaczało czas na oglądanie telewizji, a 49,2% na siedzenie przy komputerze 4h lub więcej w tygodniu. Czas przeznaczany przez uczniów na oglądanie telewizji i korzystanie z komputera wzrastał wraz z wiekiem. Chłopcy i dziewczęta przeznaczali podobną ilość czasu wolnego na oglądanie telewizji lub filmów video. 4h lub więcej w tygodniu przeznaczano na to 51,3% chłopców i 50,1% dziewcząt. Niepokojący jest fakt, że tylko 51,5% uczniów uważało spędzanie wielu godzin przed telewizorem lub komputerem za niekorzystne dla zdrowia. Około 64% uczniów było zdania, że zbyt mała ilość ćwiczeń fizycznych również jest nieodpowiednia i nie zapewnia zdrowia. Co trzeci uczeń stwierdził także, że edukacja w zakresie zdrowego stylu życia jest niewystarczająca [292].

Badania Zimnej-Walendzik i wsp. prowadzone były wśród dzieci w wieku około 12 lat w wybranych szkołach w Łodzi. Około 11% ankietowanych dzieci miało nadwagę, 16% było otyłych, zaś 8% miało niedowagę. Pozostała grupa dzieci miała prawidłową masę ciała. Większość nastolatków w tym wieku lubiła zajęcia wychowania fizycznego, 80% uczestniczyło w nich systematycznie. Najczęstszą przyczyną opuszczenia zajęć sportowych była choroba. Ćwiczenia sportowe w swoim czasie wolnym podejmowało jedynie 38% uczniów, choć większość z ankietowanych deklarowała, że potrafi pływać, jeździć na rowerze czy grać w różne gry zespołowe.

Konsekwencją malejącej aktywności fizycznej wśród nastolatków jest wzrost odsetka dzieci z nadmierną masą ciała [293]. Nasze badania również wskazują, że spore odsetki badanej młodzieży nie lubi zajęć wychowania fizycznego, ani podejmowania samemu aktywności fizycznej. Aż 27% badanych twierdzi, że nie ma chęci do podejmowania jakiegokolwiek aktywności fizycznej.

W 2005 roku zostały przeprowadzone badania w Białymstoku wśród uczniów szkół średnich w wieku 15-18 lat. W badaniach wzięto pod uwagę: sytuację materialną rodziny, wykształcenie rodziców, zatrudnienie rodziców, dobry lub zły stan zdrowia oraz płeć. Około 43% nastolatków spędzało od 3 do 4h dziennie przed telewizorem, a 38% przed komputerem. Tylko 31% młodych osób zadeklarowało, że wykonują codziennie ćwiczenia fizyczne o umiarkowanej intensywności w wymiarze większym niż 4h tygodniowo. W rodzinach dobrze usytuowanych materialnie młodzież oceniała korzystniej swoją sprawność fizyczną. Samoocena masy ciała była korzystniejsza w grupie młodzieży wśród lepiej usytuowanych materialnie rodzin oraz rodziców z wyższym wykształceniem. Jak pokazują wyniki badań dzieci chętniej uprawiali sport, jeśli mają dobry przykład w swoich rodzicach. Młodzież z rodzin, które rodzinnie uprawiają sport korzystniej oceniła swoją kondycję fizyczną w porównaniu do dzieci z rodzin nie uprawiających wspólnie ćwiczeń. Obserwuje się także korelację wykształcenia rodziców z aktywnością fizyczną ich dzieci. Im wyższe wykształcenie tym wyższy poziom aktywności ruchowej dzieci [270].

Ankieta przeprowadzona wśród gimnazjalistów z Gdańska w 2006 roku pozwoliła zaobserwować, że około 70% uczniów deklaruowało uprawianie sportu w czasie wolnym, z czego zdecydowana większość to byli chłopcy. W opinii gimnazjalistów najbardziej ogólnorozwojową formą aktywności fizycznej było bieganie i jazda na rowerze, a sami najczęściej (około 43%) wybierali gry zespołowe. Około 72% badanych uczniów miało pozytywny stosunek do zajęć wychowania fizycznego w szkole, jednocześnie, co czwarty uczeń nie lubił tych zajęć. Aby skutecznie zachęcić dzieci i młodzież do zainteresowania się aktywnością fizyczną, szkolne zajęcia wychowania fizycznego powinny być przyjemne i zróżnicowane oraz powinny być prowadzone zajęcia dodatkowe w ramach zajęć pozaszkolnych [284]. Nasze badania wykazały, że najchętniej wykonywaną aktywnością fizyczną wśród ankietowanych jest jazda na rowerze (około 68%), gry zespołowe, bieganie i pływanie. Intensywne ćwiczenia fizyczne 4 razy w tygodniu i częściej wykonuje tylko około 9% badanych, natomiast umiarkowaną aktywność z tą częstotliwością podejmuje 22% uczniów.

Umiarkowaną aktywność fizyczną 2-3 razy w tygodniu podejmuje około 37% ankietowanych.

Niska aktywność fizyczna oraz siedzący tryb życia są głównymi przyczynami nadwagi i otyłości nastolatków. Duże badanie ankietowe przeprowadzono w grupie uczniów z nadwagą oraz prawidłową masą ciała. Ankietowani pochodzili z pięciu województw i byli w wieku 13-15 lat. Około 20% uczniów z nadmierną masą ciała było nieaktywnych lub mało aktywnych ruchowo. 40% nieregularnie lub wcale nie uczestniczyło w zajęciach wychowania fizycznego, zaś jedynie 30% uczestniczyło w pozalekcyjnych zajęciach wychowania fizycznego w szkole. Nie zaobserwowano istotnych różnic w zakresie czasu spędzanego przed telewizorem i komputerem między uczniami z nadmierną i prawidłową masą ciała [70].

Ciekawym zagadnieniem jest także korelacja aktywności fizycznej i spożycia napojów energetycznych. W roku szkolnym 2007/2008 przeprowadzono badanie ankietowe wśród licealistów z Poznania [294]. Oceny aktywności fizycznej licealistów dokonano za pomocą standaryzowanego Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ) [295]. Wyniki badań wskazały, że uczniowie o większej aktywności fizycznej dwukrotnie częściej spożywali napoje energetyczne w porównaniu do osób mniej aktywnych fizycznie. Uczniowie z nadmierną masą ciała rzadziej spożywali wodę mineralną, a trzykrotnie częściej pili słodzone napoje (bez dodatków energetycznych) w porównaniu do uczniów o prawidłowej masie ciała. Aż 8,5-krotnie częściej napoje energetyczne spożywały osoby z nadmierną masą ciała w porównaniu do pozostałych uczniów. Średnio uczniowie sięgali najczęściej po wodę mineralną i soki, zaś po napoje energetyzujące sięgali, co drugi-trzeci dzień [294]. Niejednokrotnie stwierdzono, że spożycie słodzonych napojów prowadzi do zwiększenia poboru energii, co w konsekwencji sprzyja powstawaniu nadwagi [296]. Zwiększenie poboru energii jest skutkiem tego, że spożycie tego typu napojów prowadzi do wzrostu glukozy we krwi, zmniejszenia wrażliwości komórek na insulinę, obniżenia uczucia sytości [297].

Aktywność fizyczna podejmowana w latach dzieciństwa i młodości ma duże znaczenie dla kondycji w dorosłym życiu. Badani, którzy podejmowali chociaż umiarkowaną aktywność fizyczną przed 35 rokiem życia przez odpowiednią liczbę dni w tygodniu zgodnie z zaleceniami, są obecnie nadal bardziej aktywni ruchowo od osób, które uprawiały sport z mniejszą częstotliwością. Lepszym zdrowiem w wieku podeszłym cieszą się osoby, które wychowały się w rodzinach aktywnych fizycznie,

uprawiających wspólnie sporty i spędzających aktywnie swój wolny czas. Są one w starszym wieku bardziej wysportowane, wytrzymałe na obciążenia, swobodniej się poruszają oraz dłużej nie odczuwają zmęczenia w porównaniu z osobami, które były mało aktywne fizycznie w młodości [298].

Aktywność fizyczna nastolatków w Polsce jest zbieżna z trendami światowymi. Mniejszą aktywnością fizyczną charakteryzują się dziewczęta w porównaniu z chłopcami. Obniżanie się poziomu aktywności fizycznej, zwłaszcza dziewcząt, wraz z wiekiem jest ogólnie znaną tendencją nie tylko w Polsce, ale również w większości krajów świata. Blerne sposoby spędzania wolnego czasu obserwowane są wśród młodzieży we wszystkich grupach wiekowych: od uczniów szkół podstawowych, po gimnazjalistów i licealistów. Najpopularniejszymi formami spędzania czasu wolnego są: oglądanie telewizji, przeglądanie Internetu oraz gry komputerowe [299].

### **3. Zachowania antyzdrowotne – zażywanie substancji psychoaktywnych przez młodzież**

#### **Alkohol**

Najczęstszymi przyczynami picia alkoholu przez nastolatki są: wcześniejsze jego spożywanie, intencja picia, uleganie zachętom ze strony rówieśników, podatność na presję i brak umiejętności odmawiania. Wśród innych predyktorów picia badacze tematu wymieniają: uczestnictwo w imprezach alkoholowych oraz posiadanie przyjaciół, którzy piją [191,192, 300].

Badania prowadzone przez Pisarską i wsp. wśród grupy nastolatków w wieku 13-14 lat wykazały, że młodzi ludzie zaczęli pić wśród rówieśników, najczęściej w gimnazjum. Pierwsze sięganie po alkohol miało miejsce podczas spotkań towarzyskich bez dozoru rodziców oraz podczas wagarów. Młodzież spożywała także alkohol podczas wycieczek szkolnych, kiedy wychowawcy nie radzili sobie z opieką nad podopiecznymi. Wraz z wiekiem picie alkoholu stało się nieodłączną częścią imprez, a ankietowani 15-latkowie nie mieli większych problemów z kupieniem alkoholu. Powodami, dla których młodzież sięgała po alkohol były: chęć bycia dorosłym, chęć zaimponowania rówieśnikom. Ciekawe jest, że w opinii ankietowanych butelka alkoholu poprawiała kontakty towarzyskie, nawet wtedy, kiedy pozostała nienaruszona. Ankietowani wskazali, że namowy do picia alkoholu ze strony

rówieśników były rzadkie, a częściej byli namawiani przez starszych kolegów czy rodzeństwo. Chłopcy byli bardziej narażeni na presję grupy i dlatego częściej sięgali po alkohol [198].

Od lat 90-ych XX wieku prowadzone są cyklicznie ogólnopolskie badania dotyczące picia alkoholu przez młodzież. W 1990 roku Polska dołączyła do grupy 32 krajów, gdzie realizowane są badania HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Collaborative Cross-National Study) [11]. Natomiast od 1995 roku, co cztery lata prowadzi się w Polsce badania ankietowe w ramach programu europejskiego ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) [185].

Wyniki badań HBSC i ESPAD prowadzone w latach 1990-1998 wskazały, że na przestrzeni tych lat odsetek młodzieży w wieku 11-15 lat spożywających alkohol wahał się na podobnym poziomie 76-78% i był on niezależny od pochodzenia – miasto czy wieś. W latach 1990-1994 obserwowano wzrost odsetka młodzieży, która upiła się przynajmniej raz w życiu. W latach późniejszych odsetek ten spadł i kształtował się na poziomie 29% wśród 11-latków i 50% wśród 15-latków. Badania z 2002 roku wskazały, że w stanie upojenia alkoholowego, co najmniej raz w życiu było 58% chłopców i 44% dziewcząt w wieku 15 lat. W latach 2003-2005 obserwowano spadek młodzieży próbującej alkohol z 93% w roku 2003 do 85% w roku 2005. Zmalał także odsetek uczniów gimnazjów pijących alkohol na 30 dni przed badaniem ankietowym z 66% (2003r.) do 45% (2005r.). Spadkowi uległa także ilość nastolatków upijających się alkoholem (w ciągu 30 dni przed badaniem) z 29% w 2003 roku do 15% w 2005 roku. Najczęściej spożywanym napojem alkoholowym przez młodzież było piwo. W roku 1998 piło je w Polsce 64% chłopców i 48% dziewcząt, w tym odpowiednio 10% i 3% codziennie lub w każdym tygodniu. W 2003 roku wzrosła ilość młodych spożywających piwo do 76% chłopców i 62% dziewczyn. Ilość młodych osób pijących piwo zwiększała się wraz z wiekiem, ponadto młodzież zamieszkująca miasto piła je częściej w porównaniu do mieszkańców wsi. Spożycie wina czy wódki było mniej popularne wśród młodzieży, ponadto było niezależne od miejsca zamieszkania. Częściej te napoje alkoholowe spożywali chłopcy oraz uczniowie szkół zawodowych w porównaniu do liceów ogólnokształcących [185, 301-303].

Według wyników badań ESPAD z 2011 roku we wszystkich krajach średnio 87% ankietowanych nastolatków piło już alkohol. W ciągu ostatnich 12 miesięcy i 30 dni piło średnio odpowiednio 79% i 57% ankietowanych. W ciągu ostatnich 30 dni



alkohol spożywało 75% nastolatków z Czech i Danii, a tylko 17% z Islandii i 32% z Albanii. Stosunkowo niewielkie ilości alkoholu spożywały nastolatki z krajów skandynawskich i bałkańskich, choć nie można określić jasnego wzoru geograficznego. Spośród 36 badanych krajów w 15 znacznie więcej chłopców niż dziewcząt spożywało alkohol w ciągu ostatnich 30 dni, zaś dziewczęta stanowiły większość tylko w krajach: Islandii, Łotwie i Szwecji. Najczęściej spożywanym alkoholem wśród młodzieży było piwo. Biorąc pod uwagę ostatni dzień, kiedy ankietowani spożywali alkohol, to średnia ilość wypitego alkoholu pokrywała się z danymi z 2007 roku. Na poziomie krajowym ilość ta wzrosła w dziesięciu krajach, a spadła tylko w czterech. W krajach, w których badani zgłosili, że podczas ostatniego spożycia alkoholu wypili go w znacznych ilościach, zgłosili oni także większy poziom upojenia. Stanowi to pewnego rodzaju pomiar pijaństwa. Średnio, prawie sześciu na dziesięciu ankietowanych spożyło co najmniej kieliszek alkoholu w wieku 13 lat lub młodszym, a 12% było w stanie upojenia. Chłopcy sięgali po alkohol w młodszym wieku niż dziewczęta. Ta tendencja jest podobna niezależnie od badanego kraju. Uczniowie pijący alkohol zgłosili, jakie mieli z tego powodu problemy w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Średnio 13% badanych zgłaszało problemy w szkole, zaś 12% problemy z przyjaciółmi lub rodzicami. Krajami, w których wielu uczniów zgłosiło problemy związane ze spożywaniem alkoholu były: Bułgaria, Czechy, Łotwa i Słowacja. Problemy w szkole były zgłaszane w podobnych odsetkach zarówno przez chłopców jak i przez dziewczęta, natomiast chłopcy zgłaszali częściej kłopoty z policją, czy problemy agresji i walk z kolegami [304].

Z badań prowadzonych wśród nastolatków zamieszkujących Warszawę wynika, że 90% 15-letnich nastolatków miało już pierwszy kontakt z alkoholem. W ciągu 20 lat odsetek ten wzrósł o 10%. Odsetek uczniów, którzy upijali się alkoholem systematycznie rósł na przestrzeni lat 1988-1996 z 7,5% (1988) do 20% (1996). Odsetek ten w roku 1996 utrzymał się na względnie stałym poziomie, bo w 2004 roku około 20% 15-latków z Warszawy zadeklarowała, że upiła się alkoholem [305].

Inne badania prowadzone przez Gromadecką-Sutkiewicz i wsp. wśród grupy nastolatków w wieku 17,5 lat, wykazały, że 75% ankietowanych spożywa napoje alkoholowe. Co ciekawe wśród chłopców 72% przyznało się, że pije alkohol, zaś wśród dziewcząt - 80%. W ciągu ostatniego tygodnia około 72% respondentów spożywało piwo, 23% wino, zaś 36% alkohole wysokoprocentowe. Generalnie chłopcy częściej sięgali po alkohole wysokoprocentowe, zaś dziewczęta po wina [306]. Niektórzy badacze zwracają uwagę na tzw. „efekt pokolenia T”, który mówi o zmniejszaniu się

w młodych pokoleniach różnicy w odsetkach pijących chłopców i dziewczynek. Obecne statystyki wskazują na ciągłe tendencje do zrównania się ilości pijących mężczyzn i kobiet [307].

Badania Chodkiewicz i wsp. prowadzonych wśród uczniów szkół ponadpodstawowych wskazują, że 88% młodzieży próbowała już alkoholu. Zarówno wśród chłopców jak i dziewcząt obserwuje się znaczny przyrost pierwszych prób picia już pomiędzy dziewiątym a dziesiątym rokiem życia. W młodszym wieku częściej pierwsze kontakty z alkoholem mają chłopcy, natomiast w wieku 14-15 lat dziewczęta dorównują chłopcom [308]. Wysoki odsetek ilości nastolatków (97,9%), którzy mieli za sobą pierwszą próbę picia alkoholu odnotował Sierosławski i wsp. w swoich badaniach wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Stwierdził on także, że aż 95,1% ankietowanych piło alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy [309]. Inne badania prowadzone wśród nastolatków z Poznania w szkołach licealnych i technicach zawodowych, pozwoliły zauważyć wzrost konsumpcji alkoholi wśród ankietowanych z 82,5% w 1997 roku do 85,7% w 2007 roku [310]. Nasze badania również wskazują na wysokie odsetki licealistów spożywających alkohol. Przeszło połowa ankietowanych uczniów przyznaje, że spożywa alkohol sporadycznie – 51%, 1 raz tygodniu spożywa alkohol 16%, a kilka razy w tygodniu 7% ankietowanych. Najchętniej spożywanymi trunkami wśród licealistów, co potwierdza wyniki innych badaczy, jest piwo (58,61%), wódka (43,35%) oraz wino (29,00%).

Z ogólnopolskich badań przeprowadzonych pośród uczniów szkół gimnazjalnych i licealnych w roku 2011 wśród 10 083 respondentów wynika, że 51% gimnazjalistów oraz 82% licealistów konsumowała alkohol kiedykolwiek w życiu. Pośród gimnazjalistów odsetek pijących dziewcząt – 48% był nieco niższy aniżeli chłopców – 53%. W przypadku młodzieży licealnej stwierdzono, że odsetek pijących dziewcząt, przewyższył procentowo liczbę spożywających alkohol chłopców. W przypadku dziewcząt wyniósł on 83% natomiast chłopców 80%. Biorąc pod uwagę częstość konsumpcji napojów alkoholowych przez gimnazjalistów i licealistów autorzy stwierdzili, że starsi uczniowie częściej pili alkohol raz w tygodniu bądź kilka razy w tygodniu aniżeli ich młodsi koledzy [311]. W badaniach własnych wykazano, że 74% respondentów spożywało alkohol kiedykolwiek w życiu z różną częstością. Wśród badanych licealistów 51% młodzieży pije alkohol sporadycznie, 16% raz w tygodniu, natomiast 7% kilka razy w tygodniu. W badaniach wykazano, że chłopcy częściej sięgają po alkohol raz w tygodniu, bądź kilka razy w tygodniu. Dziewczęta natomiast

piją alkohol sporadycznie. Badania ogólnopolskie dowiodły, że do najczęściej konsumowanych napojów alkoholowych zarówno przez uczniów szkół gimnazjalnych jak i ponadgimnazjalnych należało piwo (gimnazjaliści – 84%, licealiści – 92%). Po wódkę (gimnazjaliści – 48%, licealiści – 75%) i wino (gimnazjaliści – 49%, licealiści – 64%) chętniej sięgali licealiści [311]. Podobnie w badaniach własnych uczniowie deklarowali, że najczęściej piją piwo – 59%, w dalszej kolejności wódkę – 43% i wino – 29%.

Ciekawe badania na temat opinii o alkoholu prowadziła Kułak i wsp. wśród grup studentów. Około 42% ankietowanych było przekonanych, że można spożywać alkohol w niektórych przypadkach i w małych ilościach. 20% nie widziało powodów, dla których nie można pić alkoholu, 19% uważało, że nie wolno go spożywać w żadnych okolicznościach. W opinii ankietowanych współczesna młodzież najczęściej pije piwo (około 64%), wysokoprocentowe alkohole (około 22%) oraz wino (9,5%). Najrzadziej spożywa się bimbler i szampana. Trzy czwarte ankietowanych studentów nie potępiało swoich rówieśników nadużywających alkoholu, zaś około 21% krytykowało takie zachowanie [312].

## **Palenie**

Codziennie bardzo wielu nastolatków zapala pierwszego w swoim życiu papierosa, stając się potencjalnymi kandydatami do pozostania w przyszłości nałogowymi palaczami. Badania Woynarowskiej i wsp. z lat 1990-1998 roku wykazały, że papierosy paliło 19% chłopców i 12% dziewcząt w wieku 11–19 lat [313].

Obniżeniu uległa także średnia wieku, w którym młodzież sięgała po pierwszego papierosa – największy wzrost liczby nieletnich palaczy miał miejsce między 13 a 15 rokiem życia. Zgodnie z wynikami Niewiadomskiej i wsp. papierosy paliło 45–53% uczniów szkół zawodowych, 36% młodzieży uczęszczającej do liceum oraz 6% uczniów szkół podstawowych [314].

Badania prowadzone przez Grochowską i wsp. skupiły się na uczniach szkół ponadgimnazjalnych w wieku 16 lat. Ankietowani pytani byli o palenie papierosów. Spośród ankietowanych 28% uczniów deklarowało, że paliło papierosy, zaś 7,3% pali je obecnie. Palący stale uczniowie wypalali zwykle do 10 papierosów w ciągu tygodnia. Palenie rzuciło około 3% uczniów w ciągu ostatnich 6 miesięcy i taki sam odsetek w czasie dłuższym niż 6 miesięcy. Młodzież często było namawiana do palenia –

w ciągu ostatnich 30 dni nakłanianych było 23% ankietowanych. Palenie młodych osób często miało związek z paleniem rodziców. Aż 45% rodziców ankietowanych uczniów paliło papierosy. Młodzież została zapytana także o konsekwencje palenia papierosów. Aż 92% wskazało, że palenie niszczy zdrowie, 49% że zmniejsza finanse. Ponadto może prowadzić do konfliktów rodzinnych czy problemów w szkole. Tylko 2% ankietowanych stwierdziło, że palenie nie wywołuje żadnych zmian [315].

Badania zachowań ryzykownych wśród młodzieży, w tym palenia tytoniu, przeprowadzono w Polsce w 2002 roku jako część badania HBSC w kooperacji z WHO. Wyniki badań wykazały, że 7% nastolatków regularnie paliło papierosy [280]. Wyniki naszych badań są porównywalne, gdyż 13% badanych licealistów zadeklarowało, że pali papierosy. W innych badaniach wykazano, że do palenia tytoniu przyznało się 14% licealistów. Poddając analizie częstotliwość palenia papierosów autorzy spostrzegli, że połowa palących sięgała po papierosa codziennie [316].

Prowadzone są także badania regionalne problemu palenia wśród młodzieży, jak na przykład prowadzone badania w Gorzowie Wielkopolskim za sprawą Świderskiej-Kopacz i wsp. Badaniami objęci byli uczniowie gimnazjów publicznych. Wśród badanych aż 55% przyznało się do podejmowania prób palenia. W okresie prowadzenia badań (w latach 2005-2006) 21% uczniów paliło papierosy z różną częstotliwością, w tym codziennie paliło 11% ankietowanych. 5% badanych paliło tygodniowo więcej niż 41 papierosów [317]. Nasze badania wskazują na niższe odsetki palących tytoni nastolatków.

Niepokojące są wyniki badań prowadzone w 2002 roku wśród młodzieży w wieku 11-15 lat. Próby palenia podjęło około 44% młodzieży, zaś wśród 15-latków pierwszą inicjację tytoniową miało 65% badanych. Obecnie pali około 17% nastolatków (30% wśród 15-latków). Co dziesiąty ankietowany nastolatek był regularnym palaczem, który palił papierosa codziennie lub co najmniej raz w tygodniu. W grupie 15-latków odsetek palących regularnie był dwa razy wyższy (około 20%). Liczba wypalanych papierosów była różna, średnio młody palacz wypalał około 25 papierosów tygodniowo. Ponad połowa palaczy wypalała do 10 papierosów tygodniowo, co czwarty od 11 do 40 papierosów, zaś, co piąty wypalał ich powyżej 40 tygodniowo [318].

W Polsce prowadzi się także badania ankietowe dotyczące palenia papierosów wśród studentów. W populacji badanych studentów około 25% paliło papierosy, 61% nie paliło, zaś pozostali palili kiedyś w przeszłości (w tym około 5% nie paliło od miesiąca, około 2% od roku, tyle samo od 3 tygodni, a około 3% od 10 lat). W grupie

palących regularnie około 40% paliło od 16 lat, 23% od 19 lat, pozostali palili krócej. Palący ankietowani wypalali paczkę papierosów zwykle w ciągu 2-3 dni (ok. 46%), w ciągu tygodnia (ok. 23%), miesiąca (ok. 15%). W ciągu dnia paczkę papierosów wypalało około 8% ankietowanych [312].

Na problem palenia wśród młodych ludzi zwracają także uwagę inni autorzy. Obecnie jest to istotny problem społeczny, który dotyczy także ludzi wykształconych, studiujących kierunki medyczne, co z pozoru powinno być czynnikiem ograniczającym i chroniącym tych ludzi przed zachowaniami antyzdrowotnymi i ryzykownymi. Kołłątaj i wsp. badaniami objęli studentów Akademii Medycznej w Lublinie. Wśród ankietowanych około 28% stanowili palacze, w tym 11% paliło nałogowo, a 16,5% paliło okazjonalnie. Większość osób palących (ok. 80%) zdawała sobie sprawę ze szkodliwości papierosów, a mimo to tylko 45% z nich wyrażało chęć zerwania z nałogiem [319].

Wyniki badań ESPAD (Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na temat Alkoholi i Narkomanii) prowadzone w 2011 roku porównały sytuację dotyczącą palenia w 36 państwach Europy. Średnio 54% badanych nastolatków paliło papierosy, zaś 28% paliło je w ciągu ostatniego miesiąca. Spośród wszystkich ankietowanych 2% wypalało jedną paczkę dziennie. Wysokie wskaźniki palenia wśród młodzieży obserwuje się m.in. w: Bułgarii, Chorwacji, Czechach, Francji, Łotwie, Monako i Słowacji. Natomiast niskie wskaźniki palenia papierosów przez nastolatków odnotowano w: Albanii, Islandii, Czarnogórze i Norwegii [304].

## **Narkotyki**

Ogromnym zagrożeniem dla młodych ludzi są narkotyki, leki i inne środki chemiczne działające psychoaktywnie [320]. Z roku na rok coraz więcej młodych ludzi sięga po narkotyki. Najczęściej sięgają po nie tylko raz lub kilka razy, jednak duża część z tych, co spróbowali, uzależnia się [321].

Badania prowadzone przez Woynarowską i wsp. wśród nastolatków w wieku 11-15 lat pokazały, że najczęściej używaną przez nich substancją była marihuana i haszysz. Do ich używania przynajmniej raz przyznało się około 15% badanych (20,9% chłopców i 9,3% dziewcząt). Częściej (10 razy i więcej) po marihuanę sięgnęli chłopcy (około 5%) i tylko 1,2% dziewcząt. Pod względem częstości używania narkotyków, na drugim miejscu znalazła się amfetamina i środki wziewne, które były

próbowane przez 4% badanych, a mniej niż 1% używała ich częściej. Około 3% ankietowanych przyznała się do zażywania leków w celu odurzenia się. Spośród wszystkich substancji narkotycznych, co najmniej jedną z nich w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażyło 18,3% badanych nastolatków (w tym około 23% chłopców i 13% dziewcząt) [318]. Wyniki naszych badań ankietowych wskazują, że 14% badanych licealistów próbowało narkotyków, a 7% miało kontakt z dopalaczami. Wyniki te są bardzo podobne do wyników badań wykazanych przez innych autorów.

Wśród nastolatków w wieku 13-19 lat najczęściej używanymi substancjami psychoaktywnymi był alkohol, marihuana i haszysz. Około 95% ankietowanych w ciągu ostatniego roku zażywało jedną z wyżej wymienionych substancji przynajmniej 1-2 razy, a około 30% - 40 i więcej razy. W ciągu ostatniego roku 74% ankietowanych sięgało także po inne substancje narkotyczne. Badani zażywali amfetaminę (około 53%), ekstazy (34%), leki uspokajające (około 24%), LSD i inne substancje halucynogenne (20%), grzybki halucynogenne (20%), kleje i rozpuszczalniki (14%). Najbardziej młodzież sięgała po heroinę, kokainę i sterydy anaboliczne. Dożylnie narkotyki w ciągu ostatniego roku przyjmowało około 4,5% badanych nastolatków (co najmniej 1-2 razy) [322].

Liczne badania wskazują na związek przyjmowania narkotyków z relacjami społecznymi młodzieży. Słabe wyniki w nauce, problemy w komunikowaniu się i w relacjach z ludźmi podawało wielu 17-18-latków z ośmiu państw europejskich (w tym w Polsce), jako istotne konsekwencje zażywania narkotyków. Skala tych problemów w ogólnej populacji młodzieży nie przekracza 6% [323]. Nie można jednak jednoznacznie stwierdzić, że przyjmowanie narkotyków jest przyczyną problemów na tle społecznym. Często występują tu bardzo złożone zależności. Badanie prowadzone wśród młodzieży amerykańskiej wskazało, że istnieją silne zależności między narkotyzowaniem się a problemami w szkole. Niska motywacja do nauki na początku szkoły średniej wiąże się z większym zaangażowaniem w przyjmowanie narkotyków podczas kolejnych lat nauki, co ma według młodzieży pomóc im w poprawieniu wyników. Niestety w rzeczywistości przekłada się to na gorsze wyniki w nauce i problemy z uzyskaniem dyplomu [324].

W Polsce, w latach 1996-2000 prowadzone były badania zażywania narkotyków wśród młodzieży warszawskiego Mokotowa. Wyniki tych badań wskazały na silny wzrost upowszechniania się przyjmowania narkotyków, zwłaszcza podczas imprez i spotkań towarzyskich. W 2000 roku ponad połowa ankietowanych nastolatków miała

doświadczenia z narkotykami. Świadczy to o rosnącej popularności narkotyków oraz o powstawaniu mody na ich zażywanie podczas prowadzenia życia towarzyskiego. Od początku badań najpopularniejszymi narkotykami wśród młodzieży była marihuana i haszysz, a odsetek nastolatków próbujących przetworów konopi wzrósł z około 10% do 40%. Od końca lat 80 na Mokotowie obserwowano wzrost liczby młodych ludzi sięgających po narkotyki w celu zaspokojenia ciekawości. Również rozszerzała się gama dostępnych środków psychoaktywnych o: amfetaminę, LSD, heroinę, ekstazy, kokainę i inne. Ciągły wzrost młodzieży deklarujących częste używanie narkotyków jest bardzo niepokojący. Może to świadczyć o kształtowaniu się grup nastolatków regularnie przyjmujących nielegalne narkotyki. Dane z 2000 roku wskazały, że 6% uczniów pierwszych klas ponadpodstawowych należało do grup zagrożonych uzależnieniem. W 1996 roku takich osób było o połowę mniej [325]. Tendencje wzrostowe zażywania narkotyków obserwuje się głównie wśród dziewcząt. W pierwszej połowie lat 90-ych chłopcy znacznie częściej sięgali po narkotyki niż dziewczęta, zaś w okresie 1996-2000 obserwowano znaczny wzrost zażywania narkotyków przez dziewczęta [326]. Trendy odnotowane w badaniach nastolatków z Mokotowa są zbliżone do obrazu, jaki obserwuje się w badaniach ogólnopolskich. Wyniki badań ESPAD (Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na temat Alkoholi i Narkomanii) z 1995 i 1999 roku wskazały, że używanie narkotyków stało się coraz bardziej powszechne [327]. Nasze badania wykazały, że spośród 14% licealistów, którzy próbowali narkotyki, aż 15% deklaruje, że przyjmuje je regularnie, a 85% sporadycznie. Identyczne odsetki licealistów przyjmuje z tą samą regularnością substancje psychoaktywne - dopalacze (spośród 7%, które zadeklarowało zażywanie dopalaczy).

W 2011 roku na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przeprowadzono kolejne badanie w ramach ESPAD wśród młodzieży w wieku 15-16 lat (trzecia klasa gimnazjum) oraz 17-18 lat (druga klasa szkoły ponadgimnazjalnej). Najbardziej popularnymi narkotykami, po które sięgała młodzież były marihuana i haszysz. Do używania tych narkotyków przyznało się około 24% młodszych i około 37% starszych uczniów. Drugim najpopularniejszym narkotykiem okazała się amfetamina, po którą sięgnęło przynajmniej raz w życiu około 4,5% młodszych i około 8% starszych uczniów. Badania ESPAD w 2011 roku zostały także wzbogacone o pytania dotyczące dopalaczy. Co dziesiąty 15-16-latek sięgał po dopalacze oraz więcej, niż co siódmy

17-18-latek. Wyniki raportu ESPAD z 2011 roku porównują sytuację w krajach europejskich. Prawie 30% uczniów tych krajów uważało, że ma łatwy dostęp do marihuany. Średnio 21% chłopców i 15% dziewczyn próbowało narkotyków przynajmniej raz w życiu. W ponad dwóch trzecich krajów ESPAD stwierdzono o wiele wyższe odsetki chłopców próbujących narkotyki w porównaniu do dziewczyn. Inicjację narkotykową miało za sobą 43% nastolatków mieszkających w Czechach, około 40% ankietowanych z Francji i Monako. Najniższe odsetki zaobserwowano w Bośni i Hercegowinie, Mołdawii, Czarnogórze i Norwegii. U 13% wszystkich ankietowanych uczniów odnotowano zażywanie przetworów konopi w ciągu ostatniego roku, zaś w ciągu ostatnich 30 dni – u 8% chłopców i 5% dziewcząt. W większości krajów to chłopcy częściej zażywali marihuanę [304].

W Polsce prowadzone były także badania stosowania narkotyków wśród studentów. Około 62% studentów miało negatywny stosunek do narkotyków, a tylko niecałe 3% miało o nich pozytywne zdanie i lubiło je zażywać. Około 30% ankietowanych wypowiadało się obojętnie o narkotykach, a niecałe 5% nie miało na ich temat zdania. Trochę ponad 65% ankietowanych studentów potępiało przyjmowanie narkotyków przez swoich kolegów. Podobny odsetek ankietowanych stwierdził, że nie ma trudności z kupieniem narkotyków, zaś około 32% nie wiedziało jak je zdobyć. Około połowa badanych studentów mogła zaopatrzyć się w substancje psychoaktywne od swoich znajomych i przyjaciół. Generalnie 70,5% ankietowanych studentów przynajmniej raz w życiu przyjmowało narkotyki. Najczęściej, bo aż w 40% ankietowani przyznali się do palenia marihuany, w tym ponad 50% paliło ją tylko raz, a około 14% wiele razy. Wśród innych narkotyków zażywanych przez studentów można wymienić: kleje i rozpuszczalniki (około 5%), kokainę (niecałe 4%, w tym połowa spróbowała raz, a druga wiele razy), ekstazy (5,7%, w tym ponad 66% zażywało ją wiele razy). Niecałe 30% ankietowanych studentów zażywało narkotyki raz w miesiącu, raz na pół roku około 16%, raz w tygodniu ponad 13% ankietowanych. Niepokojące jest, że niecałe 10% studentów stosowało narkotyki raz dziennie. Stosunek do narkotyków według badanych studentów kształtują głównie: media, rodzina, przyjaciele, filmy, szkoła oraz własne doświadczenia z narkotykami [328]. Przyczyn przyjmowania narkotyków w młodości ankietowani upatrywali w problemach życiowych, zaspokojeniu ciekawości, wpływie rówieśników czy próbach wyróżnienia się, ucieczce od nudy [312].



## VI. WNIOSKI

1. Zachowania zdrowotne młodzieży licealnej w wybranych miastach województwa wielkopolskiego w zakresie żywienia i aktywności fizycznej odbiegają od rekomendacji polskich i międzynarodowych. W badanej populacji stwierdzono szereg nieprawidłowości w sposobie żywienia. Do najbardziej rozpowszechnionych należy: nieregularne jedzenie I śniadania przed wyjściem do szkoły oraz II śniadania w szkole, a także niewłaściwa częstotliwość spożywania niektórych grup produktów spożywczych.
2. Aktywność fizyczna respondentów wydaje się być dostateczna i w większości przypadków zachowana jest na poziomie minimalnej rekomendowanej ilości. Niepokojące są wyniki badań ankietowanych licealistów, którzy nie mają chęci do wykonywania ćwiczeń fizycznych zarówno w szkole, jak i poza nią. Może to mieć niekorzystne konsekwencje zdrowotne w ich dalszych latach życia.
3. Większość uczniów wykazuje prawidłowy stan odżywienia w odniesieniu do wskaźnika BMI. W grupie dziewcząt częściej występuje niedowaga, natomiast wśród chłopców nadwaga. Odsetek nadwagi i otyłości pośród ankietowanych uczniów jest niższy, aniżeli w innych poczynionych obserwacjach w naszym kraju.
4. Samoocena masy ciała w porównaniu do obiektywnego wskaźnika mierzalnego – BMI wskazuje na duży krytycyzm ankietowanej młodzieży w stosunku do swojej sylwetki i masy ciała. Uzyskane wyniki sygnalizują potrzebę edukowania młodzieży w zakresie prawidłowej masy ciała oraz konieczność badań oceny stanu odżywiania.
5. W przypadku zachowań antyzdrowotnych odsetek licealistów sięgających po alkohol, papierosy oraz narkotyki jest porównywalny z wynikami innych autorów i jest tym samym niepokojący. Niezbędna jest więc edukacja młodzieży w zakresie zagrożeń zdrowotnych wynikających z przyjmowania substancji psychoaktywnych.
6. Prowadzone badania zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych wśród licealistów w wybranych miastach województwa wielkopolskiego nie wykazały istotnych różnic w zależności od miejsca zamieszkania i płci.

## VII. STRESZCZENIE

Aktywność fizyczna i odpowiednio zbilansowana dieta stanowią podstawę prawidłowego zdrowia oraz rozwoju dzieci i młodzieży. Okres 16-19 roku życia to wiek, w którym młodzież uczęszczająca do szkół średnich powinna osiągnąć dojrzałość fizyczną, psychiczną i społeczną. Wykształcone w tym okresie nawyki są powielane w kolejnych latach życia. Wpływa to na zdrowie i ryzyko zachorowań na choroby, głównie przewlekłe w wieku dorosłym. Końcowa faza dorastania charakteryzuje się kryzysem tożsamości, nastolatki często nie radzą sobie ze zmianami zachodzącymi w budowie ich ciała, z emocjami, dlatego też często podejmują próby zachowań antyzdrowotnych takich jak: palenie tytoniu, spożycie alkoholu i zażywanie innych substancji psychoaktywnych. Zmiany w okresie dorastania wymagają dostarczenia organizmowi odpowiedniej ilości pożywienia oraz aktywności fizycznej dla zapewnienia zdrowia. Z tych względów celem pracy jest określenie, zdefiniowanie oraz ocena zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych młodzieży licealnej.

Standaryzowane narzędzie badawcze, jakim był kwestionariusz ankiety wykorzystano dzięki uprzejmości prof. dr hab. Elżbiety Maciorkowskiej – kierownika Zakładu Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

W dobranej grupie uczniów szkół średnich z terytorium województwa wielkopolskiego za pomocą kwestionariusza ankiety założono uzyskanie informacji pozwalających na ocenę ich wiedzy w zakresie fizjologii żywienia, jakości spożywanych posiłków, znajomości zasad prawidłowego żywienia, aktywności fizycznej oraz stosowania środków psychoaktywnych. Ankietyzację przeprowadziła autorka pracy przy pomocy nauczycieli zatrudnionych w szkołach. Kwestionariusz ankiety wypełniali samodzielnie uczniowie w trakcie zajęć lekcyjnych.

Kwestionariusz ankiety składał się z czterech części: metryczki, pytań dotyczących odżywiania, aktywności fizycznej oraz stosowania substancji psychoaktywnych.

Wyniki badań wprowadzono do centralnej bazy danych programu STATISTICA. Uzyskane wyniki porównano z zaleceniami i rekomendacjami międzynarodowymi oraz polskimi z zakresu żywienia, diety i aktywności fizycznej. Młodzież w badanej grupie w 73% charakteryzowała się prawidłową masą ciała, a 7% spośród ankietowanych miało nadmierną masę ciała. Badana młodzież spożywa posiłki

nieregularnie, a wśród powodów, dla jakich młodzież rezygnuje z posiłków najczęściej wymieniano brak czasu lub brak apetytu. Około 70% ankietowanych spożywa sporadycznie produkty typu „fast-food”, zaś około 15,5% spożywa je raz w tygodniu. Około 45% ankietowanej młodzieży zjada 3-4 razy w tygodniu słodczy, 31% je słodczy codziennie. Przeprowadzone badania wskazują, że znaczna część badanej młodzieży (68%-zawsze i 20%- zazwyczaj) uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego w szkole. Około 55% ankietowanych deklaruje, że wykonuje ćwiczenia systematycznie poza zajęciami szkolnymi. Codziennie ćwiczenia pozalekcyjne wykonuje około 11,5%. Aż 27% badanych stwierdziło, że nie ma chęci do podejmowania jakiegokolwiek aktywności fizycznej. Przeszło połowa ankietowanych uczniów przyznała, że spożywa alkohol sporadycznie – 51%, 1 raz w tygodniu spożywa alkohol 16%, a kilka razy w tygodniu 7% ankietowanych. Najchętniej spożywanym trunkiem jest piwo. 13% badanych licealistów zadeklarowało, że pali papierosy i aż 14% próbowało narkotyków. Spośród tej grupy aż 15% deklaruje, że przyjmuje je regularnie, a 85% sporadycznie.

Zachowania zdrowotne młodzieży licealnej województwa wielkopolskiego w zakresie żywienia i aktywności fizycznej odbiegają od rekomendacji polskich i międzynarodowych. Badani licealiści mają niewłaściwe nawyki żywieniowe, nie odżywiają się regularnie, jedzą za mało warzyw i owoców, natomiast za dużo słodczy. Aktywność fizyczna respondentów wydaje się być dostateczna i w większości przypadków odpowiada minimalnej rekomendowanej ilości. Niepokojące są ilości licealistów, którzy nie mają chęci do wykonywania ćwiczeń fizycznych zarówno w szkole, jak i poza nią. Może to mieć niekorzystne konsekwencje zdrowotne w dalszych latach życia. Niepokojące są także wysokie odsetki licealistów podejmujących zachowania antyzdrowotne takie jak: picie alkoholu, palenie papierosów oraz zażywanie narkotyków.

Dane obserwacje pokazują, że w badanej populacji uczniów należy realizować programy edukacyjne z zakresu prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej, rozszerzając i pogłębiając wiedzę na ten temat. Działania z zakresu promocji zdrowia winny kształtować zachowania zdrowotne w tym zakresie.

## SUMMARY

Physical activity and properly balanced diet are essential to the proper health and development of children and teenagers . The period between 16 and 19 years is the age at which young people attending school should reach physical, psychological and social maturity.

Habits obtained at that time are followed in subsequent years. This affects the health and risk of chronic diseases, especially in adulthood. The final phase of adolescence is characterized by a crisis of identity, teenagers do not often cope with changes in the structure of their body, emotions, and therefore they attempt unhealthy behaviors such as smoking, alcohol consumption and use of other psychoactive substances. Changes in adolescence require the delivery of adequate amounts of food and physical activity for the body in order to provide health. For these reasons, the aim of this work is to identify, define and assess healthy and unhealthy behaviors among high school students.

A questionnaire, which was a basic research tool, was used thanks to the courtesy of Prof. MD Elżbieta Maciorkowska- the Head of the Department of Developmental Age Medicine and Paediatric Nursing, Medical University of Bialystok.

The questionnaire for a selected group of high school students from the territory of the Wielkopolska region was established to obtain information so as to assess student's knowledge of physiology, nutrition, quality of meals, the knowledge of the proper nutrition characteristics, physical activities and the use of psychoactive substances. The questionnaire was carried out by the author of the thesis with the help of the teachers employed in schools. Students filled in the questionnaire alone during lessons.

The questionnaire consisted of four parts: the imprint, questions related to nutrition, physical activity and the use of psychoactive substances.

The author of the work introduced the findings to a central database called STATISTICA. The results were compared with the international and Polish recommendations of nutrition, diet and physical activity. 73% of teenagers in the study group had normal body weight, whereas 7 % of them had excessive weight. The participants of the research eat meals irregularly and the lack of time or appetite are the most frequently mentioned reasons for giving up meals. About 70% of respondents occasionally eat fast food products, and about 15.5% eat them once a week. About 45% of youth eat sweets 3-4 times a week , 31% eat sweets every day. The study indicates

that a large number of young people namely, 68% always and 20% usually participate in physical education at school. About 55% of the respondents say that they do exercises regularly outside school. About 11.5% of students do extracurricular exercises every day. As many as 27% of respondents stated that they are not willing to engage in any physical activities. More than half of the students admitted that occasionally consume alcohol , 16% of respondents drink 1 time a week, and 7% of participants of the survey drink a few times a week. The most consumed beverage is beer. 13% of high school students admit that they smoke cigarettes and 14% have tried drugs. Out of the group of drug takers as much as 15% of them take drugs regularly and 85% occasionally.

Health behaviors of high school students from the Wielkopolska region in the field of nutrition and physical activity differ from Polish and international recommendations . High school students have inappropriate eating habits, do not eat regularly, do not eat enough fruit and vegetables, and eat too much sweets. Physical activity of the respondents seems to be sufficient and in most cases corresponds to the minimum of the recommended quantity. The number of high school students, who do not have the desire to perform physical exercise either at school or outside, seems to be worrying. This can have adverse health consequences in later life. The high percentage of high school students following unhealthy behavior such as drinking, smoking and using drug appears to worrying as well.

The observations show that educational programs in the field of nutrition and physical activity should be implemented to the study group to broaden and deepen the knowledge of the subject. What is more, the health promotion should shape health behavior .

## VIII. PIŚMIENNICTWO

1. Knapik A, Plinta R, Saulicz E, Kuszewski M. Znaczenie aktywności ruchowej w profilaktyce zdrowotnej. *Zdr Publ.* 2004, 114(3): 331-337.
2. Woynarowska B. (red.): *Zdrowie i szkoła*. PZWL, Warszawa 2000.
3. Birch L, Fisher J. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics.* 1998, 101(3): 539-549.
4. Charbos E, Charzewska J. Low physical activity of adolescents promotes development of obesity. *Probl Hig Epidemiol.* 2008, 89(1): 58-61.
5. Charzewska J, Jajszczyk B, Chojnowska Z. Żywieniowe czynniki chorób niezakaźnych w populacji dzieci i młodzieży. *Otyłość, żywienie, aktywność fizyczna, zdrowie Polaków. IŻŻ*, Warszawa 2006.
6. Woynarowska B. School health education in Poland. Changes in the last decades and a new proposal. *Probl Hig Epidemiol.* 2008, 89(4): 445-452.
7. Leowski J. Funkcje zdrowia publicznego. *Zdr Publ.* 2001;111:382-386.
8. Wojtczak A. *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
9. Woynarowska B. Środowisko społeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. *Raport z badań*, Warszawa 2003.
10. Spear BA. Adolescent growth and development. *J Am Diet Assoc.* 2002;102: 23-29.
11. Woynarowska B, Mazur J. *Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje Zmian w latach 1990-1998*. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2000.
12. Gajewska M, Gębska-Kuczerowska A, Car J. Uwarunkowania samooceny wiedzy na temat zasad prawidłowego żywienia oraz sposobu żywienia młodzieży. *Lublin-Polonia, Ann Univ Mariae Curie Skłodowska;* 2005, XVI(109): 1-4.
13. Charzewska J, Chabros E. Trendy w żywieniu i stanie odżywienia młodzieży w ostatnich 20 latach. *Żyw Człow Metab.* 2004; S.1-cz. 1.

14. Mazur J, Woynarowska B, Kołło H. Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej. Raport techniczny z badań HBSC w Polsce w 2006 r., Warszawa 2007.
15. O'Connor TM, Yang SJ, Nicklas TA. Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. *Pediatrics*. 2006, 118(4): 1010-1018.
16. Rajeshwari R, Yang SJ, Nicklas TA, Berenson GS. Secular trends in children's sweetened-beverage consumption (1973 to 1994): the Bogalusa Heart Study. *J Am Diet Assoc*. 2005, 105(2):208-214.
17. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Regular sugar sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children. *J Am Diet Assoc*. 2007, 107(6):924-935.
18. Paeratakul S, Ferdinand DP, Champagne CM, Ryan DH, Bray GA. Fast-food consumption among US adults and children: dietary and nutrient intake profile. *J Am Diet Assoc*. 2003, 103(10):1332-1338.
19. Vereecken CA, de Henauw S, Maes L. Adolescents' food habits: results of the Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Br J Nutr*. 2005, 94: 423-431.
20. Edwards JSA, Meiselman HL. The influence of positive and negative cues on restaurant food choice. *Int J Contemp Hospit Manag*. 2005, 17(4): 332-344.
21. Kołło H, Woynarowska B. Nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt w okresie dojrzewania a sytuacja ekonomiczno- społeczna ich rodzin. *Med Wieku Rozw*. 2004, VII: 611-622.
22. Kołło H, Woynarowska B. Samoocena masy ciała i odchudzanie się dziewcząt w okresie dojrzewania. *Przegl Pediat*. 2004, 3-4: 196-201.
23. Gacek M. Wiedza i nawyki żywieniowe młodzieży licealnej w Krakowie. *Wych Fiz Zdrow*. 2002; 12: 10-12.
24. Nitsch-Osuch A, Kędzierska M, Topczewska-Cabanek A, Gyrczuk E, Życińska K, Wardyn KA. Nawyki żywieniowe młodzieży w wieku gimnazjalnym - co nastolatki jedzą w szkole? *Fam Med Prim Care Rev*. 2009, 11 (3): 433-436.
25. Plewa M, Markiewicz A. Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości. *Endokrynol Otyłość*. 2005, 2 (1): 30-37.
26. Mastalerz-Migas A, Szymczak K, Muszyńska A. Poglądy rodziców na temat aktywności fizycznej i nadwagi u własnych dzieci - wyobrażenia i rzeczywistość. *Fam Med Prim Care Rev*. 2009, 11 (3): 411-413.

27. Szponar L, Sekuła W, Rychlik E. Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2003.
28. Woynarowska B. Poszukiwanie nowych wskaźników oraz sposobów pomiaru i monitorowania zdrowia dzieci i młodzieży. Zdr Publ. 1999, 1(29): 59.
29. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1999.
30. Socha J, Socha P, Weker H, Neuhoff-Murawska J. Nutrition of children and health: yesterday, today and tomorrow. *Pediatr Współcz. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka*. 2010, 12(1):34-37.
31. <http://www.who.int/growthref/en/> (data wejścia 10.11.2017).
32. Małecka-Tendera E. Otyłość i zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży – epidemiologia, klasyfikacja i leczenie. *Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFP)*. 2007, 3(8): 3.
33. Matusik P, Małecka-Tendera E, Nowak A. Metody stosowane w praktyce pediatrycznej do oceny stopnia odżywienia dzieci. *Endokrynol Otyłość*. 2005, 1: 6-11.
34. Obuchowicz A. Otyłość dzieci i młodzieży – przyczyny, sposoby oceny i metody zapobiegania. *Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFP)*. 2007, 3(8): 4.
35. Jodkowska M, Woynarowska B, Oblacińska A. (red.) Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Materiały metodyczne dla pielęgniarek szkolnych oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2007.
36. Olsen SO. Strength and conflicting valence in the measurement of food attitudes and preferences. *Food Qual Prefer*. 1999, 10: 483-494.
37. Roininen K, Tuorila H. Health and taste attitudes in the prediction of use frequency and choice between less healthy and more healthy snacks. *Food Qual Prefer*. 1999, 10: 357-365.
38. Zunft HJF, Friebe D. Perceived benefits of healthy eating among a nationally-representative sample of adults in the European Union. *Europ. J Clin Nutr*. 1997, 51: 41-46.



39. Lindeman M, Stark K. Pleasure, pursuit of health or negotiation of identity? Personality correlates of food choice motives among young and middle – aged women. *Appetite*. 1999, 33: 141-161.
40. Wardle J, Parmenter K, Walter J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*. 2000, 34: 269- 275.
41. Moorman C, Matulich E. A model of consumers preventive health behaviours: the role of health motivation and health ability. *J Cons Res*. 1993, 20: 206-228.
42. Czarnocińska J, Babicz-Zielińska E, Wądołowska L, Przysławski J, Schlegel-Zawadzka M. Czynniki wyboru żywności a modyfikacje w odżywianiu. *Badania POFPRES*. W: Wybrane problemy nauki o żywieniu człowieka u progu XXI wieku. Wyd. SGGW, Warszawa 2004: 302-306.
43. Lappalainen R, Kearney J, Gibney M. A pan EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health: an overview. *Food Quality Prefer*. 1998, 9: 467-478.
44. Glanz K, Kristal AR, Tilley BC, Hirst K. Psychosocial correlates of healthful diets male auto workers. *Cancer Epidem Biomar*. 1998; 7: 119-126.
45. Babicz-Zielińska E. Zachowania konsumentów w stosunku do żywności i żywienia. *Zywn Nauk Technol Ja*. 2001, 4(29):5-15.
46. Verbeke W. Consumer acceptance of functional foods: socio-demographic, cognitive and attitudinal determinants. *Food Quality Preser*. 2005, 16: 45-57.
47. Jarosz M. Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, Wydawnictwo IŻŻ, Warszawa 2008.
48. The World Health Report 2002. Reducing risk promoting healthy life. WHO, Genewa 2002.
49. Gawęcki J, Roszkowski W. Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2012.
50. Garrow JS, James WPT, Ralph A. Human Nutrition and Dietetics. Churchill Livingstone, London 2000.
51. Guo SS, Huang C, Maynard LM. Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: The Fels Longitudinal Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000, 24:1628-1635.
52. Truesdale KP, Stevens J, Lewis CE, et al. Changes in risk factors for cardiovascular disease by baseline weight status in young adults who maintain or

- gain weight over 15 years: the CARDIA study. *Int J Obes (Lond)*. 2006, 30: 1397-4107.
53. Lloyd-Jones DM, Liu K, Colangelo LA. Consistently stable or decreased body mass index in young adulthood and longitudinal changes in metabolic syndrome components: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *Circulation*. 2007, 115:1004-1011.
  54. Eisenmann JC. Secular trends in variables associated with the metabolic syndrome of North American children and adolescents: a review and synthesis. *Am J Hum Biol*. 2003, 15:786-794.
  55. Weiss R, Dziura J, Burgert TS. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2004, 350:2362-2374.
  56. Morrisom JA, Friedman LA, Harlan WR, Harlan LC, Barton BA, Schrediber GB, Klain DJ. Development of the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2004, 350:2362-2374.
  57. Gruszweld D, Dobrzańska A, Socha P, Socha J. Programowanie żywieniowe otyłości i zespołu metabolicznego. *Stand Med*. 2008, 2:159-163.
  58. Szostak W, Figurska K, Jutrowska I. Changes in the food consumption pattern during the political and economic transition and health implications. *Pol Popul Rev*. 2005, 27: 141 -158.
  59. Płudowski P, Karczmarewicz E, Czech - Kowalska J, Lorenc R. Nowe spojrzenie na witaminę D. *Standmed*. 2009, 1: 1-16.
  60. Jańczyk W, Socha P. Kliniczne efekty suplementacji wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi n -3. *Standmed*. 2009, 6: 594-608.
  61. Willett WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med*. 1999, 341: 427-434.
  62. Morimoto LM, White E, Chen Z. Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative. *Cancer Causes Control*. 2002, 13: 741-751.
  63. Cerhan JR, Torner JC, Lynch CF. Association of smoking, body mass, and physical activity with risk of prostate cancer in the Iowa 65+ Rural Health Study. *Cancer Causes Control*. 1997, 8:229-238.
  64. Frisch RE, Wyshak G, Albright NL. Lower prevalence of breast cancer and cancers of the reproductive system among former college athletes compared to non-athletes. *Br J Cancer*. 1985, 52:885-891.

65. Ciborowska H, Rudnicka A. *Dietetyka. żywienie zdrowego i chorego człowieka*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
66. Gronowska-Senger A. *Zachowania żywieniowe Polaków w świetle zaleceń FAO/WHO z 2003 roku*. W: *Konsument i jego zachowania w warunkach polskiego członkostwa w UE*. Wyd. SGGW, Warszawa 2005, 43-50.
67. Zmysłowska K, Gadomska T. *Wybrane problemy psychologiczne wieku młodzieńczego*. W: *Pediatrica praktyczna*. Bożkova K (red.). PZWL, Warszawa 1999: 186-190.
68. Renda M, Fischer P. *Diety wegetariańskie dzieci i młodzieży*. *Pediatr Dypl.* 2010, 14(2): 68-75.
69. Neumark-Sztainer D, Story M, Perry Ch. *Factors influencing food choices of adolescents: Findings from focus -group discussions with adolescents*. *J Am Diet Association.* 1999, 99:929-934.
70. Jodkowska M, Tabak I, Oblacińska A. *Aktywność fizyczna i zachowania sedenteryjne gimnazjalistów z nadwagą i otyłością w Polsce w 2005 r.* *Prob Hig Epidemiol.* 2006, 87(29): 149-156.
71. Cybulska B, Kłosiewicz-Latoszek L, Cichocka A. *Zaburzenia lipidowe*. PZWL Warszawa 2006.
72. Urban M (red.). *Miażdżyca u dzieci i młodzieży*. Cornetis Wrocław 2007.
73. Kral JG. *The pathogenesis of obesity: Stress and the brain-gut axis*. *Surg Obes Relat Dis.* 2005, 1:25-34.
74. Epel E, Lapidus R, McEwen B, Brownell K. *Stress may add bite to appetite in women*. *Psychoneuroendocrinology.* 2001, 26:37-49.
75. Roemmich JN, Wright SM, Epstein LH. *Dietary restraint and stress-induced snacking in youth*. *Obes Res.* 2002, 10:1120-1126.
76. Needham BL, Crosnoe R. *Overweight status and depressive symptoms during adolescence*. *J Adolesc Health.* 2005, 36:48-55.
77. Dobrzyńska E, Rymaszewska J. *Jadłowstręt psychiczny – ciągle wyzwanie dla współczesnej medycyny*. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej.* 2006, 6 (4): 165-170.
78. Jablow M. *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2003.
79. Józefik B. *Anorexia psychiczna i bulimia psychiczna*. Collegium Medicum UJ, Kraków 1999.

80. Popielarska M, Sufczyńska-Kotowska M. Jadłowstręt psychiczny. *Psychiatria Wieku Rozwojowego*. 2000; 156-164.
81. Śmiarowska M, Kamiński R, Mikołajczyk E. Social and environmental factors on behavior and severity of disturbances in patients with anorexia nervosa - preliminary study. *Adv Clin Exp Med*. 2006; 15(1): 89-95.
82. Suchańska A (red.) Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2000.
83. Janas-Kozik M. Jadłowstręt psychiczny - choroba czy moda? *Essentia Medica*. 2007, 5: 23-28.
84. Łucka I, Dworzak K. Jadłowstręt psychiczny. *Med Dypł*. 2002, 11:133-144.
85. Rajewski A. Zaburzenia odżywiania. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
86. Mikołajczyk E, Samochowiec J. Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria*. 2004, 2: 91-95.
87. Iniewicz G. Samokontrola i jej uwarunkowania u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychoterapia*. 2004, 3: 45-53.
88. Józefik B. Modele rodzinne a anoreksja psychiczna. *Psychiatr Pol*. 1999; 33(6): 861-875.
89. Kołłątaj B, Kołłątaj W, Karwat ID. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe u nastolatków – badania wstępne. *Probl Hig Epidemiol*. 2008, 89(3): 395-400.
90. Joško J, Kamecka-Krupa J. Czynniki ryzyka anoreksji. *Probl Hig Epidemiol*. 2007, 88(3): 254-258.
91. Trafalska E, Niedźwiedzka M, Nowacka E. Risk factors of eating disorders among young people from Lodz- perception and control of body mass. *Probl Hig Epidemiol*. 2010, 91(4): 602-605.
92. Story M, French SA, Neumark-Sztainer D. Psychosocial and behavioral correlates of dieting and purging in Native American adolescents. *Pediatrics*. 1997, 99(4): E8.
93. French SA, Story M, Downes B. Frequent dieting among adolescents: psychosocial and health behavior correlates. *Am J Public Health*. 1995, 85:695-701.
94. Zuckerman DM, Colby A, Ware NC, Lazerson J. The prevalence of bulimia among college students. *Am J Public Health*. 1986, 76:1135-1137.
95. Greeno CG, Wing RR. Stress-induced eating. *Psychol Bull*. 1994, 115:444-464.

96. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*. 2007, 7:80.
97. Childs NM. Functional foods and the food industry: consumer, economic and product development issues. *J. Nutraceuticals, Function. Medic. Foods*. 1997, 1: 25-43.
98. Hilliam M. Functional foods: the Western consumer viewpoint. *Nutrit Rev*. 1996, 54: 189-194.
99. Childs NM, Poryzees GH. Foods that help prevent disease: consumer attitudes and public policy implications. *J Cons Marketing*. 1997, 14: 433-447.
100. Kabacińska A, Babicz-Zielińska E. Konsumentcka ocena żywności funkcjonalnej. *Bromatol Chemia Toksykol*. 2004: 59-64.
101. Babicz-Zielińska E. Food preferences among the Polish young adults. *Food Quality Prefer*. 1999, 10: 139-145.
102. Luckow T, Delahunty C. Which juice is „healthier”? A consumer study of probiotic non-dairy juice drinks. *Food Quality Prefer*. 2004, 15: 541-548.
103. Poczta W, Pawlak K. Typologia wzorców konsumpcji podstawowych artykułów żywnościowych w krajach UE. *Roczn. Nauk. SERiA*. 2005, 7: 195-203.
104. Nosko J. Zachowania a zdrowie: podstawowe zależności. Aktywność fizyczna a zdrowie [w:] Gniazdowski A (red): *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990.
105. Zielona Księga – Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym. Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 2005.
106. Przewęda R. Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne [w:] Karski JB (red): *Promocja zdrowia*. Wyd. Ignis, Warszawa 1999.
107. Pańczyk W. *Zielona recepta*, Zamość-Warszawa 1996.
108. Drabik J. Aktywność fizyczna w kształtowaniu zdrowia człowieka- korzyści i zagrożenia. *Wychowanie Fizyczne i Sport*. 1999; 4: 124-125.
109. Maciatowicz J. Ruch fizyczny o charakterze wytrzymałościowym (bieg) zapobiega starzeniu się, leczy z patologicznych chorób społecznych. *Med Sport*. 2003, 4: 156-164.

110. O'Keefe J, Nelson J, Harris W. Zmiana stylu życia a zapobieganie chorobie wieńcowej. *Med Dopl.* 1997, 5: 68-71.
111. Starosta W. Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszeniu zdrowia człowieka. *Lider.* 1997; 4: 3.
112. Sims J, Hill K, Davidson S, Gunn J, Huang N. Wytyczne WHO dotyczące propagowania aktywności fizycznej wśród osób starszych. *Rehabil Med.* 1996, 1: 53-54.
113. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985, 100:126-131.
114. Foster C. Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes. The European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity. the UKK Institute for Health Promotion Research. Tampere 2000.
115. Szczypaczewska M, Chwalbinska J, Krysztofiak H, Nazar K. Metody oceny wydolności fizycznej sportowców. *Kardiologia Sportowa* pod redakcją Wojciecha Braksatora, Artura Mamcarza i Mirosława Dłużniewskiego. *Via Medica.* 2006: 51-62.
116. Krysztofiak H, Mamcarz A, Kopeć G, Podolec P. Metody oceny aktywności fizycznej i wydolności fizycznej. *Forum Profilaktyki.* 2008, 12:4-5.
117. Sirard JR, Pate RR. Physical activity assessment in children and adolescent. *Sports Med.* 2001, 31: 439-464.
118. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001, 155:554-559.
119. Godin G, Shephard RJ. A simple method to assess exercise behavior in the community. *Can J Appl Sport Sci.* 1985, 10:141-146. .
120. Żołnierczuk-Kieliszek D. Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. W: Kulik TB, Latański M (red): *Zdrowie publiczne.* Wyd. Czelej, Lublin 2002.
121. Narodowy Program Zdrowia 1996-2005. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1996.
122. Goryński P, Wojtyniak B, Kuszewski K (red). *Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia.* Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2004.

123. Riddoch Ch. Young and active? Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. Health Educ Authority, Londyn 1998.
124. International Obesity Task Force. EU Platform Briefing Paper, March 2005.
125. Brytek A. Pandemia otyłości. Terapia, Uzależnienia i Współzależnienia. 2005, 1, 40: 27-29.
126. Koreczak CW. Profilaktyka i edukacja prozdrowotna młodzieży w XXI wieku. Probl Hig. 2000, 68: 19-25.
127. WHO. Diet, Physical Activity and Health: Report by the Secretariat. Fifty-fifth World Health Assembly, Provisional agenda item 13.11, 27 March 2002.
128. Bayne-Smith M, Fardy PS, Azzollini A. Improvements in heart health behaviors and reduction in coronary artery disease risk factors in urban teenaged girls through a school-based intervention: the PATH program. Am J Public Health. 2004, 94:1538-1543.
129. Leitzmann MF, Park Y, Blair A. Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. Arch Intern Med. 2007, 167:2453-2460.
130. Hayman LL, Williams CL, Daniels SR. 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, American Heart Association. Circulation. 2004, 110:2266-2275.
131. Cresanta JL, Burke GL, Downey AM. Prevention of atherosclerosis in childhood. Pediatr Clin North Am. 1986, 33:835-858.
132. Nakamura N, Uzawa H, Maeda H, Inomoto T. Physical fitness. Its contribution to serum high density lipoprotein. Atherosclerosis. 1983, 48:173.
133. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ. Evidence based physical activity for school-age youth. J Pediatr. 2005, 146:732-737.
134. Fletcher GF, Balady G, Froelicher VF. Exercise Standards: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. Circulation. 1995, 91:580-615.
135. US Dept of Health and Human Services. Healthy People 2010. Vol. 2.2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC:US Dept of Health and Human Services.
136. Adamopoulos S, Parissis J, Kroupis C. Physical training reduces peripheral markers of inflammation in patients with chronic heart failure. Eur Heart J. 2001, 22:791-797.

137. Nicklas BJ, You T, Pahor M. Behavioural treatments for chronic systemic inflammation: effects of dietary weight loss and exercise training [review]. *CMAJ*. 2005, 172(9): 1199-1209.
138. Parker ED, Schmitz KH, Jacobs DR Jr. Physical activity in young adults and incident hypertension over 15 years of follow-up: the CARDIA study. *Am J Public Health*. 2007, 97:703-709.
139. Rockhill B, Willett WC, Manson JE. Physical activity and mortality: a prospective study among women. *Am J Public Health*. 2001, 91: 578-583
140. Taimela S, Viikari JS, Porkka KV, Dahlen GH. Lipoprotein (a) levels in children and young adults: the influence of physical activity. *The Cardiovascular Risk in Young Finns Study*. *Acta Paediatr*. 1994, 83:1258-1263.
141. Manske SL, MSc, Lorincz CR. Bone Health: Part 2, Physical Activity. *Sports Health*. 2009, 1: 341-346.
142. Krul M, van der Wouden JC, Schellevis FG. Musculoskeletal problems in overweight and obese children. *Ann Fam Med*. 2009, 7:352-356.
143. Dela F, Ploug T, Handberg A. Physical training increases muscle GLUT4 protein and mRNA in patients with NIDDM. *Diabetes*. 1994, 43: 862-865.
144. Bérard A, Bravo G, Gauthier P. Meta-analysis of the effectiveness of physical activity for the prevention of bone loss in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 1997, 7:331-337.
145. Rhodes EC, Martin AD, Taunton JE. Effect of one year of resistance training on the relation between muscular strength and bone density in elderly women. *Br J Sports Med*. 2000, 34:18-22.
146. WarburtonDE, Glendhill N, Quinney A. The effects of changes in musculoskeletal fitness on health. *Can J Appl Physiol*. 2001, 26: 161-216.
147. 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: 883-893.
148. Goodyear LJ, Kahn BB. Exercise, glucose transport, and insulin sensitivity. *Annu Rev Med*. 1998, 49:235-261.
149. Westerlind KC. Physical activity and cancer prevention--mechanisms. *Med Sci Sports Exerc*. 2003, 35: 1834-1840.



150. Chen CN, Chuang LM, Wu YT. Clinical Measures of Physical Fitness Predict Insulin Resistance in People at Risk for Diabetes. *Phys Ther.* 2008, 88:1355-1364.
151. Pinhas-Hamiel O, Zeitler P. The Global Spread of Type 2 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents. *J Pediatr.* 2005, 146:693-700.
152. Schulz AJ, Zenk S, Odoms-Young A. Healthy eating and exercising to Reduce diabetes: Exploring the potential of social determinants of healthy frameworks within the context of community-based participatory diabetes prevention. *Am J Public Health.* 2005, 95:645-651.
153. Sardinha LB, Andersen LB, Anderssen SA. Objectively measured time spent sedentary is associated with insulin resistance independent of overall and central body fat in 9- to 10-year-old Portuguese children. *Diabetes Care.* 2008, 31:569-575.
154. Perry IJ, Wannamethee SG, Walker MK. Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men. *BMJ.* 1995, 310:560-564.
155. Hu FB, Li TY, Colditz GA, et al. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA.* 2003, 289:1785-1791.
156. Wei M, Gibbons LW, Kampert JB, et al. Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type 2 diabetes. *Ann Intern Med.* 2000, 132:605-611.
157. Dunstan DW, Daly RM, Owen N, et al. Home-based resistance training is not sufficient to maintain improved glycemic control following supervised training in older individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2005, 28: 3-9.
158. Rushton JL, Forcier M, Schectman RM. Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002, 41:199-205.
159. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA.* 2002, 288:1723-1727.
160. Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL, et al. Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *Am J Epidemiol.* 1992, 135:792-802.
161. Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, et al. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in

- adolescent females with depressive symptoms. *Eur J Public Health*. 2006, 16: 179-184.
162. Goldfield GS, Mallory R, Parker T, et al. Effects of modifying physical activity and sedentary behavior on psychosocial adjustment in overweight/obese children. *J Pediatr Psychol*. 2007, 32:783-93.
  163. Taylor WC, Blair SN, Cummings SS, et al. Childhood and adolescent physical activity patterns and adult physical activity. *Med Sci Sports Exerc*. 1999, 31: 118-123.
  164. Motl RW, Birnbaum AS, Kubik MY, Dishman RK. Naturally Occuring Changes in Physical Activity are inversely related to depressive symptoms during early adolescence. *Psychosom Med*. 2004, 66:336-342.
  165. Lindsay AC, Sussner KM, Kim J, Gortmaker S. The role of parents in preventing childhood obesity. *Future Child*. 2006, 16:169-186.
  166. Trost SG, Pate RR, Ward DS, et al. Correlates of objectively measured physical activity in preadolescent youth. *Am J Prev Med*. 1999, 17:120-126.
  167. Hesketh K, Crawford D, Salmon J. Children's television viewing and objectively measured physical activity: associations with family circumstance. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2006, 3: 36.
  168. Davison KK, Jago R. Change in parent and peer support across ages 9 to 15 yr and adolescent girls' physical activity. *Med Sci Sports Exerc*. 2009, 41:1816-1825.
  169. Kujala UM, Kaprio J, Rose RJ. Physical activity in adolescence and smoking in young adulthood: a prospective twin cohort study. *Addiction*. 2007, 102:1151-1157.
  170. Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D, Giovino GA. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *JAMA*. 1993, 269:1391-1395.
  171. Yang X, Telama R, Leino M, Viikari J. Factors explaining the physical activity of young adults: the importance of early socialization. *Scand J Med Sci Sports*. 1999, 9: 120-127.
  172. Dishman RK, Berthoud HR, Booth FW, et al. Neurobiology of exercise. *Obesity (Silver Spring)*; 2006, 14:345-356.
  173. Rodriguez D, Audrain-McGovern J. Physical activity, global self-concept, and adolescent smoking. *Ann Behav Med*. 2005, 3:251-259.

174. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Wileyto EP, et al. Effect of team sport participation on genetic predisposition to adolescent smoking progression. Arch Gen Psychiatry. 2006, 63: 433-441.
175. Jodkowska M. Aktywność fizyczna i zajęcia sedenteryjne w czasie wolnym. W: Oblacińska A, Jodkowska M. (red.). Otyłość u polskich nastolatków - epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007, s. 41-54.
176. Kubica JF. Wychowanie zdrowotne i promocja zdrowia. Zakład Wydawniczy Druk Tur Sp. z o.o., Warszawa 2004.
177. Woynarowska B, Sokołowska M. Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat. KOWEZ, Warszawa 2000.
178. Jodkowska M, Oblacińska A. Częstość występowania nadwagi i otyłości u młodzieży w wieku 13-15 lat w 2005 roku. W: Oblacińska A, Jodkowska M. (red.). Otyłość u polskich nastolatków - epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce. Warszawa 2007, s. 21-33.
179. Eurobarometer 64.3. Health and food. Brussels, European Commission, 2006 (Special Eurobarometer 246) [http://ec.europa.eu/health/ph\\_publication/eb\\_food\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_food_en.pdf) (data wejścia 05.09.2017).
180. Drygas W, Kwaśniewska M, Szczesniewska D. Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki Programu WOBASZ. Kardiologia Polska. 2005, 63(4):636-640.
181. Woynarowska B. Wybrane zagadnienia w sporcie dzieci i młodzieży.
182. W: Medycyna Sportowa. Jegier A, Nazar K, Dziak A (red). PTMS Warszawa 2006, s. 174-233.
183. Woynarowska B, Mazur J, Kołotoł H, Małkowska A. Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej. Wyd. Pedagogiczny UW, IMiDz, Warszawa 2005.
184. Kuński H. Promowanie zdrowia. Uniwersytet Łódzki, Łódź 2000.
185. Dudzikowa M, Borowska T. Dzieci i młodzież wobec zagrożeń dzisiejszego świata. Eruditus s.c., Poznań 1999.
186. Mazur J, Woynarowska B. Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce

- Raport z badań. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003.
187. Hansen W, Rose L, Oryfoos J. Casual Factors, Interventions and Policy Considerations; 11 Self-Goal-based Substance Abuse Prevention. Report Submitted to Office of Technology Assessment United States Congress, Washington, D.C. 1993.
  188. Zucker R, Boyd G, Howard J. (red.) Poznawanie problemów alkoholowych. Biologiczne, psychospołeczne i socjologiczne czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1997.
  189. Petraitis J, Flay B, Miller T. Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin*. 1995, 17(1): 67-86.
  190. Seheier L, Botvin G, Baker E. Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use: a prospective analysis. *J Stud Alcohol Drugs*. 1997, 58: 652-667.
  191. Kccfe K. Perceptions of Normative Social Pressure and Attitudes toward Alcohol Use: Changes during Adolescence. *J Stud Alcohol Drugs*. 1994, 55: 46-54.
  192. Bahr S, Marcos A, Maughan S. Family, educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*. 1995, 56: 457-469.
  193. Dielman T, Butchart A, Shope J. Structural equation model tests of patterns of family interaction, peer alcohol use, and intrapersonal predictors of adolescent alcohol use and misuse. *Journal of Drug Education*. 1993, 23(3): 273-316.
  194. Coie J, Watt N, West S, Hawkins J, Asarnow J, Markman H, Ramey S, Shure M, Long B. Profilaktyka: teoria i badania. *Nowiny Psychologiczne*. 1996, 2: 15-38.
  195. Jessor R, Van Den Bos 1, Vandcl Tyn F, Turbin M. Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Dev Psychol*. 1995, 31: 923-933.
  196. Stępień E. Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami w okresie od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnesticzne). *Alkohol Narkom*. 2001, 14: 407-419.

197. Hughes K, Mac Kintosh AM, Hastings G, Wheeler C, Watson J, Inglis J. Young people, alcohol, and designer drinks: quantitative and qualitative study. *Brit Med J*. 1997, 314: 414-418.
198. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A. Picie alkoholu przez młodzież z mokatowskich szkół średnich w latach 1984-2000. *Alkohol Narkom*. 2001, 14(2): 213-227.
199. Pisarska A, Borucka A, Okulicz-Kozaryn K, Bobrowski K. Picie alkoholu w wypowiedziach młodzieży w wieku 13-15 lat. *Alkohol Narkom*. 2002, 15(4): 395-407.
200. Prakash O, Nelson S. Alcohol and liver disease. *Ochsner Journal*. 2003, 4(4): 241-244.
201. Warren KR, Foudin LL. Alcohol-Related Birth Defects . The Past, Present, and Future. *Alcohol Res Health*. 2001, 25(3): 153-158.
202. Les Dees W, Srivastava VK, Hiney JK. Alcohol and Female Puberty. The Role of Intraovarian Systems. *Alcohol Res Health*. 2001, 25(4): 271-275.
203. Emanuele MA, Wezeman F, Emanuele NV. Alcohol's Effects on Female Reproductive Function. *Alcohol Res Health*. 2002, 26(4): 274-281.
204. Block GD, Yamamoto ME, Mallick A, Tyche AJ. Effects on Pubertal Hormones by Ethanol Abuse in Adolescents. *Alcoholism Clin Exp Res*; 1993, 17: 505.
205. Ryback RS. Chronic Alcohol and Menstruation. *J Am Med Assoc*; 1997,238: 2143.
206. Vitez M, Czeizel E. Az iszakos . alkoholisták nok termékenysége. *Alkohologia*. 1982, 13:79-83.
207. Becker U, Tonnesen H, Kaas-Claesson N, Gluud C. Menstrual Disturbances and Fertility in Chronic Alcoholic Women. *Drug Alcohol Depend*. 1989,24: 75-85.
208. Beattie JO, Day RE, Cockburn F, Garg RA. Alcohol and the Fetus in the West of Scotland. *Brit Med J*. 1983, 287: 17-20.
209. Abel EL. Maternal Alcohol Consumption and Spontaneous Abortion. *Alcohol Alcoholism*. 1997,32: 211-219.
210. Anderson P, Baumberg B. Alkohol w Europie: perspektywa zdrowia psychicznego. Raport dla Komisji Europejskiej. Podsumowanie. *Alkohol Narkom*. 2006, 19(2): 121-137.
211. May PA, Gossage JP. Estimating the Prevalence of Fetal Alcohol Syndrome. A Summary. *Alcohol Res Health*. 2001, 25(3): 159-167.
212. Sherlock S. Alcohol liver disease. *Lancet*. 1995, 345: 227-234.

213. Europejski Raport Zdrowia WHO 2002 <http://www.parpa.pl> (data wejścia 10.11.2017)
214. Naveau S. Current trend: alcoholic liver disease. *Gastroenterol Clin Biol.* 2006, Apr;30(4):550-3.
215. Kostowski W. Mechanizm uzależniającego działania alkoholu etylowego. Perspektywy farmakoterapii alkoholizmu. cz. I. *Mag Med.* 1994, 5: 53-61.
216. Skrzyński W. Zaburzenia psychiczne. Medium, Warszawa 2004.
217. Kinney J, Leaton G. Zrozumieć alkohol. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1996.
218. Chlebio-Abed D. Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu. Śląsk, Katowice 2001.
219. Vaillant GE, Hiller-Strurmhöfel S. Picie alkoholu w różnych okresach życia. W: Alkohol a zdrowie. Durda R (red). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2000: 35-50.
220. Habrat B. Leki stosowane w terapii uzależnień. *Alkohol Narkom.* 2001, 137-149.
221. Zaworska-Nikoniuk D. Metody pomocy i samopomocy w uzależnieniach. Wyd Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2001.
222. Stasiołek D, Kwaśniewska M, Drygas W. Palenie tytoniu jako czynniki ryzyka chorób układu sercowonaczyniowego. *Czyn Ryzyka.* 2000, 4: 62-67.
223. Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Główny Inspektorat Sanitarny, 2009.
224. Rogala-Obłękowska J. Młodzież i narkotyki. rodzinne czynniki nałogu. ISNS UW, Warszawa 1999.
225. Namysłowska I. Terapia rodzin. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2000.
226. Rogala-Obłękowska J. Narkoman w rodzinie. Wskazania do terapii. ISNS UW, Warszawa 2002.
227. Delaveris GJ, Teige B, Rogde S. Non-natural manners of death among users of illicit drugs: Substance findings. *Forensic Sci Int.* 2014, 238:16-21.
228. Cadet JL, Bisagno V, Milroy CM. Neuropathology of substance use disorders. *Acta Neuropathol.* 2014, 127(1):91-107.

229. Font-Mayolas S, Gras ME, Cebrián N, Salamó A, Planes M, Sullman MJ. Types of polydrug use among Spanish adolescents. *Addict Behav.* 2013, 38(3):1605-1609.
230. Dziennik Ustaw z 2005 r. Nr 179 poz. 1485 – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.
231. Wood DM, Davies S, Puchniewicz M, Button J, Archer R, Opaska H. Recreational use of Mephedrone (4-methylmethcathinone, 4-MMC) with associated sympathomimetic toxicity. *J Med Toxicol.* 2010, 6(3): 327-330.
232. Wood DM, Ramsey J, Dargan PI. Detecting novel and emerging recreational drugs on the ‘club scene’. *Irish Psychiatrist.* 2008, 9: 223-228.
233. Zakrzewski T. „Dopalacze” w Internecie – marketing w służbie sprzedaży „środków zastępczych” w Sieci. Serwis Informacyjny NARKOMANIA 2011
234. Dziennik Ustaw Nr 105, Maj 24, 2011 – Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
235. Peeters M, Gunthorpe MJ, Strijbos PJ, Goldsmith P, Upton N, James MF. Effects of pan- and subtype-selective N-methyl-d-aspartate receptor antagonists on cortical spreading depression in the rat: therapeutic. *J Pharmacol Exp Ther.* 2007, 321(2):564-572
236. Żukiewicz-Sobczak W, Chmielewska-Badora J, Krasowska E, Wojtyła A, Piątek J, Zwoliński J. „Dopalacze” - eksperyment wysokiego ryzyka, w ujęciu przepisów nowej ustawy. *Med Og Nauk Zdr.* 2012, 18(2): 137-140.
237. Hill AJ. Motivation for eating behaviour in adolescent girls: the body beautiful. *Proc Nutr Soc.* 2006, 65:376-384.
238. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, WHO, 2003.
239. Pac A, Majewska R, Sochacka-Tatara E, Stefaniak J. Wywiad żywieniowy przez Internet jako element promocji zdrowego stylu życia. *Probl Hig Epidemiol.* 2008, 89:378-382.
240. Szanecka E, Małecka-Tendera E. Zmiana nawyków żywieniowych a problem otyłości u dzieci. *Endokrynologia Otyłość.* 2006, 2(3): 102–107.
241. Stamatakis E, Primatesta P, Chinn S, et al. Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of socioeconomic factors? *Arch Dis Child.* 2005, 90:999-1004.

242. Carroquino MJ. Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents, ENHIS, 2009.
243. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med.* 1997, 337:869-873.
244. Dzielska A, Kołło H, Mazur J. Health behaviours of adolescents associated with nutrition in the context of socioeconomic factors – trends between 2002 and 2006. *Probl Hig Epidemiol.* 2008, 89(2): 222-229.
245. Human Development Report 2003, Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty Published for the United Nations Development Programme (UNDP) New York 2003.
246. Chitra U, Reddy CR. The role of breakfast in nutrient intake of urban schoolchildren. *Public Health Nutr.* 2007, 10(1): 55-58.
247. Matthys C, de Henauw S, Bellemans M, De Maeyer M, De Backer G. Breakfast habits affect overall nutrient profiles in adolescents. *Public Health Nutr.* 2007, 10(4): 413-421.
248. Shi Z, Lien N, Kumar BN, Holmboe-Ottesen G. Sociodemographic differences in food habits and preferences of school adolescents in Jiangsu Province, China. *Eur J Clin Nutr.* 2005, 59(12):1439-1448.
249. Marcysiak M, Zagroba M, Ostrowska B, Wiśniewska E, Marcysiak M, Skotnicka-Klonowicz G. Physical activity versus nutritional habits of children and teenagers in Ciechanów district. *Probl Pielęg.* 2010, 18(2): 176-183.
250. Marcysiak M, Ciosek A, Żywica M, Prządak E, Banasiewicz D, Marcysiak M, Zagroba M, Ostrowska B, Skotnicka-Klonowicz G. Dietary behavior and physical activity among pupils of sports and general class in Ustrzyki Dolne. *Probl Pielęg.* 2009, 17(3): 216-222.
251. Pieszko-Klejnowska M, Pęgiel-Kamrat J, Zarzeczna-Baran M. Różnice w sposobie odżywiania się młodzieży gimnazjalnej w województwie pomorskim w zależności od płci. *Probl Hig Epidemiol.* 2006, 87(4), 278-283.
252. Ziółkowska A, Gajewska M, Szostak-Węgierek D. Nutritional habits of secondary school students from Warsaw and the Warsaw vicinity. *Probl Hig Epidemiol.* 2010, 91(4): 606-610.
253. Wojtaś M, Kołłajtis-Dołowy A. Nutritional behaviors among a selected group of pupils of the last grades of secondary schools in Warsaw. *Probl Hig Epidemiol.* 2011, 92(4): 947-950.



254. Wojtyła-Buciora P, Stawińska-Witoszyńska B, Klimberg A, Wojtyła A, Goździewska M, et al. Nutrition-related health behaviours and prevalence of overweight and obesity among Polish children and adolescents. *Ann Agric Environ Med.* 2013, 20(2): 332-340.
255. Wojtyła-Buciora P, Marcinkowski JT. Sposób żywienia zadowolenie z własnego wyglądu i wyobrażenie o idealnej sylwetce młodzieży licealnej. *Probl Hig Epidemiol.* 2010, 91(2): 227-232.
256. Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M. Healthy eating: What does it mean to adolescents? *J Nutr Educ.* 2001, 33: 193-198.
257. Seń M, Zacharczuk A, Lintowska A. Feeding Behavior of Selected Students of Universities and Knowledge of the Health Effects of Poor Nutrition. *Piel Zdr Publ.* 2012, 2(2): 113-123.
258. Charkiewicz WJ, Markiewicz R, Borowska MH. Ocena sposobu żywienia studentek dietetyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Brom Chem Toksykol.* 2009, 42(3): 699-703.
259. Myszowska-Ryciak J, Kraśniewska A, Harton A, Gajewska D. Comparison of selected nutritional behaviors of female students of the University of Physical Education and of the University of Life Sciences in Warsaw. *Probl Hig Epidemiol.* 2011, 92(4): 931-934.
260. Jarosz M, Rychlik E. Epidemia otyłości – jaka przyszłość nas czeka? *Gastroenterol Pol.* 2010, 17(1): 47-52.
261. Waśkiewicz A. Jakość żywienia i poziom wiedzy zdrowotnej u młodych dorosłych Polaków – badanie WOBASZ. *Probl Hig Epidemiol.* 2010, 91(2): 233-237.
262. Podolec B, Ulman P, Wałęga A. Attempt of assessment of diversification of food consumption in Poland based on the results of household budget surveys. *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Oeconomica;* 2011, 253: 225-237.
263. Perez-Rodrigo C, Aracenta J. School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives. *Public Health Nutr.* 2001, 4(1A):131-139.
264. Feld LG, Corey H. Nadciśnienie tętnicze u dzieci. *Pediatr Dypl.* 2008, 12(3): 36-52.
265. Steelman J, Zeitler Ph. Osteoporoza u dzieci. *Pediatr Dypl.* 2002; 6(5): 32-41.
266. Caldwell D, Nestle M, Rogers W. School nutrition services. In: Marx E, Wooley SF, Northrop D editors. *Health Is Academic: A Guide to Coordinated*

- School Health Programs. New York, NY: Teachers College Press. 1998: 195-223.
267. Dietary Guidelines Advisory Committee. Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the dietary guidelines for Americans, 2010, to the Secretary of Agriculture and the Secretary of Health and Human Services. Washington, DC: US Department of Agriculture, Agricultural Research Service; 2010.
268. Jarosz M. (red.): POL HEALTH - Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej 2007-2016. Europejska Karta Walki z Otyłością. Borgis, Warszawa 2006.
269. International Obesity Task Force. Childhood Raport. IOSO Newsletter; 2004, 6: 10.
270. Manson JE, Skerrett PJ, Greenland P, Van Itallie TB. The escalating pandemics of obesity and sedentary life style. A call to action for clinicians. Arch Inter Med 2004. 164:249-258.
271. Sacker A, Cable N. Do adolescent leisure-time physical activities foster health and well-being in adulthood? Evidence from two British birth cohorts. Eur J Public Healt. 2006, 16:332-336.
272. Brosnahan J, Steffen LM, Lytle L, et al. The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic white adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004, 158:818-823.
273. Przewęda R, Dobosz J. Kondycja fizyczna polskiej młodzieży. Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie. Studia i monografie, Warszawa 2003.
274. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010, 7:40.
275. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1996  
<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm> (data wejścia:10.09.2017).
276. Bigdelle S, Sallis J, Cavill N. Young and active? Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. Health Education Authority, London 1998.

277. Handbook for Canada's physical activity guide to healthy living. Health Canada, Ottawa 1998.
278. Andersen LB, Harro M, Sardinha LB, et al. Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *Lancet* 2006. 368: 299-304.
279. Global Recommendations on Physical Activity for Health, [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html) (data wejścia 20.11.2017).
280. Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey.
281. GUS – Główny Urząd Statystyczny: Stan zdrowia ludności Polski 2004 r. Warszawa, 2006.
282. American Academy of Pediatrics. Children, adolescents and television. *Pediatrics* 2001. 107: 423-426.
283. Wojnarowska B, Kołło H. Aktywność fizyczna i zachowania sedenteryjne nastolatków. *Psychologia zdrowia, Nastolatki o sobie i swoim środowisku* 2004 [http://www.remedium-psychologia.pl/2004\\_6\\_8.htm](http://www.remedium-psychologia.pl/2004_6_8.htm) (data wejścia 20.11.2017).
284. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, World Health Organization 2007.
285. Wołowski T, Jankowska M. Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Część II. Aktywność fizyczna oraz formy spędzania czasu wolnego. *Probl Hig Epidemiol.* 2007, 88: 69-73.
286. Wojtyła-Buciora P, Marcinkowski JT. Aktywność fizyczna w opinii młodzieży licealnej i ich rodziców. *Probl Hig Epidemiol.* 2010, 91(4): 644-649.
287. Wojtyła-Buciora P, Stawińska-Witoszyńska B, Wojtyła K, Klimberg A, Wojtyła C, et al. Assessing physical and sedentary lifestyle behaviours for children and adolescents living in a district of Poland; What are the key determinants to improving health. *Ann Agric Environ Med.* 2014, 21(3): 606-612.
288. Mazur J, Małkowska-Szcutnik A. Wyniki badań HBSC 2010 - Raport techniczny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
289. Mazur J, Wojnarowska B. Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej. Raport techniczny z badań HBSC w Polsce w 2006 r., Warszawa, 2007.

290. Ćwirlej A, Walicka-Cupryś K, Gregorowicz-Cieślik H. Motor activity of children aged 10 in free time. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów* 2005, 3: 262–266.
291. Hussey J, Gormley J, Bell C, et al. Physical activity in Dublin children aged 7-9 years. *Br J Sports Med.* 2001, 35:268-73.
292. Rozdziejewicz-Gruhn J, Pyzik M. Zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne uczniów szkół polskich we Lwowie na Ukrainie, *Nowa Medycyna - Med. w Sporcie* 1999: 7.
293. Świdarska-Kopacz J, Marcinkowski JT, Jankowska K. Health behaviour of secondary school pupils and its chosen determinants. Part V. Physical activity. *Probl Hig Epidemiol.* 2008, 89(2): 246-250.
294. Zimna-Walendzik E, Kolmaga A, Tafalska E. Lifestyle – physical activity and nutritional preferences of children leaving primary school. *Zywn Nauk Technol Ja.* 2009, 4(65): 195-203.
295. Bajerska J, Woźniewicz M, Jeszka J, Wierzejska E. Frequency of energy drinks intake vs. Physical activity and incidence of overweight and obesity among high school students. *Zywn Nauk Technol Ja.* 2009; 4(63): 211-217.
296. Meriwether RA, McMahon PM, Islam N, Steinmann WC. Physical activity assessment: validation of a clinical assessment tool. *Am J Prev Med.* 2006, 31(6):484-491.
297. Rush E, Schulz S, Obolonkin V, Simmons D, Plank L. Are energy drinks contributing to the obesity epidemic? *Asia Pac J Clin Nutr.* 2006, 15(2):242-244.
298. Harrington S. The role of sugar-sweetened beverage consumption in adolescent obesity: a review of the literature. *J Sch Nurs.* 2008, 24(1):3-12.
299. Marchewka A, Jungiewicz M. Physical activity in early years of life versus quality of life in old age. *Gerontol Pol.* 2008, 16(2): 127-130.
300. Witana K, Szpak A. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne aktywności fizycznej młodzieży szkół średnich w Białymstoku. *Probl Hig Epidemiol.* 2009, 90:42-46.
301. Okulicz-Kozaryn K, Ostaszewski K. Czynniki związane z pićem alkoholu przez młodzież w wieku 13-14 lat. *Alkohol Narkom.* 1999,3(36): 377-397.

302. Szymański J, Woynarowska B, Mazur J. Picie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990-1998. *Alkohol Narkom.* 2001, 14(2): 213-227.
303. Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Kokkevi A, Morgan M, Narusk A. The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden 1997.
304. Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm. Sweden 2004.
305. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm 2012.
306. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A. Changes in alcohol consumption among Warsaw adolescents between 1984 and 2004. *Alkohol Narkom.* 2006, 19(3): 243-258.
307. Gromadeczka-Sutkiewicz M, Dziwak A, Kłos J. Grammar school students and alcohol. *Probl Hig Epidemiol.* 2008, 89(2): 293-296.
308. Czapiński J, Panek T. Diagnoza społeczna 2007. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2007: 210-212.
309. Chodkiewicz J, Juczyński Z. Problem używania środków psychoaktywnych przez młodzież. *Alkohol Narkom.* 2002, 4: 412-415.
310. Sierosławski J, Prajsner B. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2003: 11-22.
311. Wojtyła-Buciora P, Wojtyła C, Urbaniak M, et al. Is the consumption of alcoholic beverages among junior high school students and high schoolin Poland between 2009 and 2011so much escalated? *Ann Agric Environ Med.* 2014, 21(3): 552-556.
312. Gromadeczka-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: 699-703.

313. Kułak A, Shpakov A, Kułak P. Preliminary analysis of the problem of nicotine, alcohol and drug addictions in the student population. *Probl Hig Epidemiol.* 2011, 92(1): 137-145.
314. Woynarowska B, Mazur J. Palenie tytoniu wśród młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach w latach 1990–1998. *Zdr Publ.* 1999; 109(2): 312-319.
315. Niewiadomska I. Specyfika czynników osobowości u młodzieży palącej tytoń. W: *Tytoń albo zdrowie*. Red. E Florek, W Piekoszowski, Akademia Medyczna w Poznaniu. Poznań 2003, s. 201-202.
316. Wojtyła-Buciora P, Marcinkowski JT, Wojtyła A. Palenie tytoniu przez licealistów - w opinii młodzieży i ich rodziców. *Probl Hig Epidemiol.* 2011, 92(2): 319-326
317. Grochowska A, Schlegel-Zawadzka M. Tobacco smoking as the example of the antihealthy behavior among adolescents from secondary schools. *Studia Medyczne.* 2008;11: 29-32.
318. Świdorska-Kopacz J, Marcinkowski JT. Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. I. Palenie tytoniu. *Probl Hig Epidemiol.* 2007, 88: 441-445.
319. Woynarowska B, Mazur J. Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne u młodzieży w wieku 11-15 lat w Polsce w 2002 roku. *Alkohol Narkom.* 2003, 16(3-4): 155-171.
320. Kołłątaj W, Kołłątaj B, Karwat ID, Pieciewicz-Szczęsna H. Postawy studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wobec palenia tytoniu. *Probl Hig Epidemiol.* 2010, 91: 495-500.
321. Zajączkowski K. *Nikotyna, alkohol, narkotyki*. Rubikon, Kraków 2001.
322. Waszkiewicz L, Połtyn-Zaradna K, Zatońska K, Wargosz D. Kontakty z narkotykami młodzieży szkół gimnazjalnych. *Probl Hig Epidemiol.* 2008,8: 518-520.
323. Ostaszewski K. Problems related to substance use among adolescents. *Alkohol Narkom.* 2008, 21(4): 363-389.
324. Andersson B, Hibell B, Beck F, Choquet M, Kokkevi A, Fotiou A, Molinaro S, Nociar A, Sieroslawski J, Trapencieris M. Alcohol and Drug Use Among European 17.18 Year Old Students. Data from the ESPAD Project. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe. Stockholm: Sweden 2007.

325. Zimmerman MA, Schmeelk-Cone KH. A longitudinal analysis of adolescent substance use and school motivation among African American youth. *J Res Adolescence*. 2003, 13(2): 185-210.
326. Ostaszewski K. Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. *Badania mokotowskie – kontynuacja. Alkohol Narkom*. 2001, 14(3): 387-406.
327. Bobrowski K, Okulicz-Kozaryn K. Używanie substancji psychoaktywnych przez uczniów liceów ogólnokształcących w Gminie Warszawa-Centrum. *Alkohol Narkom*. 1999, 4(37): 579-598.
328. Sierosławski J, Zieliński A. Narkotyki a młodzież. *Serwis Informacyjny Narkomania*. 2000, 12113: 26-46.

## IX. ANEKS

### 1. Tabele statystyczne

Tab.I. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ich płci (p. ryc.1).

Płeć	N = 669	
	N	%
żeńską	452	67,56%
męską	217	32,44%

Tab.II. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wieku (p. ryc. 2).

Wiek	N = 657	
	N	%
15 lat	3	0,46%
16 lat	180	27,40%
17 lat	287	43,68%
18 lat	186	28,31%
19 lat	1	0,15%

Tab.III. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem miejsca stałego zamieszkania (p. ryc. 3).

Miejsce zamieszkania	N = 667	
	N	%
duże miasto	107	16,04%
małe miasto	237	35,53%
wieś	323	48,43%

Tab.IV. Miejsce zamieszkania a płeć (p. ryc. 4).

Miejsce zamieszkania	dziewczeta		chłopcy	
	N = 450		N = 216	
	N	%	N	%
duże miasto	59	13,11%	48	22,22%
małe miasto	155	34,44%	83	38,42%
wieś	237	52,67%	86	39,81%



Tab.V. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem warunków lokalowych (p. ryc. 5).

Warunki lokalowe	N = 669	
	N	%
dom jednorodzinny z rodziną	510	76,23%
dom wielorodzinny z rodziną	150	22,42%
dalsza rodzina	1	0,15%
internat	2	0,30%
stancja	6	0,90%

Tab.VI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem liczby osób w gospodarstwie domowym (p. ryc. 6).

Liczba osób	N = 663	
	N	%
1 osoba	3	0,45%
2 osoby	3	0,45%
3 osoby	23	3,47%
4 osoby	101	15,23%
5 osób	246	37,10%
6 osób	173	26,09%
7 osób	70	10,56%
8 osób	32	4,83%
9 osób	10	1,51%
10 osób	1	0,15%
11 osób	1	0,15%
Razem	663	100%

Tab.VII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby dzieci w domu (p. ryc. 7).

Liczba dzieci	N = 658	
	N	%
brak dzieci	27	4,10%
jedno dziecko	147	22,34%
dwoje dzieci	314	47,72%
troje dzieci	133	20,21%
czworo dzieci	26	3,95%
pięcioro dzieci	7	1,06%
sześcioro dzieci	2	0,30%
siedmioro dzieci	2	0,30%
ośmioro dzieci	0	0,00%

Tab.VIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem posiadania własnego pokoju (p. ryc. 8).

<b>Posiadanie własnego pokoju</b>	<b>N = 666</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
"nie"	110	16,52%
"tak"	556	83,48%

Tab.IX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby osób, z którymi ankietowany dzieli pokój (p. ryc. 9).

<b>Liczba osób, którymi ankietowany dzieli pokój</b>	<b>N = 662</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
0 osób	556	83,99%
1 osoba	91	13,75%
2 osoby	13	1,96%
3 osoby	2	0,30%
4 osoby	0	0,00%

Tab.X. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem charakteru rodziny (p. ryc. 10).

<b>Charakter rodziny</b>	<b>N = 667</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
"nie"	89	13,34%
"tak"	578	86,66%

Tab.XI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem posiadanego rodzeństwa (p. ryc. 11).

<b>Posiadane rodzeństwo</b>	<b>N = 669</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
"nie"	92	13,75%
"tak"	577	86,25%

Tab.XII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby posiadanego rodzeństwa (p. ryc. 12).

<b>Liczba posiadanego rodzeństwa</b>	<b>N = 656</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
brak rodzeństwa	91	13,87%
jedna osoba rodzeństwa	338	51,52%
dwie osoby rodzeństwa	168	25,61%
trzy osoby rodzeństwa	47	7,16%
cztery osoby rodzeństwa	12	1,83%

Tab.XIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wykształcenia matki (p. ryc. 13).

Wykształcenie matki	N = 662	
	N	%
0 brak	1	0,15%
1 podstawowe	12	1,81%
2 zawodowe	150	22,66%
3 średnie	226	34,14%
4 wyższe	273	41,24%

Tab.XIV. Miejsce zamieszkania a wykształcenie matki (p. ryc. 14).

Miejsce zamieszkania a wykształcenie matki	podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe	
	N = 12		N = 150		N = 223		N = 273	
	N	%	N	%	N	%	N	%
duże miasto	2	16,7%	12	8,00%	27	12,11%	65	23,81%
małe miasto	0	0,00%	49	32,67%	85	38,12%	103	37,73%
wieś	10	83,33%	89	59,33%	112	50,22%	105	38,46%

Tab.XV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wykształcenia ojca (p. ryc. 15).

Wykształcenie ojca	N = 646	
	N	%
brak	3	0,46%
podstawowe	8	1,24%
zawodowe	223	34,52%
średnie	225	34,83%
wyższe	187	28,95%

Tab.XVI. Miejsce zamieszkania a wykształcenie ojca (p. ryc. 16).

Miejsce zamieszkania a wykształcenie ojca	podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe	
	N = 8		N = 222		N = 224		N = 186	
	N	%	N	%	N	%	N	%
duże miasto	1	12,50%	18	8,11%	26	11,61%	58	31,18%
małe miasto	1	12,50%	64	28,83%	88	39,29%	75	40,32%
wieś	6	75,00%	140	63,06%	111	49,55%	53	28,50%

Tab.XVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem aktywności zawodowej rodziców/opiekunów (p. ryc. 17).

<b>Aktywność zawodowa rodziców</b>	<b>N = 667</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
oboje pracują	492	73,76%
tylko ojciec pracuje	117	17,54%
tylko matka pracuje	48	7,20%
bezrobotni	10	1,50%

Tab.XVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem miejsca pracy matki (p. ryc. 18).

<b>Miejsce pracy matki</b>	<b>N = 562</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
brak	2	0,36%
w miejscu zamieszkania	379	67,44%
w innym mieście	176	31,32%
za granicą	5	0,89%

Tab.XIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem miejsca pracy ojca (p. ryc. 19).

<b>Miejsce pracy ojca</b>	<b>N = 618</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
brak	2	0,32%
w miejscu zamieszkania	314	50,81%
w innym mieście	254	41,10%
za granicą	48	7,77%

Tab.XX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju zatrudnienia matki (p. ryc. 20).

<b>Zatrudnienie matki</b>	<b>N = 669</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
brak	112	16,74%
praca fizyczna	187	27,95%
praca umysłowa	238	35,58%
własna działalność gospodarcza	85	12,71%
gospodarstwo rolne	39	5,83%
inne	8	1,20%

Tab.XXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju zatrudnienia ojca (p. ryc. 21).

Zatrudnienie ojca	N = 669	
	N	%
brak	59	8,82%
praca fizyczna	247	36,92%
praca umysłowa	147	21,97%
własna działalność gospodarcza	171	25,56%
gospodarstwo rolne	37	5,53%
inne	8	1,20%
Razem	669	100%

Tab.XXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem sytuacji materialnej rodziny (p. ryc. 22).

Sytuacja materialna rodziny	N = 669	
	N	%
bardzo dobra	125	18,68%
dobra	367	55,01%
średnia	158	23,62%
raczej zła	17	2,54%
bardzo zła	1	0,15%

Tab.XXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem odległości szkoły od miejsca zamieszkania (p. ryc. 23).

Odległość szkoły od miejsca zamieszkania	N = 669	
	N	%
kilkaset m	57	8,52%
kilka km	272	40,66%
kilkanaście km	246	36,77%
kilkadziesiąt km	93	13,90%

Tab.XXIV. Czas drogi z domu do szkoły (p. ryc. 24).

Środek lokomocji	pieszo (min.)	rower (min.)	samochód (min.)	autobus (min.)	pociąg (min.)	tramwaj (min.)	inny (min.)
średnia	20,6	15,9	16,3	30,5	46,4	28,8	20,6
odchylenie standardowe	15,1	12,1	11,5	18,2	29,6	17,2	12,3

Tab.XXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego wyglądu (p. ryc. 25).

<b>Ocena własnego wyglądu</b>	<b>N = 664</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
bardzo dobry	115	17,32%
dobry	287	43,22%
zbyt szczupły	40	6,02%
zbyt gruby	104	15,66%
nie myślę o tym	118	17,77%

Tab.XXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego stanu zdrowia (p. ryc. 26).

<b>Ocena własnego stanu zdrowia</b>	<b>N = 668</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
bardzo dobry	229	34,28%
dobry	345	51,65%
dostateczny	80	11,98%
zły	14	2,10%
Razem	668	100%

Tab.XXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego sposobu odżywiania (p. ryc. 27).

<b>Ocena własnego sposobu odżywiania</b>	<b>N = 669</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
bardzo dobry	108	16,14%
dobry	473	70,70%
raczej zły	75	11,21%
zły	13	1,94%

Tab.XXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnej sprawności fizycznej (p. ryc. 28).

<b>Ocena własnej sprawności fizycznej</b>	<b>N = 669</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
bardzo dobra	222	33,18%
dobra	322	48,13%
dostateczna	105	15,70%
zła	20	2,99%

Tab.XXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem sposobu spędzania wolnego czasu (pytanie wielokrotnego wyboru) (p. ryc. 29).

Sposób spędzania wolnego czasu	N = 669	
	N	%
telewizja	371	55,46%
czytanie	335	50,07%
komputer	512	76,53%
sen	362	54,11%
znajomi	567	84,75%
muzyka	565	84,45%
spacer	462	69,06%
siłownia	142	21,23%
aerobik	72	10,76%
basen	264	39,46%
rower	468	69,96%
prace w domu	188	28,10%

Tab.XXX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem uczęszczania na zajęcia pozalekcyjne (pytanie wielokrotnego wyboru) (p. ryc. 30).

Udział w zajęciach pozalekcyjnych	N= 669	
	N	%
nie uczęszczam	193	28,85%
językowe	224	33,48%
sportowe	205	30,64%
muzyczne	76	11,36%
plastyczne	24	3,59%
komputerowe	13	1,94%
korepetycje	199	29,75%
inne	11	1,64%

Tab.XXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem poświęcania czasu na prace w gospodarstwie domowym w dni wolne (p. ryc. 31).

Czas na prace w gospodarstwie domowym	N = 669	
	N	%
"nie"	197	29,45%
"tak"	472	70,55%

Tab.XXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem zajęć podczas przerwy między lekcjami (pytanie wielokrotnego wyboru) (p. ryc. 32).

Zajęcia podczas przerwy między lekcjami	N = 669	
	N	%
czytanie, nauka	84	12,56%
spacer	104	15,55%
posiłek	321	47,98%
rozmowa z kolegami	575	85,95%
inne	62	9,41%

Tab.XXXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu spędzonym przy komputerze w ciągu dnia (p. ryc. 33).

Czas spędzany przed komputerem	N = 666	
	N	%
nie używam	12	1,80%
do 1 godz./dziennie	245	36,79%
2-3godz./dziennie	298	44,74%
4 godz. i więcej	111	16,67%

Tab.XXXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu spędzonym przed telewizorem w ciągu dnia (p. ryc. 34).

Czas spędzany przed telewizorem	N = 668	
	N	%
nie używam	119	17,81%
do 1 godz./dziennie	322	48,20%
2-3godz./dziennie	202	30,24%
4 godz. i więcej	25	3,74%

Tab.XXXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem ilości snu w ciągu doby (p. ryc. 35).

Ilość snu w ciągu doby	N = 666	
	N	%
do 6 godzin	181	27,18%
7-8 godzin	420	63,06%
powyżej 8 godzin	65	9,76%



Tab.XXXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem źródeł informacji na temat zdrowego stylu życia (p. ryc. 36).

Informacje nt. zdrowego stylu życia	N = 669	
	N	%
TV, radio	338	50,52%
Internet	521	77,88%
książki, czasopisma	314	47,01%
szkoła	215	32,19%
rodzina	301	44,99%

Tab.XXXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem istnienia zapotrzebowania na rozpowszechnianie informacji o zdrowym stylu życia (p. ryc. 37).

Zapotrzebowanie na informacje nt. zdrowego stylu życia	N = 667	
	N	%
"nie"	122	18,29%
"tak"	545	81,71%

Tab.XXXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ich opinii dotyczącej okresu życia w jakim powinno się edukować ludzi na temat zdrowego stylu życia (p. ryc. 38).

Edukacja nt. Zdrowego stylu życia	N = 666	
	N	%
nie widzę potrzeby	42	6,31%
od najmłodszych lat	517	77,63%
w okresie dojrzewania	102	15,31%
w okresie, kiedy zakłada się rodzinę	5	0,75%

Tab.XXXIX. Wskaźnik BMI a płeć (p. ryc. 39).

Wskaźnik BMI a płeć	dziewczęta		chłopcy	
	N = 446		N = 217	
	N	%	N	%
niedowaga	112	25,11%	20	9,22%
masa ciała prawidłowa	314	70,40%	171	78,80%
nadwaga i otyłość	21	4,71%	26	11,98%

Tab.XL. Wskaźnik BMI a miejsce stałego zamieszkania (p. ryc. 40).

Wskaźnik BMI miejsce zamieszkania	duże miasto		małe miasto		wieś	
	N = 105		N = 235		N = 321	
	N	%	N	%	N	%
niedowaga	19	18,09%	40	17,02%	72	22,43%
masa ciała prawidłowa	79	75,24%	180	76,60%	226	70,40%
nadwaga i otyłość	7	6,67%	15	6,38%	24	7,48%

(test chi<sup>2</sup>, p=0,5)

Tab.XLI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości posiłków spożytych przez nich w ciągu dnia (p. ryc. 41).

Ilość spożytych posiłków w ciągu dnia	N = 658	
	N	%
jeden	1	0,15%
dwa	39	5,93%
trzy	218	33,13%
cztery	239	36,32%
pięć	161	24,47%

Tab.XLII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem regularności spożytych posiłków (p. ryc. 42).

Regularność spożytych posiłków	N = 666	
	N	%
I śniadanie	522	78,38%
II śniadanie	505	75,94%
obiad	639	95,95%
podwieczorek	266	40,06%
kolacja	514	77,18%

Tab.XLIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożytych posiłków (p. ryc. 43).

Częstość spożytych posiłków	N = 665	
	N	%
zawsze	60	9,02%
często	282	42,41%
czasami	256	38,50%
nigdy	67	10,08%

Tab.XLIV. Najczęstsze godziny spożywania codziennie posiłków (p. ryc. 44).

<b>Godziny posiłków</b>	I śniadanie	II śniadanie	obiad	podwieczorek	kolacja
	<b>N = 554</b>	<b>N = 542</b>	<b>N = 645</b>	<b>N = 329</b>	<b>548</b>
do 6	0,90% (N=5)	-	-	-	-
6-8	89,17% (N=494)	0,18% (N=1)	-	-	-
8-10	7,40% (N=41)	20,85% (N=113)	-	-	-
10-12	2,53% (N=14)	72,69% (N=394)	-	-	-
12-14	-	6,27% (N=34)	1,55% (N=10)	-	-
14-16	-	-	54,73% (N=353)	1,52% (N=5)	-
16-18	-	-	41,55% (N=268)	55,02% (N=181)	1,09% (N=6)
18-20	-	-	2,17% (N=14)	41,64% (N=137)	46,72% (N=256)
20-22	-	-	-	1,22% (N=4)	44,89% (N=246)
22-24	-	-	-	0,61% (N=2)	7,30% (N=40)

Tab.XLV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem godzin spożywania ostatniego posiłku (p. ryc. 45).

<b>Godziny spożywania ostatniego posiłku</b>	<b>N = 663</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
17-18	107	16,14%
19-20	285	42,99%
po 21	116	17,50%
nieregularnie	155	23,38%

Tab.XLVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem powodów rezygnacji z niektórych posiłków (pytanie wielokrotnego wyboru) (p. ryc. 46).

<b>Powód rezygnacji z niektórych posiłków</b>	<b>N = 661</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
brak czasu	350	52,95%
brak apetytu	307	46,44%
brak pieniędzy	24	3,63%
odchudzanie się	115	17,40%
inne	24	3,63%

Tab.XLVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem wpływu stresu na sposób żywienia (p. ryc. 47).

<b>Wpływ stresu na sposób żywienia</b>	<b>N = 661</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
tak, zjadam więcej	164	24,81%
tak, jem bez opamiętania	37	5,60%
nie jem wtedy wcale	200	30,26%
stres nie ma wpływu	260	39,33%

Tab.XLVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem samodzielnego przygotowania posiłków (pytanie wielokrotnego wyboru) (p. ryc. 48).

<b>Samodzielne przygotowanie posiłków</b>	<b>N = 668</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
pierwsze śniadanie	330	49,40%
drugie śniadanie	256	38,32%
obiad	94	14,07%
podwieczorek	240	35,93%
kolacja	472	70,66%

Tab.XLIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem pory dnia kiedy głód jest najczęściej odczuwalny (p. ryc. 49).

<b>Najczęstsze pory odczuwania głodu</b>	<b>N = 668</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
rano	139	20,81%
przed południem	257	38,47%
po południu	288	43,11%
wieczorem	168	25,15%

Tab.L. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem sposobu zaspokajania głodu (p. ryc. 50).

<b>Sposób zaspokajania głodu</b>	<b>N = 669</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
jem cokolwiek	306	45,74%
piję wodę	289	43,20%
jem słodycze	187	27,95%
jem produkty mleczne	154	23,02%
jem kanapki	348	52,02%
wstrzymuję się	71	10,61%

Tab.LI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem podjadania pomiędzy posiłkami (p. ryc. 51).

<b>Podjadanie między posiłkami</b>	<b>N = 667</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
tak, zawsze	120	17,99%
tak, często	183	27,44%
tak, czasami	340	50,97%
nigdy	24	3,60%

Tab.LII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem produktów spożywczych, które są podjadane (p. ryc. 52).

<b>Produkty, które są podjadane</b>	<b>N = 669</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
kanapki	293	43,80%
słodycze	466	69,66%
chipsy	213	31,84%
warzywa	189	28,25%
owoce	551	82,36%
jogurty	487	72,80%
słodkie bułki	276	41,26%
fast food	168	25,11%
orzechy	115	17,19%
inne	27	4,04%

Tab.LIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem stosowanej diety (p. ryc. 53).

<b>Stosowanie diety</b>	<b>N = 665</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie stosuję	532	80,00%
stosuję ze wskazań lekarskich	24	3,61%
dieta wegetariańska	17	2,56%
dieta odchudzająca	51	7,67%
inna	41	6,16%

Tab.LIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem istnienia różnicy w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi od szkoły, a pozostałymi dniami (p. ryc. 54).

<b>Różnice w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi a pozostałymi</b>	<b>N = 667</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
"nie"	251	37,63%
"tak"	418	62,67%

Tab.LV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem różnic w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi od szkoły, a pozostałymi dniami (p. ryc. 55).

<b>Różnice w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi a pozostałymi</b>	<b>N= 670</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
posiłki są bardziej obfite	173	25,82%
posiłki są mniej obfite	33	4,92%
posiłki są bardziej urozmaicone	269	40,15%
posiłki są mniej regularne	81	12,09%
spożycie więcej słodczy	84	12,54%
spożycie więcej "fast-foodów"	40	5,97%
spożycie więcej owoców i warzyw	149	22,24%

Tab.LVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czynników wpływających na wybór żywności (p. ryc. 56).

<b>Czynniki wpływające na wybór żywności</b>	<b>N = 669</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
smak	637	95,22%
wygląd	440	65,77%
rodzina	162	24,22%
koledzy	60	8,97%
reklama	73	10,91%
wiedza o walorach zdrowotnych	270	40,36%
inne	16	2,39%

Tab.LVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem kontroli spożywanej żywności (p. ryc. 57).

<b>Kontrola spożywanej żywności</b>	<b>N = 669</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
zawsze	30	4,48%
zależy od produktu	117	17,49%
sporadycznie	199	29,75%
nie zwracam uwagi	323	48,28%

Tab.LVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem spożywanych produktów typu „light” (p. ryc. 58).

Spożywanie produktów typu „light”	N = 667	
	N	%
cola	196	29,38%
słodyczne	82	12,29%
soki	141	21,14%
margaryna	59	8,85%
mleko i jego przetwory	193	28,93%
inne	26	3,90%

Tab.LIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju produktów, z jedzenia których odczuwana jest przyjemność (p. ryc. 59).

Rodzaj spożywanych produktów z jedzenia, których odczuwana jest przyjemność	N = 667	
	N	%
nie odczuwam przyjemności	28	4,20%
słodczy	468	70,16%
chipsów	245	36,73%
produktów zbożowych	142	21,29%
produktów mlecznych	292	43,78%
mięsa, ryb	283	42,43%
owoców	493	73,91%
warzyw	208	31,18%
jedzenie zawsze sprawia mi przyjemność	210	31,48%

Tab.LX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem zwracania uwagi na datę ważności produktu (p. ryc. 60).

Zwracanie uwagi na datę ważności kupowanego produktu	N = 667	
	N	%
zawsze	309	46,33%
zależy od produktu	195	29,24%
sporadycznie	117	17,54%
nie zwracam uwagi	46	6,90%

Tab.LXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem korzystania z zakładów żywienia zbiorowego (p. ryc. 61).

<b>Korzystanie z zakładów żywienia zbiorowego</b>	<b>N = 668</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
bar	216	32,34%
restauracja	198	29,64%
kawiarnia	168	25,15%
nie korzystam	256	38,32%

Tab.LXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania posiłków w domu (p. ryc. 62).

<b>Spożywanie posiłków w domu</b>	<b>N = 665</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
pierwsze śniadanie	535	80,33%
drugie śniadanie	21	3,16%
obiad	629	94,59%
podwieczorek	384	57,74%
kolacja	575	86,47%

Tab.LXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania produktów typu „fast-food” (p. ryc. 63).

<b>Częstość spożywania produktów typu „fast-food”</b>	<b>N = 665</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
codziennie	9	1,35%
co drugi dzień	16	2,41%
1x w tygodniu	103	15,49%
sporadycznie	479	72,03%
nie spożywam	58	8,72%

Tab.LXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem korzystania z automatów ze słodyczami i napojami (p. ryc. 64).

<b>Korzystanie z automatów ze słodyczami i napojami</b>	<b>N = 663</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
tak, często	51	7,69%
sporadycznie	334	50,38%
nigdy	278	41,93%



Tab.LXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywania określonych grup produktów w ciągu dnia (p. ryc. 65).

Rozkład posiłków a ich częstość spożywania	5 x dziennie	3 x dziennie	2 x dziennie	1 raz dziennie	rzadziej
	N = 647				
produkty zbożowe	58 (8,96%)	126 (19,47%)	239 (36,94%)	178 (27,51%)	0 (0,00%)
warzywa	76 (11,66%)	259 (39,72%)	202 (30,98%)	94 (14,42%)	0 (0,00%)
owoce	54 (8,33%)	227 (35,03%)	216 (33,33%)	117 (18,06%)	0 (0,00%)
mleko i jego przetwory	82 (12,77%)	209 (32,55%)	208 (32,40%)	120 (18,69%)	0 (0,00%)
mięso, ryby, jaja, orzechy, nasiona strączkowe	106 (16,38%)	282 (43,59%)	157 (24,27%)	77 (11,90%)	0 (0,00%)
tluszcze, oleje	208 (32,45%)	231 (36,04%)	128 (19,97%)	57 (8,89%)	0 (0,00%)

Tab.LXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem umiejętności samodzielnego określenia wielkości spożywanych porcji (p. ryc. 66).

Wielkość spożywanej porcji	N = 662	
	N	%
"nie"	237	35,80%
"tak"	425	64,20%

Tab.LXVII. Najczęściej spożywane produkty na I śniadanie przez uczniów szkół licealnych(p. ryc. 67).

Najczęściej spożywane produkty na I śniadanie	N = 665	
	N	%
nie jem śniadań	89	13,38%
produkty mleczne	158	23,76%
kanapki	467	70,23%
warzywa	22	3,31%
owoce	46	6,92%
jaja	51	7,67%
inne	31	4,66%

Tab.LXVIII. Najczęściej spożywane produkty na II śniadanie przez uczniów szkół licealnych (p. ryc. 68).

Najczęściej spożywane produkty na II śniadanie	N = 668	
	N	%
nie jem śniadań	72	10,78%
produkty mleczne	66	9,88%
kanapki	523	78,53%
warzywa	31	4,64%
owoce	174	26,09%
słodycze	92	13,79%
inne	10	1,50%

Tab.LXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów zbożowych (p. ryc. 69).

Preferowane produkty zbożowe	N = 666	
	N	%
z pełnego ziarna (ciemne)	303	45,50%
mieszane	252	37,84%
jasne	171	25,68%

Tab.LXX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów spożywczych z pełnego ziarna (p. ryc. 70).

Produkty spożywane z pełnego ziarna	N = 666	
	N	%
grube kasze	98	14,71%
makaron razowy	91	13,66%
ciemny ryż	109	16,37%
pieczywo razowe	427	64,11%
płatki	448	67,27%
inne	3	0,45%

Tab.LXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości jedzenia produktów z pełnego ziarna (p. ryc. 71).

Częstość spożywanych produktów z pełnego ziarna	N = 663	
	N	%
nie jadam	33	4,98%
sporadycznie	252	38,01%
2-3 x w tygodniu	220	33,18%
codziennie	140	21,12%
częściej niż 1 x dziennie	18	2,71%

Tab.LXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju pieczywa stosowanego do kanapek (p. ryc. 72).

<b>Rodzaj pieczywa stosowanego do kanapek</b>	<b>N = 668</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
chleb ciemny	351	52,54%
chleb jasny	462	69,16%
bułki pszenne	333	49,85%
bułki żytnie	141	21,11%
bułki grahamki	190	28,44%
chleb wasa	82	12,28%
inne	12	1,80%

Tab.LXXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju produktu używanego do smarowania kanapek (p. ryc. 73).

<b>Produkty używane do smarowania kanapek</b>	<b>N = 664</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie smaruję pieczywa	99	14,91%
masłem	417	62,80%
margaryną	152	22,89%
margaryną bez cholesterolu	26	3,92%
inne	17	2,56%

Tab.LXXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania wyrobów cukierniczych (p. ryc. 74).

<b>Częstość spożywania wyrobów cukierniczych</b>	<b>N = 664</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie jadam	88	13,25%
sporadycznie	405	60,99%
2-3 x w tygodniu	144	21,69%
codziennie	27	4,07%

Tab.LXXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości dań podczas codziennego obiadu (p. ryc. 75).

<b>Ilość dań podczas spożywania obiadu</b>	<b>N = 659</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie jem obiadu	6	0,91%
tylko zupa	76	11,53%
tylko drugie danie	393	59,64%
dwóch	235	35,66%
trzech	6	0,91%

Tab.LXXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju jedzonych zup (p. ryc. 76).

<b>Rodzaj jedzonych zup</b>	<b>N = 666</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie jadam	44	6,61%
domowe	599	89,94%
gotowe	35	5,26%

Tab.LXXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanego mięsa (p. ryc. 77).

<b>Rodzaj preferowanego mięsa</b>	<b>N = 667</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie jadam	40	6,00%
mięso czerwone	161	24,14%
mięso białe (drobiowe)	543	81,41%

Tab.LXVIII. Częstość spożywania mięsa czerwonego przez uczniów szkół licealnych(p. ryc. 78).

<b>Częstotliwość spożywania czerwonego mięsa</b>	<b>N = 664</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie jadam	201	30,27%
1x w tygodniu	242	36,45%
2-3x w tygodniu	175	26,36%
4x w tygodniu	28	4,22%
codziennie	18	2,71%

Tab.LXIX. Częstość spożywania mięsa białego przez uczniów szkół licealnych(p. ryc. 79).

<b>Częstotliwość jedzenia białego mięsa</b>	<b>N = 664</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie jadam	38	5,72%
1x w tygodniu	115	17,32%
2-3x w tygodniu	379	57,08%
4x w tygodniu	106	15,96%
codziennie	26	3,92%

Tab.LXXX. Częstość spożywania ryb przez uczniów szkół licealnych(p. ryc. 80).

Częstotliwość jedzenia ryb	N = 664	
	N	%
nie jadam	113	17,02%
1x w tygodniu	456	68,67%
2x w tygodniu	76	11,45%
3x w tygodniu	12	1,81%
4x w tyg. i częściej	7	1,05%

Tab.LXXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanych ryb (p. ryc. 81).

Rodzaj preferowanych ryb	N = 660	
	N	%
nie jadam	95	14,39%
ryby morskie	467	70,76%
ryby słodkowodne	142	21,52%

Tab.LXXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanej obróbki mięsa (p. ryc. 82).

Rodzaj obróbki mięsa	N = 667	
	N	%
smażone	440	65,97%
pieczone	280	41,98%
gotowane	125	18,74%
duszone	75	11,24%
inne	18	2,70%

Tab.LXXXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania „owoców morza” (p. ryc. 83).

Spożywanie „owoców morza”	N = 667	
	N	%
tak, często	24	3,60%
tak, sporadycznie	174	26,09%
nie, nie lubię	201	30,13%
nie, są za drogie	48	7,20%
nigdy nie próbowałem	220	32,98%

Tab.LXXXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania kurzych jaj (p. ryc. 84).

Spożywanie kurzych jaj	N = 665	
	N	%
nie jadam	28	4,21%
1 x w tygodniu	316	47,52%
2-3 x w tygodniu	270	40,60%
4 x w tygodniu	40	6,02%
codziennie	11	1,65%

Tab.LXXXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywanych warzyw (p. ryc. 85).

Spożywanie warzyw	N = 664	
	N	%
nie jadam	27	4,07%
1 dziennie	335	50,45%
2x dziennie	220	33,13%
3x dziennie	56	8,43%
4x i częściej	26	3,92%

Tab.LXXXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej spożywanych warzyw (p. ryc. 86).

Rodzaj najczęściej spożywanych warzyw	N = 668	
	N	%
ciemnozielone (brokuły, kapusta, szpinak)	149	22,30%
pomarańczowe (marchew, dynia)	130	19,46%
suche produkty strączkowe (groch, fasola, bób)	51	7,63%
o wysokiej zawartości skrobi (ziemniak, zielony groszek)	265	39,67%
inne (pomidor, sałata, cebula)	427	63,92%

Tab.LXXXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem preferowanej postaci warzyw (p. ryc. 87).

Preferowana postać warzyw	N = 668	
	N	%
świeże	546	81,74%
gotowane	222	33,23%
mrożone	24	3,59%
suszone	10	1,50%
z puszki	21	3,14%

Tab.LXXXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywania owoców w ciągu dnia (p. ryc. 88).

Częstość spożywania owoców w ciągu dnia	N = 659	
	N	%
nie jadamy	16	2,43%
1x dziennie	309	46,89%
2x dziennie	235	35,66%
3x dziennie i więcej	99	15,02%

Tab.LXXXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem preferowanej postaci owoców (p. ryc. 89).

Preferowana postać owoców	N = 668	
	N	%
świeże	647	96,86%
gotowane	17	2,54%
mrożone	15	2,25%
suszone	40	5,99%
z puszki	38	5,69%

Tab.XC. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju spożywanych soków (p. ryc. 90).

Rodzaj spożywanych soków	N = 666	
	N	%
nie spożywam	84	12,61%
owocowe	537	80,63%
warzywne	22	3,30%
owocowo-warzywne	60	9,01%

Tab.XCI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanych potraw (p. ryc. 91).

Rodzaj preferowanych potraw	N = 667	
	N	%
słone	390	58,47%
kwaśne	251	37,63%
słodkie	407	61,02%
tłuste	96	14,39%

Tab.XCII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości wypijanych płynów w ciągu dnia (p. ryc. 92).

Ilość wypijanych płynów	N = 661	
	N	%
2 szklanki	37	5,60%
3-4 szklanki	187	28,29%
5-6 szklanek	263	39,79%
8 szklanek i więcej	174	26,32%

Tab.XCIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem najczęściej spożywanego napoju (p. ryc. 93).

Najczęściej spożywane napoje	N = 667	
	N	%
herbata	496	74,36%
kawa	179	26,84%
woda mineralna	463	69,41%
woda smakowa	211	31,63%
mleko	215	32,24%
sok	411	61,62%

Tab.XCIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju najczęściej pitej wody (p. ryc. 94).

Rodzaj najczęściej spożywanej wody	N = 665	
	N	%
woda źródłana	138	20,75%
woda mineralna	519	78,05%
woda ze studni	22	3,31%
woda z czajnika	136	20,45%
woda lecznicza	5	0,75%

Tab.XCV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzajów spożywanego słodzonego napoju gazowanego (p. ryc. 95).

Rodzaj spożywanego słodzonego napoju gazowanego	N = 664	
	N	%
nie spożywam	178	26,81%
lemoniada	88	13,25%
oranżada	117	17,62%
napoje typu cola	353	53,16%



Tab.XCVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanego rodzaju herbaty (p. ryc. 96).

Preferowany rodzaj herbaty	N = 665	
	N	%
nie piję herbaty	36	5,41%
czarną	309	46,47%
zieloną	209	31,43%
owocową	241	36,24%
inną	50	7,52%

Tab.XCVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanego rodzaju kawy (p. ryc. 97).

Preferowany rodzaj kawy	N = 665	
	N	%
nie piję kawy	239	35,94%
zbożową	99	14,89%
rozpuszczalną	254	38,20%
parzoną	118	17,74%

Tab.XCVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości kupowania napojów energetycznych (p. ryc. 98).

Częstość kupowania napojów energetycznych	N = 666	
	N	%
tak, często	59	8,86%
sporadycznie	309	46,40%
nie	298	44,74%

Tab.XCIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania mleka i jego przetworów w ciągu dnia (p. ryc. 99).

Częstość spożywania mleka i jego przetworów	N = 665	
	N	%
nie spożywam	42	6,32%
1x dziennie	324	48,72%
2x dziennie	217	32,63%
3x dziennie	62	9,32%
4x i częściej	20	3,01%

Tab.C. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej pitego mleka (p. ryc. 100).

Rodzaj pitego mleka	N = 665	
	N	%
nie piję mleka	85	12,78%
mleko pełne (3,2%)	298	44,81%
mleko odtłuszczone (1-2%)	257	38,65%
bez tłuszczu	28	4,21%
mleko smakowe	12	1,80%

Tab.CI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów mlecznych (p. ryc. 101).

Preferowane produkty mleczne	N = 667	
	N	%
nie spożywam	19	2,85%
jogurt naturalny	207	31,03%
jogurt owocowy	505	75,71%
kefir	122	18,29%
maślanka	131	19,64%

Tab.CII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej spożywanych produktów nabiałowych (p. ryc. 102).

Rodzaj najczęściej spożywanych produktów nabiałowych	N = 667	
	N	%
nie spożywam	18	2,70%
ser twarogowy chudy	138	20,69%
ser twarogowy półtłusty	157	23,54%
ser twarogowy tłusty	45	6,75%
ser żółty	471	70,61%
serek topiony	211	31,63%

Tab.CIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju stosowanego w domu tłuszczu do przygotowywania potraw (p. ryc. 103).

Rodzaj stosowanego tłuszczu	N = 667	
	N	%
tłuszcze zwierzęce	161	24,14%
tłuszcze roślinne	581	87,11%

Tab.CIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem najczęściej spożywanym produktów na kolację (p. ryc. 104).

Produkty spożywane na kolację	N = 667	
	N	%
nie jem kolacji	90	13,49%
produkty mleczne	164	24,59%
jaja	157	23,54%
mięso	117	17,54%
ryby	38	5,70%
owoce	100	14,99%
warzywa	142	21,29%
pieczywo	454	68,07%
inne	13	1,95%

Tab.CV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywanym słodczy (p. ryc. 105).

Częstość spożywanym słodczy	N = 662	
	N	%
nie jadam	25	3,78%
1 x w tygodniu	132	19,94%
3-4 x tygodniu	301	45,47%
codziennie	204	30,82%

Tab.CVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem najchętniej spożywanym słodczy (p. ryc. 106).

Najchętniej spożywane słodczy	N = 666	
	N	%
czekolada	486	72,97%
cukierki owocowe	104	15,64%
herbatniki	109	16,39%
ciasta, pączki	235	35,29%
lody	9	1,35%
batony	18	2,70%
chipsy	12	1,80%
želki	11	1,65%
inne	8	1,20%

Tab.CVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania orzechów (p. ryc. 107).

Spożywanie orzechów	N = 665	
	N	%
"nie"	245	36,84%
"tak"	420	63,16%

Tab.CVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem zwracania uwagi na skład produktów podczas zakupów żywności (p. ryc. 108).

Częstość zwracania uwagi na skład produktów podczas zakupów	N = 667	
	N	%
zawsze	47	7,05%
często	147	22,04%
sporadycznie	312	46,78%
nigdy	161	24,14%

Tab.CIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem znajomości zasad bezpiecznego przechowywania i przygotowywania produktów (p. ryc. 109).

Znajomość zasad przechowywania produktów	N = 664	
	N	%
"nie"	80	12,05%
"tak"	584	87,95%

Tab.CX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego (p. ryc. 110).

Uczestnictwo w zajęciach wychowania - fizycznego	N = 666	
	N	%
tak, zawsze	451	67,72%
tak, zazwyczaj	138	20,72%
sporadycznie	32	4,80%
nie	45	6,76%

Tab.CXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem lubienia zajęć w-f, w przypadku uczestniczenia w nich (p. ryc. 111).

Zajęcia w-f - lubię	N = 633	
	N	%
"nie"	145	22,91%
"tak"	488	77,09%

Tab.CXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego (p. ryc. 112).

<b>Częstość uczestniczenia w zajęciach w-f</b>	<b>N = 665</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
we wszystkich	241	36,24%
w prawie wszystkich	359	53,98%
w mniej niż połowie	30	4,51%
mam zwolnienie długoterminowe	35	5,26%

Tab.CXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem przynależności do organizacji sportowych (p. ryc. 113).

<b>Przynależność do organizacji sportowych</b>	<b>N = 664</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie należę	477	71,84%
tak, w szkole	89	13,40%
tak, w klubie pozaszkolnym	110	16,57%

Tab.CXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ćwiczeń fizycznych poza zajęciami szkolnymi (p. ryc. 114).

<b>Uprawianie pozaszkolnej aktywności fizycznej</b>	<b>N = 665</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
"nie"	300	45,11%
"tak"	365	54,89%

Tab.CXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem motywu podejmowania aktywności fizycznej (p. ryc. 115).

<b>Powód podejmowania aktywności fizycznej</b>	<b>N = 666</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
poprawa wyglądu zewnętrznego	316	47,45%
utrzymywanie prawidłowej masy ciała	229	34,38%
utrzymywanie dobrej kondycji	325	48,80%
poprawa samopoczucia	312	46,85%
podążanie za modą	18	2,70%
dla zdrowia	267	40,09%
inne	20	3,01%

Tab.CXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstotliwości podejmowanych pozalekcyjnych aktywności fizycznych (p. ryc. 116).

<b>Częstość podejmowania pozalekcyjnej aktywności fizycznej</b>	<b>N = 661</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie podejmuję	87	13,16%
1x tyg.	125	18,91%
2x tyg.	163	24,66%
3x tyg.	117	17,70%
4x tyg.	64	9,68%
5x tyg.	28	4,24%
codziennie	77	11,65%

Tab.CXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem pory dnia w jakiej wykonywane są ćwiczenia niezwiązane z zajęciami szkolnymi (p. ryc. 117).

<b>Pora dnia wykonywanej pozaszkolnej aktywności fizycznej</b>	<b>N = 598</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
rano	51	8,53%
po południu	306	51,17%
wieczorem	299	50,00%

Tab.CXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu poświęcanego na pozalekcyjne zajęcia fizyczne (p. ryc. 118).

<b>Czas poświęcony na pozalekcyjne zajęcia fizyczne</b>	<b>N = 646</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
nie ćwiczę	66	10,22%
10-15 minut	121	18,73%
30 minut	134	20,74%
1 godzinę	207	32,04%
2 godziny i więcej	136	21,05%

Tab.CXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanej pozalekcyjnej aktywności fizycznej (p. ryc. 119).

Preferowana pozalekcyjna aktywność fizyczna	N = 664	
	N	%
żadna	36	5,42%
bieganie	291	43,82%
pływanie	274	41,26%
gry zespołowe	324	48,80%
trening siłowy	135	20,33%
aerobik	149	22,44%
jazda na rowerze	371	55,87%
inna	67	10,09%

Tab.CXX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości wykonywania intensywnych ćwiczeń (p. ryc. 120).

Częstość wykonywania intensywnych ćwiczeń	N = 655	
	N	%
nie wykonuję	210	32,06%
1x w tygodniu	229	34,96%
2-3 x w tygodniu	158	24,12%
4 x w tygodniu i częściej	58	8,85%

Tab.CXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości wykonywania umiarkowanej aktywności fizycznej (p. ryc. 121).

Częstość wykonywania umiarkowanej aktywności fizycznej	N = 655	
	N	%
nie podejmuję	55	8,40%
1x w tygodniu	211	32,21%
2-3 x w tygodniu	244	37,25%
4 x w tygodniu i częściej	145	22,14%

Tab.CXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem opinii na temat korzyści z uprawiania aktywności fizycznej (p. ryc. 122).

Korzyści z uprawianej aktywności fizycznej	N = 663	
	N	%
zdrowotne	372	56,11%
lepsz sylwetka	388	58,52%
lepsza sprawność fizyczna	352	53,09%
lepsze samopoczucie	341	51,43%
osiąganie wyników	115	17,34%
inne	9	1,36%

Tab.CXXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czynników, które utrudniają podejmowanie aktywności fizycznej ankietowanym (p. ryc. 123).

Czynniki, które utrudniają podejmowanie aktywności fizycznej	N = 663	
	N	%
niechęć	179	27,00%
brak czasu	503	75,87%
brak sprzętu	52	7,84%
brak miejsca	86	12,97%
zły stan zdrowia	85	12,82%
wstyd	48	7,24%
inne	11	1,66%

Tab.CXXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem istnienia różnicy w aktywności fizycznej, w podziale na dni szkolne oraz dni wolne od szkoły (p. ryc. 124).

Rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej w dni szkolne i wolne od szkoły	N = 660	
	N	%
"nie"	217	32,88%
"tak"	443	67,12%

Tab.CXXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem poświęcania więcej czasu na aktywność fizyczną w dni wolne od szkoły (p. ryc. 125).

Wykonywana aktywność fizyczna w dni wolne od szkoły	N = 658	
	N	%
"nie"	272	41,34%
"tak"	386	58,66%

Tab.CXXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywania napojów alkoholowych (p. ryc. 126).

Częstość spożywania napojów alkoholowych	N = 663	
	N	%
tak, kilka x w tygodniu	50	7,54%
tak, 1x w tygodniu	104	15,69%
tak, sporadycznie	339	51,13%
nie	170	25,64%



Tab.CXXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzajów preferowanego alkoholu w przypadku jego spożywania (p. ryc. 127).

<b>Rodzaj preferowanego alkoholu</b>	<b>N = 662</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
wódka	287	43,35%
wino	192	29,00%
piwo	388	58,61%
inne	49	7,40%

Tab.CXXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem palenia papierosów (p. ryc. 128).

<b>Palenie papierosów</b>	<b>N = 662</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
"nie"	574	86,71%
"tak"	88	13,29%

Tab.CXXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem osobistego kontaktu z narkotykami (p. ryc. 129).

<b>Kontakt z narkotykami</b>	<b>N = 609</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
"nie"	525	86,21%
"tak"	84	13,79%

Tab.CXXX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem używania narkotyków w przypadku kontaktu z nimi (p. ryc. 130).

<b>Używanie narkotyków</b>	<b>N = 77</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
regularnie	11	14,29%
sporadycznie	62	80,52%

Tab.CXXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem osobistego kontaktu z „dopalaczami” (p. ryc. 131).

Kontakt z dopalaczami	N = 603	
	N	%
"nie"	559	92,70%
"tak"	44	7,30%

Tab.CXXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem używania „dopalaczy” w przypadku wcześniejszego kontaktu z nimi (p. ryc. 132).

Używanie dopalaczy	N = 42	
	N	%
regularnie	6	14,29%
sporadycznie	34	80,95%

## 2. Spis rycin

- Ryc.1. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ich płci.  
 Ryc.2. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wieku.  
 Ryc.3. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem miejsca stałego zamieszkania.  
 Ryc.4. Miejsce zamieszkania a płeć.  
 Ryc.5. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem warunków lokalowych.  
 Ryc.6. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem liczby osób w gospodarstwie domowym.  
 Ryc.7. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby dzieci w domu.  
 Ryc.8. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem posiadania własnego pokoju.  
 Ryc.9. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby osób, z którymi ankietowani dzielą pokój.  
 Ryc.10. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem charakteru rodziny.  
 Ryc.11. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem posiadanego rodzeństwa.  
 Ryc.12. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby rodzeństwa.  
 Ryc.13. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wykształcenia matki.  
 Ryc.14. Miejsce zamieszkania a wykształcenie matki.  
 Ryc.15. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wykształcenia ojca.  
 Ryc.16. Miejsce zamieszkania a wykształcenie ojca.  
 Ryc.17. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem aktywności zawodowej rodziców/opiekunów.  
 Ryc.18. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem miejsca pracy matki.  
 Ryc.19. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem miejsca pracy ojca.

Ryc.20. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju zatrudnienia matki.

Ryc.21. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju zatrudnienia ojca.

Ryc.22. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem sytuacji materialnej rodziny.

Ryc.23. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem odległości szkoły od miejsca zamieszkania.

Ryc.24. Czas drogi z domu do szkoły.

Ryc.25. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego wyglądu.

Ryc.26. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego stanu zdrowia.

Ryc.27. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego sposobu odżywiania.

Ryc.28. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnej sprawności fizycznej.

Ryc.29. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem sposobu spędzania wolnego czasu.

Ryc.30. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem uczęszczania na zajęcia pozalekcyjne.

Ryc.31. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem poświęcania czasu na prace w gospodarstwie domowym w dni wolne.

Ryc.32. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem zajęć podczas przerwy między lekcjami.

Ryc.33. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu spędzanego przy komputerze w ciągu dnia.

Ryc.34. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu spędzanego przed telewizorem w ciągu dnia.

Ryc.35. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem ilości snu w ciągu doby.

Ryc.36. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem źródeł informacji na temat zdrowego stylu życia.

Ryc.37. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem istnienia zapotrzebowania na rozpowszechnianie informacji o zdrowym stylu życia.

Ryc.38. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ich opinii dotyczącej okresu życia w jakim powinno się edukować ludzi na temat zdrowego stylu życia.

Tab.39. Wskaźnik BMI a płeć.

Ryc.40. Wskaźnik BMI a miejsce stałego zamieszkania.

Ryc.41. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości posiłków spożywanych przez nich w ciągu dnia.

Ryc.42. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem regularności spożywanych posiłków.

Ryc.43. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywanych posiłków.

Ryc.44. Najczęstsze godziny spożywanych codziennie posiłków.

Ryc.45. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem godzin spożywania ostatniego posiłku.

Ryc.46. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem powodów rezygnacji z niektórych posiłków.

Ryc.47. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem wpływu stresu na sposób żywienia.

Ryc.48. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem samodzielnego przygotowania posiłków.

Ryc.49. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem pory dnia, kiedy głód jest najczęściej odczuwalny.

Ryc.50. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem sposobu zaspokajania głodu.

Ryc.51. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem podjadania pomiędzy posiłkami.

Ryc.52. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem produktów spożywczych, które są podjadane.

Ryc.53. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem stosowanej diety.

Ryc.54. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem istnienia różnicy w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi od szkoły, a pozostałymi dniami.

Ryc.55. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem różnic w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi od szkoły, a pozostałymi dniami.

Ryc.56. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czynników wpływających na wybór żywności.

Ryc.57. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem kontroli spożywanej żywności.

Ryc.58. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem spożywanych produktów typu „light”.

Ryc.59. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju produktów, z jedzenia których odczuwana jest przyjemność.

Ryc.60. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem zwracania uwagi na datę ważności produktu.

Ryc.61. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem korzystania z zakładów żywienia zbiorowego.

Ryc.62. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem miejsca spożywania posiłków.

Ryc.63. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania produktów typu „fast food”.

Ryc.64. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem korzystania z automatów ze słodyczami i napojami.

Ryc.65. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywania określonych grup produktów w ciągu dnia.

Ryc.66. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem umiejętności samodzielnego określenia wielkości spożywanych porcji.

Ryc.67. Najczęściej spożywane produkty na I śniadanie przez uczniów szkół licealnych

Ryc.68. Najczęściej spożywane produkty na II śniadanie przez uczniów szkół licealnych

Ryc.69. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów zbożowych.

Ryc.70. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów spożywczych z pełnego ziarna.

Ryc.71. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości jedzenia produktów z pełnego ziarna.

Ryc.72. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju pieczywa stosowanego do kanapek.

Ryc.73. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju produktu używanego do smarowania kanapek.

Ryc.74. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania wyrobów cukierniczych.

Ryc.75. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości dań podczas codziennego obiadu.

Ryc.76. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju jedzonych zup.

Ryc.77. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanego mięsa.

Ryc.78. Częstość spożywania mięsa czerwonego przez uczniów szkół licealnych.

Ryc.79. Częstość spożywania mięsa białego przez uczniów szkół licealnych.

Ryc.80. Częstość spożywania ryb przez uczniów szkół licealnych.

Ryc.81. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanych ryb.

Ryc.82. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanej obróbki mięsa.

Ryc.83. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania „owoców morza”.

Ryc.84. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania kurzych jaj.

Ryc.85. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywanych warzyw.

Ryc.86. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej spożywanych warzyw.

Ryc.87. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem preferowanej postaci warzyw.

Ryc.88. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywania owoców w ciągu dnia.

Ryc.89. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem preferowanej postaci owoców.

Ryc.90. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju spożywanych soków.

Ryc.91. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanych potraw.

Ryc.92. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości wypijanych płynów w ciągu dnia.

Ryc.93. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem najczęściej spożywanych napojów.

Ryc.94. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju najczęściej pitej wody.

Ryc.95. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzajów spożywanych słodzonych napojów gazowanych.

Ryc.96. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanego rodzaju herbaty.

Ryc.97. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanego rodzaju kawy.

Ryc.98. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości kupowania napojów energetycznych.

Ryc.99. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania mleka i jego przetworów w ciągu dnia.

Ryc.100. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej pitego mleka.

Ryc.101. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów mlecznych.

Ryc.102. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej spożywanych produktów nabiałowych.

Ryc.103. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju stosowanego w domu tłuszczu do przygotowywania potraw.

Ryc.104. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem najczęściej spożywanych produktów na kolację.

Ryc.105. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywanych słodczy.

Ryc.106. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem najchętniej spożywanego słodyczy.

Ryc.107. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania orzechów.

Ryc.108. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem zwracania uwagi na skład produktów podczas zakupów żywności.

Ryc.109. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem znajomości zasad bezpiecznego przechowywania i przygotowywania produktów.

Ryc.110. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego.

Ryc.111. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem lubienia zajęć wychowania fizycznego, w przypadku uczestniczenia w nich.

Ryc.112. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego.

Ryc.113. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem przynależności do organizacji sportowych.

Ryc.114. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ćwiczeń fizycznych poza zajęciami szkolnymi.

Ryc.115. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem motywu podejmowania aktywności fizycznej.

Ryc.116. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstotliwości podejmowanych pozalekcyjnych aktywności fizycznych.

Ryc.117. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem pory dnia w jakiej wykonywane są ćwiczenia niezwiązane z zajęciami szkolnymi.

Ryc.118. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu poświęcanego na pozalekcyjne zajęcia fizyczne.

Ryc.119. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanej pozalekcyjnej aktywności fizycznej.

Ryc.120. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości wykonywania intensywnych ćwiczeń.

Ryc.121. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości wykonywania umiarkowanej aktywności fizycznej.

Ryc.122. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem opinii na temat korzyści z uprawiania aktywności fizycznej.

Ryc.123. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czynników, które utrudniają podejmowanie aktywności fizycznej.

Ryc.124. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem istnienia różnicy w aktywności fizycznej, w podziale na dni szkolne oraz dni wolne od szkoły.

Ryc.125. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem poświęcania więcej czasu na aktywność fizyczną w dni wolne od szkoły.

Ryc.126. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywanego napojów alkoholowych.

Ryc.127. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanego alkoholu w przypadku jego spożywania.

Ryc.128. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem palenia papierosów.

Ryc.129. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem osobistego kontaktu z narkotykami.

Ryc.130. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem używania narkotyków w przypadku kontaktu z nimi.

Ryc.131. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem osobistego kontaktu z „dopalaczami”.

Ryc.132. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem używania „dopalaczy” w przypadku wcześniejszego kontaktu z nimi.

### 3. Spis tabel

- Tab.I. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ich płci.
- Tab.II. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wieku.
- Tab.III. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem miejsca stałego zamieszkania.
- Tab.IV. Miejsce zamieszkania a płeć.
- Tab.V. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem warunków lokalowych.
- Tab.VI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem liczby osób w gospodarstwie domowym.
- Tab.VII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby dzieci w domu.
- Tab.VIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem posiadania własnego pokoju.
- Tab.IX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby osób, z którymi ankietowani dzielą pokój.
- Tab.X. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem charakteru rodziny.
- Tab.XI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem posiadanego rodzeństwa.
- Tab.XII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem liczby posiadanego rodzeństwa.
- Tab.XIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wykształcenia matki.
- Tab.XIV. Miejsce zamieszkania a wykształcenie matki.
- Tab.XV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem wykształcenia ojca.
- Tab.XVI. Miejsce zamieszkania a wykształcenie ojca.
- Tab.XVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem aktywności zawodowej rodziców/opiekunów.
- Tab.XVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem miejsca pracy matki.
- Tab.XIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem miejsca pracy ojca.
- Tab.XX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju zatrudnienia matki.
- Tab.XXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju zatrudnienia ojca.
- Tab.XXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem sytuacji materialnej rodziny.
- Tab.XXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem odległości szkoły od miejsca zamieszkania.
- Tab.XXIV. Czas drogi z domu do szkoły.
- Tab.XXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego wyglądu.
- Tab.XXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego stanu zdrowia.
- Tab.XXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnego sposobu odżywiania.
- Tab.XXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem oceny własnej sprawności fizycznej.
- Tab.XXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem sposobu spędzania wolnego czasu (pytanie wielokrotnego wyboru).

Tab.XXX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem uczęszczania na zajęcia pozalekcyjne (pytanie wielokrotnego wyboru).

Tab.XXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem poświęcania czasu na prace w gospodarstwie domowym w dni wolne.

Tab.XXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem zajęć podczas przerwy między lekcjami (pytanie wielokrotnego wyboru).

Tab.XXXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu spędzonym przy komputerze w ciągu dnia.

Tab.XXXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu spędzonym przed telewizorem w ciągu dnia.

Tab.XXXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem ilości snu w ciągu doby.

Tab.XXXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem źródeł informacji na temat zdrowego stylu życia.

Tab.XXXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem istnienia zapotrzebowania na rozpowszechnianie informacji o zdrowym stylu życia.

Tab.XXXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ich opinii dotyczącej okresu życia w jakim powinno się edukować ludzi na temat zdrowego stylu życia.

Tab.XXXIX. Wskaźnik BMI a płeć.

Tab.XL. Wskaźnik BMI a miejsce stałego zamieszkania.

Tab.XLI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości posiłków spożywanych przez nich w ciągu dnia.

Tab.XLII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem regularności spożywanych posiłków.

Tab.XLIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywanych posiłków.

Tab.XLIV. Najczęstsze godziny spożywanych codziennie posiłków.

Tab.XLV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem godzin spożywania ostatniego posiłku.

Tab.XLVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem powodów rezygnacji z niektórych posiłków (pytanie wielokrotnego wyboru).

Tab.XLVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem wpływu stresu na sposób żywienia.

Tab.XLVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem samodzielnego przygotowania posiłków (pytanie wielokrotnego wyboru).

Tab.XLIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem pory dnia kiedy głód jest najczęściej odczuwalny.

Tab.L. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem sposobu zaspokajania głodu.

Tab.LI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem podjadania pomiędzy posiłkami.

Tab.LII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem produktów spożywczych, które są podjadane.

Tab.LIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem stosowanej diety.

Tab.LIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem istnienia różnicy w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi od szkoły, a pozostałymi dniami.

Tab.LV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem różnic w jadłospisie pomiędzy dniami wolnymi od szkoły, a pozostałymi dniami.

Tab.LVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czynników wpływających na wybór żywności.

Tab.LVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem kontroli spożywanej żywności.



Tab.LVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem spożywanych produktów typu „light”.

Tab.LIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju produktów, z jedzenia których odczuwana jest przyjemność.

Tab.LX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem zwracania uwagi na datę ważności produktu.

Tab.LXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem korzystania z zakładów żywienia zbiorowego.

Tab.LXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania posiłków w domu.

Tab.LXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania produktów typu „fast -food”.

Tab.LXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem korzystania z automatów ze słodyczami i napojami.

Tab.LXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywania określonych grup produktów w ciągu dnia.

Tab.LXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem umiejętności samodzielnego określenia wielkości spożywanych porcji.

Tab.LXVII. Najczęściej spożywane produkty na I śniadanie przez uczniów szkół licealnych.

Tab.LXVIII. Najczęściej spożywane produkty na II śniadanie przez uczniów szkół licealnych.

Tab.LXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów zbożowych.

Tab.LXX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów spożywczych z pełnego ziarna.

Tab.LXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości jedzenia produktów z pełnego ziarna.

Tab.LXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju pieczywa stosowanego do kanapek.

Tab.LXXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju produktu używanego do smarowania kanapek.

Tab.LXXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania wyrobów cukierniczych.

Tab.LXXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości dań podczas codziennego obiadu.

Tab.LXXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju jedzonych zup.

Tab.LXXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanego mięsa.

Tab.LXXVIII. Częstość spożywania mięsa czerwonego przez uczniów szkół licealnych.

Tab.LXXIX. Częstość spożywania mięsa białego przez uczniów szkół licealnych.

Tab.LXXX. Częstość spożywania ryb przez uczniów szkół licealnych.

Tab.LXXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanych ryb.

Tab.LXXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanej obróbki mięsa.

Tab.LXXXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania „owoców morza”.

Tab.LXXXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania kurzych jaj.

Tab.LXXXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywanych warzyw.

Tab.LXXXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej spożywanych warzyw.

Tab.LXXXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem preferowanej postaci warzyw.

Tab.LXXXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywania owoców w ciągu dnia.

Tab.LXXXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem preferowanej postaci owoców.

Tab.XC. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju spożywanych soków.

Tab.XCI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju preferowanych potraw.

Tab.XCII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ilości wypijanych płynów w ciągu dnia.

Tab.XCIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem najczęściej spożywanych napojów.

Tab.XCIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju najczęściej pitej wody.

Tab.XCV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzajów spożywanych słodzonych napojów gazowanych.

Tab.XCVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanego rodzaju herbaty.

Tab.XCVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanego rodzaju kawy.

Tab.XCVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości kupowania napojów energetycznych.

Tab.XCIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstości spożywania mleka i jego przetworów w ciągu dnia.

Tab.C. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej pitego mleka.

Tab.CI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanych produktów mlecznych.

Tab.CII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem rodzaju najczęściej spożywanych produktów nabiałowych.

Tab.CIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzaju stosowanego w domu tłuszczu do przygotowywania potraw.

Tab.CIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem najczęściej spożywanych produktów na kolację.

Tab.CV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywanych słodczy.

Tab.CVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem najchętniej spożywanych słodczy.

Tab.CVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem spożywania orzechów.

Tab.CVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem zwracania uwagi na skład produktów podczas zakupów żywności.

Tab.CIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem znajomości zasad bezpiecznego przechowywania i przygotowywania produktów.

Tab.CX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego.

Tab.CXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem lubienia zajęć w-f, w przypadku uczestniczenia w nich.

Tab.CXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego.

Tab.CXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem przynależności do organizacji sportowych.

Tab.CXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem ćwiczeń fizycznych poza zajęciami szkolnymi.

Tab.CXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem motywu podejmowania aktywności fizycznej.

Tab.CXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem częstotliwości podejmowanych pozalekcyjnych aktywności fizycznych.

Tab.CXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem pory dnia w jakiej wykonywane są ćwiczenia niezwiązane z zajęciami szkolnymi.

Tab.CXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czasu poświęcanego na pozalekcyjne zajęcia fizyczne.

Tab.CXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem preferowanej pozalekcyjnej aktywności fizycznej.

Tab.CXX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości wykonywania intensywnych ćwiczeń.

Tab.CXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości wykonywania umiarkowanej aktywności fizycznej.

Tab.CXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem opinii na temat korzyści z uprawiania aktywności fizycznej.

Tab.CXXIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem czynników, które utrudniają podejmowanie aktywności fizycznej ankietowanym.

Tab.CXXIV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem istnienia różnicy w aktywności fizycznej, w podziale na dni szkolne oraz dni wolne od szkoły.

Tab.CXXV. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem poświęcania więcej czasu na aktywność fizyczną w dni wolne od szkoły.

Tab.CXXVI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem częstości spożywanych napojów alkoholowych.

Tab.CXXVII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem rodzajów preferowanego alkoholu w przypadku jego spożywania.

Tab.CXXVIII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem palenia papierosów.

Tab.CXXIX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem osobistego kontaktu z narkotykami.

Tab. CXXX. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem używania narkotyków w przypadku kontaktu z nimi.

Tab.CXXXI. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach z uwzględnieniem osobistego kontaktu z „dopalaczami”.

Tab. CXXXII. Rozkład procentowy uczniów biorących udział w badaniach pod względem używania „dopalaczy” w przypadku wcześniejszego kontaktu z nimi.

#### 4. Wzór kwestionariusza ankiety

Data badania .....

**Kwestionariusz**  
**Sposobu odżywiania się i aktywności fizycznej**  
**I. Informacje ogólne**

1. Płeć:

- a)  żeńska  
b)  męska

2. Wiek badanego (w latach) .....

3. Miejsce stałego zamieszkania:

- a)  duże miasto  
b)  małe miasto  
c)  wieś

4. Warunki lokalowe, w których obecni zamieszkujesz:

- a)  dom jednorodzinny z rodziną  
b)  blok wielorodzinny z rodziną  
c)  dalsza rodzina  
d)  internat  
e)  stancja

5. Liczba osób w gospodarstwie domowym ....., w tym dzieci .....

6. Czy masz swój własny pokój?

- a)  tak  
b)  nie, dzielę pokój z ..... osobami

7. Czy wychowujesz się w pełnej rodzinie?

- a)  tak  
b)  nie

8. Czy masz rodzeństwo?

- a)  tak, ile osób .....
- b)  nie

9. Jakie wykształcenie posiadają Twoi rodzice/opiekunowie?

Wykształcenie	matka/opiekunka	ojciec/opiekun
podstawowe		
zawodowe		
średnie		
wyższe		

10. Określ aktywność zawodową Twoich rodziców/opiekunów:

- a)  oboje pracują zawodowo  
 b)  pracuje tylko ojciec  
 c)  pracuje tylko matka  
 d)  bezrobotni

11. Określ miejsce pracy Twoich rodziców/opiekunów:

Miejsce pracy	matka/opiekunka	ojciec/opiekun
w miejscu zamieszkania		
w innym mieście		
za granicą		

12. Określ rodzaj zatrudnienia Twoich rodziców:

Zatrudnienie	matka/opiekunka	ojciec/opiekun
na stanowisku robotniczym		
na stanowisku nierobotniczym (pracownik umysłowy)		
własna działalność gospodarcza		
gospodarstwo rolne		
inne, jakie? .....		

13. Jak oceniasz sytuację materialną swojej rodziny?

- a)  bardzo dobra  
 b)  dobra  
 c)  średnia  
 d)  raczej zła  
 e)  bardzo zła

14. W jakiej odległości mieszkasz od szkoły, do której uczęszczasz?

- a)  kilkaset metrów  
 b)  kilka kilometrów  
 c)  kilkanaście kilometrów  
 d)  kilkadziesiąt kilometrów

15. w jaki sposób pokonujesz drogę z domu do szkoły i z powrotem i ile czasu zajmuje Ci podróż w jedną stronę?

Sposób przemieszczania się	do szkoły	do domu	czas (minuty)
pieszo			
rowerem			
samochodem			
autobusem			
pociągiem			
inne, jakie? .....			

16. Jak oceniasz swój wygląd?

- a)  bardzo dobrze  
 b)  dobrze  
 c)  sądzę, że jestem zbyt szczupła/y

- d)  sędzę, że jestem zbyt gruba/y  
 e)  nie myślę o tym

17. Jak oceniasz swój stan zdrowia?

- a)  bardzo dobry  
 b)  dobry  
 c)  dostateczny  
 d)  zły

18. Jak oceniasz swój sposób odżywiania?

- a)  bardzo dobry  
 b)  raczej dobry  
 c)  raczej zły  
 d)  zły

19. Jak oceniasz swoją sprawność fizyczną?

- a)  bardzo dobra  
 b)  dobra  
 c)  dostateczna  
 d)  zła

20. Jaki sposób spędzania wolnego czasu preferujesz? (*pytanie wielokrotnego wyboru*)

Bierny		Czynny	
oglądanie telewizji		spacer	
czytanie książek		siłownia	
komputer		aerobik	
sen		basen	
spotkania ze znajomymi		jazda na rowerze	
słuchanie muzyki		prace w gospodarstwie domowym	

21. Czy uczęszczasz na zajęcia pozalekcyjne? (*pytanie wielokrotnego wyboru*)

- a)  nie uczęszczam na zajęcia pozalekcyjne  
 b)  językowe  
 c)  sportowe  
 d)  muzyczne  
 e)  plastyczne  
 f)  komputerowe  
 g)  korepetycje  
 h)  inne, jakie? .....

22. Czy w dni wolne poświęcasz więcej czasu na prace w gospodarstwie domowym (np. sprzątanie, koszenie trawy)?

- a)  tak  
 b)  nie

23. Czym zajmujesz się w przerwach między lekcjami?

- a)  czytam  
 b)  spaceruję  
 c)  spożywam posiłek

- d)  rozmawiam z kolegami/koleżankami
- e)  inne, jakie? .....

24. Ile czasu w ciągu dnia korzystasz z komputera?

- a)  nie używam komputera
- b)  do 1 godziny w ciągu dnia
- c)  2 – 3 godziny w ciągu dnia
- d)  4 godziny i więcej

25. Ile czasu w ciągu dnia oglądasz telewizję?

- a)  nie oglądam telewizji
- b)  do 1 godziny w ciągu dnia
- c)  2 – 3 godziny w ciągu dnia
- d)  4 godziny i więcej

26. Ile czasu w ciągu doby zajmuje Ci sen?

- a)  do 6 godzin
- b)  7 – 8 godzin
- c)  powyżej 8 godzin

27. Skąd czerpiesz informacje na temat zdrowego stylu życia? (*pytanie wielokrotnego wyboru*)

- a)  telewizja, radio
- b)  internet
- c)  książki, czasopisma
- d)  szkoła
- e)  rodzina

28. Czy widzisz potrzebę rozpowszechniania informacji na temat zdrowego stylu życia?

- a)  tak
- b)  nie

29. W jakim okresie życia Twoim zdaniem powinno się edukować z zakresie zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej?

- a)  nie widzę potrzeby edukowania w tym zakresie
- b)  od najmłodszych lat
- c)  w okresie dojrzewania
- d)  w okresie, kiedy zakłada się własną rodzinę

### ***I. Informacje dotyczące odżywiania***

Podaj swój wzrost (w centymetrach): .....

Podaj swoją masę ciała (w kilogramach): .....

30. Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia?

- a)  jeden posiłek
- b)  dwa posiłki
- c)  trzy posiłki

- d)  cztery posiłki
- e)  pięć posiłków

31. Czy codziennie zjadasz wymienione niżej posiłki? (*zaznacz stosowne*)

- a)  pierwsze śniadanie
- b)  drugie śniadanie
- c)  obiad
- d)  podwieczorek
- e)  kolacja

32. Czy posiłki spożywasz regularnie (w stałych porach)?

- a)  zawsze
- b)  często
- c)  czasami
- d)  nigdy

33. W jakich godzinach spożywasz poszczególne posiłki?

Posiłek	godzina
pierwsze śniadanie	
drugie śniadanie	
obiad	
podwieczorek	
kolacja	

34. O której godzinie spożywasz ostatni posiłek?

- a)  17 – 18
- b)  19 – 20
- c)  po 21 – szej
- d)  nieregularnie, w różnych godzinach

35. Jakie są powody rezygnacji z niektórych posiłków?

- a)  brak czasu
- b)  brak apetytu
- c)  brak pieniędzy
- d)  odchudzanie się
- e)  inne, jakie? .....

36. Czy stres wpływa na Twój sposób żywienia?

- a)  tak, zjadam wtedy więcej
- b)  tak, jem bez opamiętania
- c)  nie jem wtedy wcale
- d)  stres nie ma wpływu na mój sposób odżywiania



37. Które z posiłków przygotowujesz samodzielnie? **(pytanie wielokrotnego wyboru)**

- a)  pierwsze śniadanie
- b)  drugie śniadanie
- c)  obiad
- d)  podwieczorek
- e)  kolacja

38. W jakich porach najczęściej odczuwasz głód?

- a)  rano
- b)  przed południem
- c)  po południu
- d)  wieczorem

39. W jaki sposób starasz się zaspokoić głód? **(pytanie wielokrotnego wyboru)**

- a)  jem cokolwiek
- b)  piję wodę
- c)  jem słodczy
- d)  spożywam produkty mleczne
- e)  spożywam kanapki
- f)  wstrzymuję się

40. Czy pojadasz pomiędzy posiłkami?

- a)  tak, zawsze
- b)  tak, często
- c)  tak, czasami
- d)  nigdy

41. Jeśli „tak”, jakie spożywasz wówczas produkty? **(pytanie wielokrotnego wyboru)**

- a)  kanapki
- b)  słodczy
- c)  chipsy, paluszki
- d)  warzywa
- e)  owoce
- f)  jogurty
- g)  drożdżówki, słodkie bułki
- h)  produkty typu „fast food”
- i)  orzechy
- j)  inne, jakie? .....

42. Czy stosujesz obecnie jakąś dietę?

- a)  nie stosuję
- b)  stosuję ze wskazań lekarskich
- c)  dieta wegetariańska
- d)  dieta odchudzająca
- e)  inna dieta, jaka? .....

43. Czy Twój jadłospis w dni wolne różni się od jadłospisów w pozostałych dniach tygodnia?

- a)  tak
- b)  nie

44. Jeśli „tak”, na czym polegają różnice? **(pytanie wielokrotnego wyboru)**

- a)  posiłki są bardziej obfite
- b)  posiłki są mniej obfite
- c)  posiłki są bardziej urozmaicone
- d)  odżywiam się mniej regularnie
- e)  spożywam więcej słodczy
- f)  spożywam więcej produktów typu „fast food”
- g)  spożywam więcej warzyw i owoców

45. Które czynniki wpływają na Twój wybór żywności do spożycia? **(pytanie wielokrotnego wyboru)**

- a)  smak
- b)  wygląd
- c)  rodzina
- d)  koledzy
- e)  reklama
- f)  wiedza o walorach zdrowotnych
- g)  inne, jakie? .....

46. Czy kontrolujesz kaloryczność spożywanych produktów?

- a)  zawsze
- b)  zależy od produktu
- c)  sporadycznie
- d)  nie zwracam uwagi

47. Czy spożywasz produkty typu „light” – produkty o obniżonej zawartości tłuszczu lub cukru? **(pytanie wielokrotnego wyboru)**

- a)  coca-cola
- b)  słodczy
- c)  soki
- d)  margaryna
- e)  mleko i jego przetwory
- f)  inne, jakie? .....

48. Zaznacz produkty z jedzenia, których odczuwasz przyjemność: **(pytanie wielokrotnego wyboru)**

- a)  nie odczuwam przyjemności z jedzenia
- b)  słodczy
- c)  chipsów
- d)  produktów zbożowych
- e)  produktów mlecznych
- f)  mięsa, ryb
- g)  owoców
- h)  warzyw
- i)  jedzenie zawsze sprawia mi przyjemność

49. Czy dokonując zakupów zwracasz uwagę na termin przydatności do spożycia danego produktu?

- a)  zawsze
- b)  zależy od produktu
- c)  sporadycznie
- d)  nie zwracam uwagi

50. Czy korzystasz z zakładów zbiorowego żywienia?

- a)  tak, bar szybkiej obsługi
- b)  tak, restauracja
- c)  tak, kawiarnia
- d)  nie korzystam

51. W jakich miejscach spożywasz podstawowe posiłki?

<b>Posiłek</b>	<b>w domu</b>	<b>poza domem</b>
pierwsze śniadanie		
drugie śniadanie		
obiad		
podwieczorek		
kolacja		

52. Jak często spożywasz produkty typu „fast food”?

- a)  codziennie
- b)  co drugi dzień
- c)  1 raz w tygodniu
- d)  sporadycznie
- e)  nie spożywam

53. Czy w szkole korzystasz z automatów ze słodyczami i napojami gazowanymi?

- a)  tak, często
- b)  sporadycznie
- c)  nigdy

54. Jak często w ciągu dnia spożywasz produkty z poszczególnych grup?

<b>Grupa produktów</b>	<b>5 razy dziennie</b>	<b>3 razy dziennie</b>	<b>2 razy dziennie</b>	<b>1 raz dziennie</b>	<b>rzadziej</b>
pierwsze śniadanie					
drugie śniadanie					
obiad					
podwieczorek					
kolacja					

55. Czy potrafisz samodzielnie określić wielkość porcji spożywanych przez Ciebie produktów?

- a)  tak
- b)  nie

56. Co najczęściej spożywasz na pierwsze śniadanie?

- a)  nie jadam śniadań
- b)  produkty mleczne

- c)  kanapki
- d)  warzywa
- e)  owoce
- f)  jaja
- g)  inne, jakie? .....

57. Co najczęściej spożywasz na drugie śniadanie?

- a)  nie jadam drugich śniadań
- b)  produkty mleczne
- c)  warzywa
- d)  owoce
- e)  kanapki
- f)  słodyczne
- g)  inne, jakie? .....

58. Jaki rodzaj produktów zbożowych preferujesz?

- a)  z pełnego ziarna (ciemne, razowe)
- b)  mieszane
- c)  rafinowane (jasne)

59. Które z produktów zbożowych z pełnego ziarna jadasz?

- a)  grube kasze
- b)  makaron razowy
- c)  ciemny ryż
- d)  pieczywo razowe
- e)  płatki
- f)  inne, jakie? .....

60. Jak często jadasz produkty zbożowe?

- a)  nie jadam tego typu produktów
- b)  sporadycznie
- c)  2 – 3 razy w tygodniu
- d)  codziennie
- e)  częściej niż raz dziennie

61. Jakiego pieczywa używasz do kanapek? (pytanie wielokrotnego wyboru)

- a)  chleb ciemny
- b)  chleb jasny
- c)  bułki pszenne zwykłe
- d)  bułki żytnie
- e)  bułki grahamki
- f)  chleb wasa
- g)  inne, jakie? .....

62. Jak często spożywasz pieczywo cukiernicze (bułki słodkie)?

- a)  nie jadam tego typu pieczywa
- b)  sporadycznie
- c)  2 – 3 razy w tygodniu
- d)  codziennie

63. Czym najczęściej smarujesz pieczywo?
- a)  nie smaruję pieczywa
  - b)  masłem
  - c)  margaryną
  - d)  margaryną bez cholesterolu
  - e)  inne, jakie? .....
64. Z ilu dań składa się Twój codzienny obiad?
- a)  nie jadam obiadu
  - b)  jednego: tylko zupa
  - c)  jednego: tylko drugie danie
  - d)  dwóch
  - e)  trzech
65. Jakie zupy jadasz najczęściej?
- a)  nie jadam zup
  - b)  domowe
  - c)  gotowe (gorący kubek)
66. Jaki rodzaj mięsa preferujesz?
- a)  nie jadam mięsa
  - b)  mięso czerwone (wołowina, wieprzowina, baranina)
  - c)  mięso drobiowe (kurczak, indyk, królik)
67. Ile razy w tygodniu jadasz mięso czerwone?
- a)  nie jadam mięsa czerwonego
  - b)  1 raz w tygodniu
  - c)  2 – 3 razy w tygodniu
  - d)  4 razy w tygodniu
  - e)  codziennie
68. Ile razy w tygodniu jadasz mięso białe (drobiowe)?
- a)  nie jadam drobiu
  - b)  1 raz w tygodniu
  - c)  2 – 3 razy w tygodniu
  - d)  4 razy w tygodniu
  - e)  codziennie
69. Ile razy w tygodniu jadasz ryby?
- a)  nie jadam ryb
  - b)  1 raz w tygodniu
  - c)  2 razy w tygodniu
  - d)  3 razy w tygodniu
  - e)  4 razy w tygodniu i częściej
70. Które z ryb jadasz najchętniej?
- a)  nie jadam ryb
  - b)  ryby morskie (łosoś, makrela, śledź, halibut, dorsz, tuńczyk)
  - c)  ryby słodkowodne (pstrąg, karp, szczupak)

71. Jaka obróbka kulinarna mięsa i ryb odpowiada Ci najbardziej?

- a)  smażone
- b)  pieczone
- c)  gotowane
- d)  duszone
- e)  inne, jakie? .....

72. Czy spożywasz „owoce morza”?

- a)  tak, często
- b)  tak, sporadycznie
- c)  nie, nie lubię
- d)  nie, są za drogie
- e)  nigdy nie próbowałam/em

73. Jak często spożywasz potrawy z jaj kurzych (jaja gotowane, jajecznicę, omlet, naleśniki)?

- a)  nie jadam jaj
- b)  1 raz w tygodniu
- c)  2 – 3 razy w tygodniu
- d)  4 razy w tygodniu
- e)  codziennie

74. Ile razy w ciągu dnia spożywasz warzywa?

- a)  nie jadam warzyw
- b)  1 dziennie
- c)  2 razy dziennie
- d)  3 razy dziennie
- e)  4 razy dziennie i częściej

75. Które z rodzajów warzyw spożywasz najczęściej w ciągu tygodnia?

- a)  ciemnozielone (brokuły, szpinak, kapusta)
- b)  pomarańczowe (marchew, dynia)
- c)  suche produkty strączkowe (groch, fasola, bób, soczewica, soja)
- d)  o wysokiej zawartości skrobi (ziemniaki, kukurydza, zielony groszek)
- e)  inne (pomidor, sałata zielona, cebula)

76. Warzywa, w jakiej postaci preferujesz?

- a)  świeże
- b)  gotowane
- c)  mrożone
- d)  suszone
- e)  z puszki

77. Ile razy w ciągu dnia spożywasz owoce?

- a)  nie jadam owoców
- b)  1 dziennie
- c)  2 razy dziennie
- d)  3 razy dziennie i częściej

78. Owoce, w jakiej postaci preferujesz?
- a)  świeże
  - b)  gotowane
  - c)  mrożone
  - d)  suszone
  - e)  z puszki
79. Jaki rodzaj soków spożywasz w ciągu dnia?
- a)  nie spożywam soków
  - b)  owocowe
  - c)  warzywne
  - d)  owocowo-warzywne
80. Zaznacz rodzaj preferowanych przez Ciebie potraw? (**pytanie wielokrotnego wyboru**)
- a)  słone
  - b)  kwaśne
  - c)  słodkie
  - d)  tłuste
81. Ile szklanek płynów spożywasz w ciągu dnia?
- a)  2 szklanki
  - b)  3 – 4 szklanki
  - c)  5 – 6 szklanek
  - d)  8 szklanek i więcej
82. Zaznacz napoje, które spożywasz najczęściej? (**pytanie wielokrotnego wyboru**)
- a)  herbata
  - b)  kawa
  - c)  woda mineralna
  - d)  woda smakowa
  - e)  mleko
  - f)  sok
83. Po które z wód do picia sięgasz najczęściej?
- a)  woda źródłana
  - b)  woda mineralna
  - c)  woda ze studni
  - d)  woda z czajnika
  - e)  woda lecznicza
84. Które z napojów słodzonych gazowanych spożywasz?
- a)  nie spożywam napojów słodzonych
  - b)  lemoniada
  - c)  oranżada
  - d)  napoje typu cola

85. Jaki rodzaj herbaty preferujesz?

- a)  nie piję herbaty
- b)  czarną
- c)  zieloną
- d)  owocową
- e)  inną, jaką? .....

86. Jaki rodzaj kawy preferujesz?

- a)  nie piję kawy
- b)  zbożową
- c)  granulowaną (rozpuszczalną)
- d)  mieloną

87. Czy zdarza Ci się kupować napoje energetyczne?

- a)  tak, często
- b)  sporadycznie
- c)  nie

88. Ile razy w ciągu dnia spożywasz mleko i jego przetwory?

- a)  nie spożywam
- b)  1 raz dziennie
- c)  2 razy dziennie
- d)  3 razy dziennie
- e)  4 razy dziennie i częściej

89. Jakie mleko pijesz zazwyczaj?

- a)  nie piję mleka
- b)  mleko pełne (3,2%)
- c)  mleko odtłuszczone (1 - 2%)
- d)  bez tłuszczu
- e)  mleko smakowe

90. Które produkty mleczne preferujesz?

- a)  nie spożywam produktów mlecznych
- b)  jogurt naturalny
- c)  jogurt owocowy
- d)  kefir
- e)  maślanka

91. Które spośród produktów nabiałowych spożywasz najczęściej?

- a)  nie spożywam nabiału
- b)  ser twarogowy chudy
- c)  ser twarogowy półtłusty
- d)  ser twarogowy tłusty
- e)  ser żółty
- f)  serek topiony



92. Jakie tłuszcze stosowane są w Twoim domu do przygotowania potraw?

- a)  tłuszcze zwierzęce (smalec, masło, boczek)
- b)  tłuszcze roślinne (margaryna, oleje, oliwa z oliwek)

93. Co najczęściej spożywasz na kolację?

- a)  nie jadam kolacji
- b)  produkty mleczne
- c)  jaja
- d)  mięso
- e)  ryby
- f)  owoce
- g)  warzywa
- h)  pieczywo
- i)  inne, jakie? .....

94. Jak często spożywasz słodczy?

- a)  nie jadam słodczy
- b)  1 w tygodniu
- c)  3 – 4 razy w tygodniu
- d)  codziennie

95. Które spośród słodczy spożywasz najchętniej?

- a)  czekolada
- b)  cukierki owocowe
- c)  herbatniki
- d)  ciasta, pączki
- e)  inne, jakie? .....

96. Czy spożywasz orzechy (włoskie, laskowe, migdały)

- a)  tak
- b)  nie

97. Czy podczas zakupów żywności zwracasz uwagę na skład produktów?

- a)  zawsze
- b)  często
- c)  sporadycznie
- d)  nigdy

98. Czy znasz zasady bezpiecznego przechowywania i przygotowywania produktów spożywczych?

- a)  tak
- b)  nie

99. Co chcesz zmienić w sposobie żywienia?

.....

### *III. Informacje dotyczące podejmowania aktywności fizycznej*

100. Czy uczestniczysz w zajęciach z wychowania fizycznego w szkole?

- a)  tak, zawsze
- b)  tak, zazwyczaj
- c)  sporadycznie
- d)  nie

101. Jeśli „tak”, czy lubisz zajęcia z wychowania fizycznego?

- a)  tak
- b)  nie

102. W jakiej części wszystkich zajęć lekcji WF w szkole brałaś/eś udział w ubiegłym roku szkolnym?

- a)  we wszystkich
- b)  w prawie wszystkich
- c)  w mniej niż połowie
- d)  mam zwolnienie długoterminowe z zajęć wychowania fizycznego

103. Czy przynależysz do jakiejś organizacji sportowej?

- a)  nie należę
- b)  tak, w szkole (szkolny klub sportowy)
- c)  tak, w klubie sportowym pozaszkolnym

104. Czy podejmujesz ćwiczenia fizyczne systematycznie (poza zajęciami szkolnymi)?

- a)  tak
- b)  nie

105. Określ sposób podejmowania przez Ciebie dodatkowo (poza zajęciami szkolnymi) aktywności fizycznej:

- a)  nie podejmuję aktywności fizycznej
- b)  dla przyjemności
- c)  wycynowo

106. Podaj motywy podejmowania aktywności fizycznej (poza zajęciami szkolnymi)?

- a)  chęć poprawy wyglądu zewnętrznego
- b)  chęć utrzymania prawidłowej wagi ciała
- c)  chęć utrzymania dobrej kondycji fizycznej
- d)  chęć poprawy samopoczucia
- e)  chęć podążania za modą
- f)  chęć bycia zdrowym
- g)  inne, jakie? .....

107. Jak określisz częstotliwość podejmowania przez Ciebie aktywności fizycznej (poza zajęciami szkolnymi)?

- a)  nie podejmuję aktywności fizycznej poza lekcjami WF
- b)  1 raz w tygodniu
- c)  2 razy w tygodniu
- d)  3 razy w tygodniu
- e)  4 razy w tygodniu
- f)  5 razy w tygodniu
- g)  codziennie

108. Określ porę wykonywania przez Ciebie ćwiczeń fizycznych (poza zajęciami szkolnymi):

- a)  rano
- b)  po południu
- c)  wieczorem

109. Ile czasu jednorazowo poświęcasz na zajęcia fizyczne (poza zajęciami szkolnymi)?

- a)  nie wykonuję zajęć fizycznych poza zajęciami w szkole
- b)  10 – 15 minut
- c)  30 minut
- d)  1 godzinę
- e)  2 godziny i więcej

110. Podaj preferowane przez Ciebie formy aktywności fizycznej (poza zajęciami szkolnymi): (pytanie wielokrotnego wyboru)

- a)  żadna
- b)  bieganie
- c)  pływanie
- d)  gry zespołowe (siatkówka, koszykówka, piłka nożna)
- e)  trening siłowy
- f)  aerobik
- g)  jazda na rowerze
- h)  inna, jaka? .....

111. Jak często, poza zajęciami szkolnymi, wykonujesz intensywne ćwiczenia fizyczne (takie, podczas których Twój wysiłek fizyczny określasz jako duży – odczuwasz zmęczenie, pocisz się)?

- a)  nie wykonuję intensywnych ćwiczeń fizycznych
- b)  1 raz w tygodniu
- c)  2 – 3 razy w tygodniu
- d)  4 razy w tygodniu i częściej

112. Jak często, poza zajęciami szkolnymi, podejmujesz umiarkowaną aktywność fizyczną (spacer, prace w ogrodzie, gra w golfa)?

- a)  nie podejmuję ćwiczeń fizycznych
- b)  1 raz w tygodniu
- c)  2 – 3 razy w tygodniu
- d)  4 razy w tygodniu i częściej

113. Jakie widzisz korzyści z uprawiania aktywności fizycznej?

- a)  zdrowotne
- b)  lepsza sylwetka
- c)  lepsza aktywność fizyczna
- d)  lepsze samopoczucie
- e)  osiągnięcie wyników
- f)  inne, jakie? .....

114. Jakie czynniki utrudniają Ci podejmowanie aktywności fizycznej?

- a)  niechęć
- b)  brak czasu
- c)  brak sprzętu
- d)  brak miejsca
- e)  zły stan zdrowia
- f)  wstyd
- g)  inne, jakie? .....

115. Czy Twoja aktywność fizyczna w czasie dni wolnych od zajęć szkolnych różni się od codziennej?

- a)  tak
- b)  nie

116. Czy w dni wolne poświęcasz więcej czasu na aktywność fizyczną?

- a)  tak
- b)  nie

#### **Aneks do kwestionariusza**

117. Czy spożywasz napoje alkoholowe?

- a)  tak, kilka razy w tygodniu
- b)  tak, raz w tygodniu
- c)  tak, sporadycznie
- d)  nie

118. Jeśli „tak”, jakie alkohole spożywasz?

- a)  wódka
- b)  wino
- c)  piwo
- d)  inne .....

119. Czy palisz papierosy?

- a)  tak
- b)  nie

120. Czy miałeś osobisty kontakt z narkotykami?

- a)  tak
- b)  nie

121. Jeśli tak, to czy używasz narkotyków?

- a)  regularnie
- b)  sporadycznie

122. Czy miałeś osobisty kontakt z tzw. „dopalaczami”?

- a)  tak
- b)  nie

123. Jeśli tak, to czy używasz dopalaczy?

- a)  regularnie
- b)  sporadycznie