

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu

Marcin Grysztar

**Ocena uwarunkowań zachowań zdrowotnych wśród uczniów szkół
średnich zamieszkałych na terenie województwa małopolskiego**

Praca doktorska

Promotor: Dr hab. Mariusz Duplaga, prof. UJ

Pracę wykonano w Zakładzie Promocji Zdrowia i e-Zdrowia
Instytutu Zdrowia Publicznego UJ CM

Kierownik jednostki: Dr hab. Mariusz Duplaga, prof. UJ

Kraków, 2023

Spis treści

Wykaz zastosowanych skrótów i oznaczeń	3
Streszczenie	4
Abstract	6
1. Wstęp.....	8
1.1. Początki i znaczenie promocji zdrowia	9
1.1.1. Kluczowe definicje dla rozwoju promocji zdrowia	10
1.1.2. Idea Szkół Promujących Zdrowie	11
1.1.3. Pojęcie i klasyfikacja zachowań zdrowotnych	14
1.2. Uwarunkowania zdrowia.....	15
1.2.1. Wybrane modele czynników warunkujących zdrowie	16
1.2.2. Wpływ społecznych determinant na zachowania zdrowotne, zdrowie i nierówności w zdrowiu	20
1.2.3. Znaczenie kompetencji zdrowotnych dla zdrowia i zachowań zdrowotnych.....	22
1.3. Dorastanie jako istotny moment w życiu człowieka	24
1.3.1. Definiowanie okresu dorastania	25
1.3.2. Wstępna charakterystyka wybranych zachowań zdrowotnych w okresie dorastania	26
2. Cel pracy	30
2.1. Pytania badawcze	30
2.2. Hipotezy badawcze.....	30
3. Grupa objęta badaniem i metody badawcze.....	32
3.1. Teren i okres badania	32
3.2. Grupa objęta badaniem.....	33
3.3. Metody badawcze i sposób realizacji badania	33
3.4. Analiza statystyczna.....	35
3.4.1. Podstawowe założenia analizy statystycznej.....	35
3.4.2. Kodowanie zmiennych.....	35
4. Wyniki	38
4.1. Charakterystyka grupy objętej badaniem	38
4.2. Kompetencje zdrowotne	39
4.3. Zachowania zdrowotne	41
4.4. Uwarunkowania wybranych zachowań zdrowotnych.....	42
4.4.1. Uwarunkowania aktywności fizycznej	42
4.4.2. Uwarunkowania zwyczajów żywieniowych	44
4.4.3. Uwarunkowania konsumpcji alkoholu.....	47
4.4.4. Uwarunkowania palenia papierosów	48
4.4.5. Uwarunkowania stosowania e-papierosów	49
4.5. Podsumowanie wyników.....	50
5. Dyskusja	53
6. Wnioski	62
7. Spis literatury.....	64
8. Spis rycin.....	81
9. Spis tabel.....	82
10. Załącznik	83

Wykaz zastosowanych skrótów i oznaczeń

ESPAD – European School Survey on Alcohol and other Drugs

ESSzPZ – Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie

GYTS – Global Youth Tobacco Survey

HBSC – Health Behavior in School-aged Children

HLS-EU-Q – European Health Literacy Survey Questionnaire; Kwestionariusz Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych

HLTS – Health Literacy Tool Shed

KZ – Kompetencje zdrowotne

LO – Liceum ogólnokształcące

MHLC – Multidimensional Health Locus of Control Scale

MHLC-B – Multidimensional Health Locus of Control Scale (version B)

MVPA – Moderate-to-Vigorous Physical Activity

NPZ – Narodowy Program Zdrowia

PAPI – Paper & Pen Personal Interview

PHAC – Public Health Agency of Canada

PPLI – Perceived Physical Literacy Instrument

PRECEDE-PROCEED – Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation for Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental

PZ – Promocja zdrowia

SDH – Social determinants in health

SHE - Schools for Health in Europe

ŚOZ – Światowa Organizacja Zdrowia

SzPZ – Szkoła promująca zdrowie

UJCM – Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

USA – United States of America (Stany Zjednoczone Ameryki)

VPA – Vigorous Physical Activity

WHO – World Health Organization

Streszczenie

Wprowadzenie: Wiek młodzieńczy jest istotnym okresem w życiu i rozwoju człowieka, gdyż wtedy kształtują lub umacniają się liczne zachowania zdrowotne, mające przełożenie na stan zdrowia jednostki. Wobec tego istotne z perspektywy promocji zdrowia (PZ) wydaje się przygotowanie propozycji działań, które są odpowiedzią na faktyczne potrzeby zdrowotne osób w okresie dorastania. Stąd kluczowym elementem wdrażania interwencji w zakresie PZ jest identyfikacja czynników mogących warunkować zachowania zdrowotne ludzi młodych.

Cel pracy: Głównym celem pracy jest ocena uwarunkowań zachowań zdrowotnych uczniów szkół średnich z terenu Małopolski.

Material i metody: Niniejsza praca opiera się na wynikach sondażu diagnostycznego przeprowadzonego wśród uczniów ($n=1016$) w wieku od 15 do 20 lat z 9 małopolskich szkół średnich. Sondaż zrealizowano we wrześniu i październiku 2017 roku metodą wywiadu bezpośredniego z użyciem papierowego formularza, na którym respondent udzielał odpowiedzi. Zintegrowane narzędzie badawcze wykorzystane w sondażu zawierało Kwestionariusz Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych (European Health Literacy Survey Questionnaire; HLS-EU-Q), Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia - wersja B (Multidimensional Health Locus of Control Scale-B, MHLC-B), pytania dotyczące zachowań zdrowotnych używane w cyklicznym badaniu Health Behavior in School-aged Children (HBSC) oraz autorski kwestionariusz osobowy. Analizą objęto zachowania żywieniowe, aktywność fizyczną, konsumpcję alkoholu, palenie tytoniu oraz stosowanie e-papierosów. Następnie dokonano oceny związku występowania zachowań zdrowotnych z czynnikami społeczno-demograficznymi i kompetencjami zdrowotnymi (KZ).

Wyniki: Wyniki analizy wykazały, że mężczyźni częściej niż kobiety piją alkohol ($p=0,018$), korzystają z e-papierosów ($p<0,001$), spożywają więcej posiłków w ciągu dnia ($p=0,037$), a także podejmują regularną aktywność fizyczną ($p<0,001$) i poświęcają na nią przynajmniej pół godziny ($p<0,001$). Wyższy wiek związany był z istotnie częstszym spożywaniem alkoholu ($p<0,001$), używaniem e-papierosów ($p<0,001$) i paleniem tradycyjnych wyrobów tytoniowych ($p<0,001$), a także z rzadszym podejmowaniem aktywności fizycznej ($p=0,01$), spożywaniem warzyw i owoców ($p=0,009$) oraz jedzeniem posiłków o stałych porach ($p=0,047$). Uczniowie technikum częściej niż licealiści przynajmniej raz w życiu palili papierosy ($p=0,009$) i korzystali z e-papierosów ($p<0,001$) oraz częściej używali e-papierosów w okresie poprzedzającym sondaż ($p<0,001$), ponadto rzadziej spożywali przynajmniej raz dziennie warzywa i owoce ($p<0,001$) oraz posiłki o stałych porach ($p=0,009$). Respondenci zamieszkujący tereny wiejskie częściej poświęcali na aktywność fizyczną mniej niż pół godziny dziennie ($p=0,027$), ale rzadziej używali e-papierosów w okresie bezpośrednio przed badaniem niż mieszkańcy miast ($p=0,003$). Uczniowie mieszkający w miastach powyżej 400 tys. mieszkańców rzadziej spożywali posiłki o stałych porach ($p=0,023$). Adolescenci, których ojcowie mieli wykształcenie średnie lub wyższe, częściej podejmowali aktywność fizyczną trwająca

przynajmniej pół godziny dziennie ($p=0,045$). Ponadto, wyższe wykształceniem ojca respondentów sprzyjało częstszemu spożywaniu przez nich warzyw i owoców co najmniej raz dziennie ($p=0,001$). Natomiast wyższe wykształcenie matki związane było z częstszym poświęcaniem na aktywność fizyczną przynajmniej 30 minut dziennie ($p=0,002$) oraz częstszym konsumowaniem produktów typu fast food co najmniej kilka razy w ciągu tygodnia ($p=0,023$). Z kolei respondenci, których matki posiadały wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe rzadziej deklarowali spożywanie posiłków o stałych porach ($p=0,004$). Uczniowie, których status związku rodziców był aktualnie inny niż małżeństwo częściej deklarowali przebycie inicjacji nikotynowej niż respondenci, których rodzice przebywali w związku małżeńskim ($p=0,017$). Bardzo dobra sytuacja materialna rodziny uczestnika badania sprzyjała częstszemu spożywaniu żywności typu fast food co najmniej kilka razy w tygodniu ($p<0,001$), jedzeniu warzyw i owoców co najmniej raz dziennie ($p=0,014$) i paleniu papierosów w okresie poprzedzającym badanie ($p=0,019$), a także rzadszemu podejmowaniu pierwszych prób konsumpcji wyrobów alkoholowych ($p=0,034$). Poziom KZ był istotnie wyższy ($p=0,015$) wśród uczniów poświęcających na aktywność fizyczną przynajmniej pół godziny dziennie ($34,85\pm 6,45$) niż wśród tych, którzy byli mniej aktywni ($33,93\pm 6,16$). Ponadto, wyższy poziom KZ ($p=0,019$) stwierdzono wśród respondentów spożywających warzywa i owoce przynajmniej raz dziennie ($34,69\pm 6,29$) niż wśród jedzących te produkty rzadziej ($33,80\pm 6,27$).

Wnioski: Zmiennymi społeczno-demograficznymi najczęściej wykazującymi związek z zachowaniami zdrowotnymi młodzieży uwzględnionymi w niniejszej analizie były wiek, płeć oraz typ szkoły respondenta. Z kolei status związku rodziców, wykształcenie ojca oraz co nieoczekiwane poziom KZ respondenta były zmiennymi, dla których najrzadziej wykazywano podobną zależność. Powyższe wnioski mogą stanowić podstawę dla interwencji w zakresie PZ, których celem jest umocnienie i poprawa zdrowia młodzieży.

Słowa kluczowe: młodzież, zachowania zdrowotne, zdrowie młodzieży, uwarunkowania zachowań zdrowotnych, promocja zdrowia, kompetencje zdrowotne

Abstract

Introduction: Adolescence is an essential moment in a people's life and development, while numerous health behaviors with potential impact on health are formed or strengthened. Therefore, from the perspective of health promotion (HP), it seems important to prepare proposals for actions which are prepared in accordance with actual health needs of adolescents. Consequently, identification of factors that may determine the health behavior of young people is a key element of the implementation of HP interventions.

Aim of the study: The main aim of the study was to assess the determinants of health behaviors of high school students in Malopolska Voivodeship.

Material and methods: The analysis reported in the thesis was based on the results of a diagnostic survey conducted among students ($n=1016$) aged 15 to 20 from 9 secondary schools in Malopolska Voivodeship. The survey was performed with a paper & pen personal interview (PAPI) method in September and October 2017. The questionnaire used in the survey included the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), Multidimensional Health Locus of Control Scale-B (MHLC-B), questions related to the adolescents' health behaviors, like those used in the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) survey, and questions concerning socio-demographic characteristics. The analysis included eating behaviors, physical activity, alcohol consumption, smoking, and e-cigarette use. Then, the associations between health behaviors and socio-demographic factors and health literacy (HL) were assessed.

Results: The results of the analysis showed that men drink alcohol ($p=0,018$), use e-cigarettes ($p<0,001$), consume more meals during the day ($p=0,037$), and engage in regular physical activity more frequently than women ($p<0,001$). Older age was associated with significantly more frequent consumption of alcohol ($p<0,001$), use of e-cigarettes ($p<0,001$), and smoking traditional cigarettes ($p<0,001$), as well as less frequent physical activity ($p=0,01$), consumption of vegetables and fruits ($p=0,009$), and regularity of meals ($p=0,047$) than younger age. Vocational secondary schools students more often smoked cigarettes ($p=0,009$), and used e-cigarettes at least once ($p<0,001$), and more often used e-cigarettes in the previous 30 days ($p<0,001$) than general secondary schools pupils, also less often consumed fruits and vegetables at least once a day ($p<0,001$) and eat their meals regularly ($p=0,009$). Respondents living in rural areas were more likely to spend less than 30 minutes per day to physical activity than inhabitants of urban areas ($p=0,027$), but they were less likely to use e-cigarettes in previous 30 days ($p=0,003$). Also, students living in a cities of more than 400 000 inhabitants were less likely to eat meals regularly ($p=0,023$). Adolescents whose fathers had secondary or higher education were more likely to engage in physical activity lasting at least half an hour a day ($p=0,045$). In addition, higher education of the respondents' fathers was related to more frequent consumption of fruits and vegetables ($p=0,001$). Mother's higher education was associated with more frequent physical activity ($p=0,002$) and more frequent consumption of fast food ($p=0,023$). Respondents whose mothers had primary or vocational education were less likely to declare regularity of

meals ($p=0,004$). Participants, whose parents not remained in marital status were more likely to smoke cigarettes than respondents whose parents were married ($p=0,017$). Very good financial situation of student's family was associated with more frequent consumption of fast food ($p<0,001$), fruits and vegetables ($p=0,014$), smoking cigarettes ($p=0,019$), as well as less frequent attempts of drinking alcohol ($p=0,034$). The level of HL was significantly higher ($p=0,015$) among students who devoted to physical activity at least 30 minutes daily ($34,85\pm 6,45$) than those who were less active ($33,93\pm 6,16$). Additionally, a higher level of HL ($p=0,019$) was found among pupils consuming fruits and vegetables at least once a day ($34,69\pm 6,29$) than among adolescents eating these products less frequently ($33,80\pm 6,27$).

Conclusions: The socio-demographic variables most often related to the adolescents' health behaviors included in this analysis were age, sex, and type of school of participant. On the other hand, parent's relationship status, father's education, and, surprisingly, respondent's HL level were the variables where an analogous dependence was shown least often. The above conclusions may be considered as a basis of HP interventions aiming adolescents' health.

Keywords: adolescents, health behaviors, adolescents' health, determinants of health behaviors, health promotion.

1. Wstęp

W literaturze naukowej dostępnych jest wiele, niektórzy szacują, że nawet 300 definicji zdrowia. Taka sytuacja jest związana z różnym pojmowaniem zdrowia w zależności od dyscypliny, w której kwestie zdrowotne są rozważane. W takich dziedzinach jak socjologia, psychologia, medycyna czy też zdrowie publiczne definicje zdrowia zwracają uwagę na odmienne aspekty (Blaxter, 2009; Cianciara, 2010; Kozłowska, Marzec, Kalinowski i Bojakowska, 2016; Woynarowska, 2017). Ciągle jednak najbardziej popularna jest definicja zdrowia opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ; World Health Organization – WHO) w 1946 roku. Według niej, zdrowie to „pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności” (WHO, 1946). Według tej definicji brak choroby nie jest wystarczającym kryterium stanu zdrowia. Ponadto, zdrowie to pojęcie wielowymiarowe.

Wiek młodzieńczy (dojrzewanie, adolescencja) jest szczególnie istotnym momentem w rozwoju i kształtowaniu zachowań zdrowotnych jednostki oraz jej zdrowia. Według ŚOZ zdrowie w okresie dojrzewania wiąże się z dobrostanem i możliwością pełnego wykorzystania potencjału rozwojowego w wymiarach: somatycznym, psychicznym, społecznym i duchowym, czemu sprzyja wrażliwość na bodźce sensoryczne, stany emocjonalne swoje i innych osób (Ponczek i Olszowy, 2012a; WHO, 2001). Jak można zauważyć, definicja zdrowia w fazie dorastania nawiązuje do ogólnej koncepcji zdrowia, opublikowanej w 1946 roku przez ŚOZ. Postawy i przekonania, które kształtują się i utrwalają w tym wieku wpływają na szereg aspektów związanych z dalszym życiem, w tym na zachowania zdrowotne młodzieży. Ponadto, pewne zachowania podejmowane w okresie adolescencji mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie jednostki w późniejszym okresie jej życia. Stąd od wielu lat podejmowane są inicjatywy, których celem jest promowanie zdrowia i zachowań prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży, a także przeciwdziałanie zachowaniom ryzykownym (Pilecka, 2011).

W raporcie Zespołu Doradców Strategicznych przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów zdefiniowano najistotniejsze zagrożenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży. Pośród nich znalazły się niewłaściwe odżywianie oraz zbyt mała aktywność fizyczną, a w efekcie nadmierna masa ciała, jak również stosowanie używek (np. papierosów, alkoholu, narkotyków) oraz ryzykowne zachowania seksualne (Szafraniec, 2011). Potwierdzają je realizowane także w Polsce cykliczne badania HBSC (Health Behavior in School-aged Children) (Mazur, 2015; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018) oraz ESPAD (European School Survey on Alcohol and other Drugs) (ESPAD, 2015).

W celu wdrożenia skutecznych rozwiązań z zakresu promocji zdrowia (PZ), ukierunkowanych na umacnianie zdrowia ludzi młodych, ale także na przeciwdziałanie podejmowaniu przez nich zachowań ryzykownych, konieczna jest diagnoza potrzeb zdrowotnych oraz identyfikacja czynników warunkujących zdrowie i zachowania zdrowotne tej grupy. O ile kluczowe zagrożenia dla zdrowia i ogólna charakterystyka zachowań zdrowotnych osób w wieku dorastania jest znana, to powszechność pewnych zachowań, a także

siła wpływu czynników warunkujących zachowania zdrowotne może być inna dla różnych grup i regionów naszego kraju (Cianciara, 2010; Woynarowska, 2017;).

Wobec tego istotną kwestią wydaje się zidentyfikowanie skali najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia ludzi młodych zamieszkałych na terenie województwa małopolskiego, a także określenie poziomu ich kompetencji zdrowotnych (KZ; health literacy). Kluczowe jest również wskazanie siły oddziaływania społecznych determinant zdrowia na podejmowane przez małopolską młodzież zachowania zdrowotne. Ocena tych zjawisk powinna pozwolić na wskazanie priorytetowych obszarów i kierunków działań na rzecz ograniczenia bądź eliminacji zachowań ryzykownych wśród młodzieży z terenów Małopolski. Ponadto, zebrane dane mogą okazać się pomocne w planowaniu zakresu interwencji PZ adresowanych do adolescentów i kształtowania w tej grupie pożądaných społecznie zachowań i postaw sprzyjających zdrowiu (Poncdek i Olszowy, 2012a, 2012b).

1.1. Początki i znaczenie promocji zdrowia

Na PZ, jako istotny obszar zdrowia publicznego, zaczęto zwracać większą uwagę w latach siedemdziesiątych XX wieku (Car, Dębska, Cianciara, Piotrowicz i Wysocki, 2011). W tym czasie powstały liczne dokumenty wskazujące na znaczenie stylu i warunków życia dla zdrowia ludzi, a także podkreślające konieczność podjęcia działań w celu walki z nierównościami w zdrowiu (Karski, 2011; Ruszkowska, 2011; Słońska, 2016).

Szczególnie istotnym dokumentem dla współczesnej PZ był opublikowany w 1974 roku raport „A new perspective on the health of Canadians”, firmowany przez Marca Lalonde’a, ówczesnego Ministra Zdrowia Kanady. W raporcie Lalonde’a po raz pierwszy wskazano na inne czynniki niż opieka medyczna, mające istotny wpływ na zdrowie obywateli. Najważniejszym z nich był styl życia, który miał odpowiadać w 50% za zdrowie jednostki (Karski, 2011; Lalonde, 1974). Znaczenie dbania o zdrowie i jego promowania podkreślono również w trakcie posiedzenia Światowej Organizacji Zdrowia odbywającego się w Alma-Acie w dniach 6-12 września 1978 roku (WHO, 1978). Innym dokumentem, który także łączył PZ z koniecznością zmiany zachowań zdrowotnych był opublikowany w 1979 roku w Stanach Zjednoczonych (United States of America – USA) raport pt.: „Healthy People: The Surgeon General’s Report on Health Promotion and Disease Prevention” (Healthy People, 1979; Karski, 2011).

Momentem przełomowym dla rozwoju PZ było opublikowanie w 1986 roku „Karty Ottawskiej”, która określana jest również jako „Konstytucja” PZ. W Karcie wprowadzono definicję PZ, ale również wskazano najważniejsze uwarunkowania zdrowia, kluczowe strategie oraz obszary działań dla PZ. Do najistotniejszych uwarunkowań zdrowia zaliczono pokój, schronienie, edukację, żywność, dochód, stabilny ekosystem, zrównoważone zasoby, jak również sprawiedliwość społeczną i równość. Jako kluczowe strategie PZ wskazano orędownictwo (dobry stan zdrowia jest głównym źródłem rozwoju społeczeństwa oraz ważnym wymiarem jakości życia), ułatwienie (PZ koncentruje się na osiągnięciu równości w zdrowiu) i pośredniczenie (PZ wymaga działań wielosektorowych). Do pięciu obszarów działania PZ zgodnie z

zapisami Karty Ottawskiej zaliczamy: budowanie społecznej polityki zdrowotnej, tworzenie środowisk wspierających zdrowie, wzmacnianie działań społeczności lokalnej, rozwijanie umiejętności indywidualnych oraz reorientacja świadczeń zdrowotnych (Karski, 2011; WHO, 1986).

1.1.1. Kluczowe definicje dla rozwoju promocji zdrowia

Zgodnie z zapisami Karty Ottawskiej, PZ jest postrzegana jako proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem w celu jego poprawy i utrzymania. Aby osiągnąć dobrostan w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym niezbędna jest jednak zdolność (jednostki lub grupy społecznej) to identyfikacji i realizacji własnych aspiracji w obrębie potrzeb. Ponadto, ważna jest również możliwość radzenia sobie w danym środowisku lub jego zmiana (Przewoźniak, 1996; WHO, 1986).

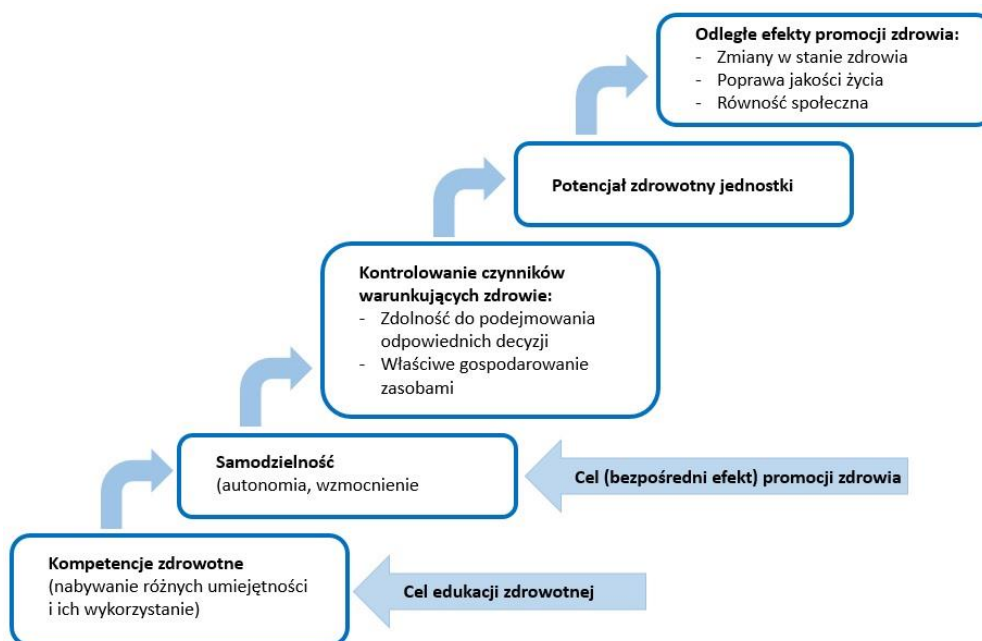
Dostępne są też definicje PZ uwypuklające cele lub strategie działań podejmowane w tej dziedzinie (Puchalski, 2005). Przykładowo Goodstadt, Simpson i Loranger (1987) określili PZ jako „utrzymanie i poprawa istniejącego poziomu zdrowia poprzez wdrożenie skutecznych programów, usług i polityk”. Natomiast definicja, którą zaproponowali Kar i Berkanovic (1987) mówi, że PZ to „rozwój dobrostanu oraz unikanie zagrożeń dla zdrowia poprzez osiąganie i utrzymanie na optymalnym poziomie behawioralnych, społecznych, środowiskowych i biomedycznych czynników warunkujących zdrowie”. Definicja zaproponowana w 1991 przez Greena i Kreutera (1991) skupia się przede wszystkim na wskazaniu działań istotnych dla PZ. Zgodnie z nią PZ „jest połączeniem działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia – środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego – sprzyjających zdrowiu”. Według autorów każde działania w ramach PZ powinny rozpoczynać się od edukacji zdrowotnej grupy docelowej. ŚOZ określa edukację zdrowotną jako „świadome (zaplanowane) działania obejmujące różne formy komunikacji, zaprojektowane w celu zwiększenia KZ grupy docelowej” (WHO, 1998). Następnie jako dopełnienie działań edukacyjnych należy uwzględnić działania ukierunkowane na wsparcie, dzięki któremu decyzje i wybory sprzyjające zdrowiu będą łatwiejsze do podejmowania. Jak wskazują Green i Kreuter (1991), sama edukacja zdrowotna jest elementem niewystarczającym do osiągnięcia celów związanych z PZ i niezbędne jest również wsparcie, jako inicjacja zachowań poprawiających i umacniających zdrowie. Powyższa koncepcja stała się również podstawą do określania zakresu interwencji w programach PZ, w tym również w modelu PRECEDE-PROCEED.

Podobne podejście do rozumienia PZ przedstawiają Catford i Nutbeam (1984). Według nich PZ obejmuje prewencję chorób i działania na rzecz zdrowia pozytywnego, w kontekście promowania poczucia dobrostanu w ujęciu fizycznym i psychicznym. Catford i Nutbeam wskazują, że główny nacisk w PZ powinien być kładziony na ułatwianie podejmowania wyborów sprzyjających zdrowiu, a podstawą tak rozumianej PZ jest edukacja zdrowotna.

Większość powyższych definicji opisujących PZ ma pewne wspólne cechy. Wskazuje się w nich przede wszystkim na duże znaczenie edukacji zdrowotnej w promowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu, a efektem działań w zakresie edukacji zdrowotnej jest zdolność jednostki do podejmowania zachowań

prozdrowotnych. Ponadto istotnym celem PZ wskazywanym w licznych definicjach jest osiągnięcie „dobrostanu” w wielu wymiarach (psychicznym, społecznym i biologicznym), tak jak zostało to ujęte w klasycznej definicji zdrowia według WHO z 1946 roku.

Zakres oddziaływania i cele PZ opisała i zobrazowała Cianciara (2010). Zgodnie ze schematem przedstawionym przez autorkę (ryc. 1), u podstaw PZ leży nabywanie przez jednostkę KZ, rozumianych jako różne umiejętności, a także zdolność do ich wykorzystania. Jest to tym samym cel edukacji zdrowotnej. Wysoki poziom KZ wpływa na uzyskanie przez jednostkę samodzielności w kontekście podejmowania decyzji dotyczących zdrowia. Autonomia w podejmowaniu tychże decyzji jest celem, czy też bezpośrednim efektem PZ. Z kolei samodzielność w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem daje jednostce zdolność do kontrolowania czynników warunkujących zdrowie, co przekłada się na zwiększanie potencjału zdrowotnego. Dzięki temu stają się możliwe do osiągnięcia „odległe efekty PZ”, do których zaliczane są: zmiany w stanie zdrowia, poprawa jakości życia oraz równość społeczna (w kontekście eliminacji występowania nierówności w zdrowiu) (Cianciara, 2010; Dzwonkowska-Godula, 2016; Piotrowicz i Cianciara, 2011).



Ryc. 1. Samodzielność w PZ (Cianciara, 2010); rycina wykorzystana za zgodą autorki

1.1.2. Idea Szkół Promujących Zdrowie

Właściwy rozwój i dbałość o zdrowie w okresie dzieciństwa i adolescencji jest bardzo istotny z punktu widzenia zdrowia publicznego i PZ. To właśnie w tym okresie kształtują się i utrwalają wszelkie zachowania związane ze zdrowiem. Wiele chorób i dolegliwości ujawniających się w późniejszym okresie życia ma swoje źródło w decyzjach i zachowań podejmowanych w młodym wieku (Woynarowska i

Oblacińska, 2014). Stąd współcześnie bardzo dużą wagę przywiązuje się do działań w zakresie edukacji i PZ na wczesnym etapie życia człowieka (Woynarowska, Ostaszewski i Kulmatycki, 2014).

Pod koniec lat osiemdziesiątych XX wieku zapoczątkowano w Europie programy oparte na podejściu siedliskowym (settings approach) w PZ. Siedlisko jest definiowane jako miejsce lub pewien kontekst społeczny, w którym ludzie realizują swoje codzienne aktywności, mogące wpływać na stan zdrowia i poczucie dobrostanu (WHO, 1998). Kluczową rolę w podejściu siedliskowym odgrywają powiązane ze sobą czynniki środowiskowe, organizacyjne i indywidualne (Woynarowska i Woynarowska-Sołdan, 2015). Najważniejszym przykładem wdrożenia strategii PZ opartej o podejście siedliskowe wśród dzieci i młodzieży jest program „Szkół Promujących Zdrowie” (SzPZ).

Wydarzeniem, które zapoczątkowało rozwój tej inicjatywy było międzynarodowe sympozjum „Szkoła promująca zdrowie”, które odbyło się w maju 1986 roku w Peebles w Szkocji. Uczestnikami sympozjum byli europejscy eksperci PZ i edukacji zdrowotnej adresowanej do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (Woynarowska-Sołdan, 2015). Następnie w 1989 roku sformułowano podstawowe założenia koncepcji SzPZ, a w 1991 wdrożono program w życie. ŚÓZ zdecydowała się na pilotaż programu w trzech krajach Europejskich: w Polsce, Czechosłowacji oraz na Węgrzech. Na podstawie wniosków z pilotażu już w 1992 roku została podjęta decyzja o utworzeniu Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (ESSzPZ). Instytucjami inicjującymi powstanie ESSzPZ było Biuro Regionalne ŚÓZ dla Europy, Rada Europy oraz Komisja Europejska. Głównym celem inicjatywy SzPZ jest promowanie zdrowego stylu życia wśród członków społeczności szkolnej (uczniów, nauczycieli, pracowników placówki edukacyjnej), a także wśród rodziców uczniów i społeczności lokalnej. Od stycznia 2008 roku ESSzPZ funkcjonuje pod nazwą Szkoły dla Zdrowia w Europie (SzZE; Schools for Health in Europe – SHE) (Herman, 2014; Borzucka-Sitkiewicz, 2016; Bulska, 2017).

W Polsce sieć SzPZ składa się z trzech poziomów. Poziom pierwszy obejmuje sieci miejskie (w większych miastach), regionalne i powiatowe. Drugi poziom uwzględnia sieci wojewódzkie, a z kolei trzeci poziom to Krajowa Sieć Szkół Promujących Zdrowie (Borzucka-Sitkiewicz, 2016). Proces tworzenia SzPZ w Polsce obejmuje cztery etapy: diagnozy stanu wyjściowego, planowania działań i ich ewaluacji, realizacji działań oraz ewaluacji wyników działań. Na etapie diagnozy stanu wyjściowego zbierane są dane dotyczące aktualnych problemów zdrowotnych występujących w środowisku szkolnym, a także zasobów i warunków funkcjonowania placówki edukacyjnej. Następnie zebrane dane poddawane są analizie w celu zdefiniowania listy problemów, które wymagają działania. Drugi etap rozpoczyna się od wskazania priorytetowych obszarów, które w pierwszej kolejności wymagają podjęcia interwencji w zakresie PZ. Kolejnym krokiem jest ustalenie przyczyn występowania danych problemów i identyfikacja metod ich zwalczania. Następnie określa się cele działania oraz tworzy ramy wdrożenia programu w szkole. W czasie trzeciego etapu, dochodzi do praktycznego wdrożenia idei edukacji i PZ. Etap ten skupia się na realizacji działań zgodnie z określonym wcześniej planem, a także ich monitorowaniu. Dopuszczalne są również

niezbędne korekty wdrażanych interwencji, jeśli zagrożone jest osiągnięcie zamierzonych celów lub proces monitorowania ujawnił konieczność modyfikacji implementowanych rozwiązań. Ostatnim etapem jest ewaluacja wyników działań, która skupia się na określeniu czy i w jakim stopniu osiągnięto zakładane cele (Herman, 2014).

Wspomniane cztery etapy tworzenia SzPZ poprzedzone są działaniami o charakterze przygotowawczym. Zalicza się do nich przede wszystkim propagowanie idei SzPZ w środowisku lokalnym (ze szczególnym uwzględnieniem rodziców), powołanie w szkole koordynatora projektu oraz zespołu PZ, a także pozyskiwanie partnerów do działania oraz określenie zakresu obowiązków i podjęcie wzajemnych zobowiązań pośród osób przystępujących do realizacji projektu (Herman, 2014; Woynarowska-Soldan, 2016).

Szkoła promująca zdrowie powinna spełniać następujące warunki:

1. edukacja zdrowotna uczniów powinna zostać włączona do formalnego programu nauczania w szkole;
2. włączenie kwestii i zagadnień związanych ze zdrowiem w całość funkcjonowania placówki, czyli etos szkoły. Chodzi głównie o wymiar środowiska fizycznego (bezpieczne, czyste i sprzyjające zdrowiu), społecznego (odpowiednie relacje interpersonalne pomiędzy jednostkami tworzącymi społeczność w danej szkole) oraz organizacyjnego (działania i polityki, które wspierają i ułatwiają prowadzenie edukacji zdrowotnej);
3. współdziałanie z rodzicami uczniów i społecznością lokalną w celu utrwalenia i wzmocnienia wiedzy i zachowań prozdrowotnych, które dziecko nabyło dzięki szkole (Bulska, 2017; Herman, 2014; Obodyńska, 2016).

Większość działań w ramach SzPZ przybiera formę lekcji i zajęć edukacyjnych. Ich zakres tematyczny może być bardzo różny, jednakże najczęściej związany jest z udzielaniem pierwszej pomocy, przeciwdziałaniem agresji i przemocy, zapobieganiem używaniu substancji psychoaktywnych (m.in. narkotyków, alkoholu, wyrobów tytoniowych) oraz zdrowiem i życiem seksualnym (w tym z prokreacją i planowaniem rodziny) (Charzyńska-Gula, Jaworska, Bogusz, Bartoszek i Kocka, 2013). Tym nie mniej, istotą realizacji idei SzPZ jest przygotowanie propozycji działań, które są odpowiedzią na faktyczne potrzeby grupy docelowej. W związku z tym krytycznym elementem wdrażania interwencji w zakresie PZ w szkołach jest diagnoza najważniejszych zagrożeń dla zdrowia ludzi młodych. Priorytety działań w ramach SzPZ mogą się różnić w zależności od typu szkoły (np. szkoła podstawowa, licea, technika), ale także ze względu na jej położenie na mapie danego województwa lub w skali kraju, co związane jest z możliwymi różnicami w nasileniu danego problemu w konkretnym środowisku i regionie. Dlatego też przed wdrażaniem strategii mających na celu poprawę i umocnienie zdrowia dzieci i młodzieży niezbędnym elementem staje się określenie priorytetów działania. W tej diagnozie bardzo pomocna jest

analiza specyfiki zachowań zdrowotnych wśród populacji docelowej, a także czynników determinujących te zachowania (Herman, 2014; Woynarowska-Sołdan, 2016).

1.1.3. Pojęcie i klasyfikacja zachowań zdrowotnych

W literaturze naukowej funkcjonuje wiele określeń opisujących zachowania związane ze zdrowiem. Poza terminem zachowania zdrowotne można spotkać także takie określenia jak działania i praktyki zdrowotne, czy też zachowania medyczne. Należy jednak zaznaczyć, że zakres pojęciowy tych określeń nie zawsze jest taki sam. Zauważalny jest również brak konsensusu w odniesieniu do klasyfikacji zachowań zdrowotnych (Woynarowska, 2017; Zadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik, 2011).

W chwili obecnej można wyróżnić trzy główne ujęcia definicyjne zachowań zdrowotnych: funkcjonalne (określane również jako skutkowe), celowościowe oraz celowościowo-funkcjonalne (Heszen i Sęk, 2007; Zadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik, 2011). Funkcjonalne podejście do definiowania zachowań zdrowotnych czyli poparty dowodami naukowymi wpływ danego zachowania na zdrowie i w tym kontekście rozróżnia dwa typy zachowań zdrowotnych: prozdrowotne i antyzdrowotne (Heszen i Sęk, 2007). Według tego podejścia, do zachowań prozdrowotnych w ujęciu funkcjonalnym zaliczyć należy zdrową i zbilansowaną dietę, regularną aktywność fizyczną, a także dbałość o właściwy sen i odpoczynek (Mendyk i in., 2017; Woynarowska-Sołdan i Tabak, 2013). Z kolei jako przykłady zachowań antyzdrowotnych można wskazać palenie wyrobów tytoniowych, nadużywanie alkoholu i leków oraz używanie narkotyków (Puchalski, 2004). W ujęciu celowościowym, zachowania zdrowotne rozumiane są jako świadome działania, dzięki którym jednostka ma możliwość poprawy i umocnienia własnego zdrowia. Istotnym aspektem jest również przekonanie o potencjalnie korzystnym oddziaływaniu danego zachowania na zdrowie (Heszen i Sęk, 2007). Heszen-Klemens (1993) zdefiniowała tego typu zachowania jako „wszelkie formy aktywności celowej, ukierunkowane na ochronę lub osiągnięcie poprawy własnego stanu zdrowia”. Natomiast podejście celowościowo-funkcjonalne jest połączeniem dwóch wcześniejszych sposobów postrzegania zachowań zdrowotnych. Puchalski przedstawił zależności jakie zachodzą pomiędzy wiedzą (rozumianą również jako przekonania), a zachowaniami zdrowotnymi. W typologii zaproponowanej przez Puchalskiego (tab.1) można wyróżnić cztery różne relacje (Puchalski, 1990).

Tab. 1. Definicje zachowań zdrowotnych, a relacja między wiedzą o zdrowiu i zachowaniami

Typ wiedzy	Kierunek analizy zależności	
	zachowanie → zdrowie	zdrowie → zachowanie
Wiedza subiektywna (przekonania podmiotu)	A	B
Wiedza obiektywna (naukowa, profesjonalna)	C	D

Źródło: (Puchalski, 1990)

W zależności A, jednostka na podstawie swojej subiektywnej wiedzy na temat zachowań zdrowotnych (korzystnych lub niekorzystnych dla zdrowia) podejmuje zachowania zgodnie z posiadaną wiedzą. W relacji B, jednostka posiada (w subiektywnym odczuciu) pewną wiedzę na temat zdrowia, i to własne

przekonania stają się powodem podejmowania danych zachowań. Zależność typu C uwzględnia wszelkie zachowania, których promotorzy zdrowia oczekują od ludzi. Oczekiwania te są formułowane na podstawie wiedzy obiektywnej (naukowej), która wskazuje na zależność pomiędzy danym zachowaniem, a stanem zdrowia. Natomiast w przypadku zależności D, kierunek relacji jest odwrotny. Obiektywne pojmowanie zdrowia oraz czynników je warunkujących doprowadza do podejmowania przez jednostkę określonych zachowań zdrowotnych (Puchalski, 1990). Puchalski definiuje zachowania zdrowotne w ujęciu celowościowo-funkcjonalnym jako „wybrane przez obserwatora lub/i podmiot działania zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (np. przekonań potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp.) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy” (Puchalski, 1990).

ŚOZ rozróżnia zachowania zdrowotne (health behaviors) i ryzykowne (risk behaviors). Za zachowania zdrowotne uważa się każdą aktywność człowieka (bez względu na jego aktualny i prognozowany stan zdrowia) podejmowaną w celu ochrony, wzmacniania i utrzymania zdrowia; nawet w sytuacji, w której nie ma pewności czy podejmowane działania przyniosą pozytywne efekty (WHO, 1998). W tym kontekście zachowania zdrowotne mają znaczenie pozytywne. Oznaczają wszelkie aktywności, które będą sprzyjały zdrowiu. Tak rozumiane zachowania można określać również mianem zachowań prozdrowotnych (Woynarowska, 2017). Z kolei zachowania ryzykowne to specyficzne formy zachowań, które w sposób udokumentowany można powiązać ze zwiększoną podatnością na poszczególne choroby lub ogólny zły stan zdrowia. Ponadto ŚOZ wskazuje, że ograniczenie lub eliminacja zachowań ryzykownych jest głównym celem prewencji chorób, a edukacja zdrowotna jest postrzegana jako doskonałe narzędzie do redukcji zachowań ryzykownych (WHO, 1998).

Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto funkcjonalne (skutkowe) podejście do definiowania zachowań zdrowotnych.

1.2. Uwarunkowania zdrowia

Na stan zdrowia populacji wpływają liczne czynniki. Jak podają Joumard, Andre, Nicq i Chatal (2008) determinanty zdrowia mogą mieć związek z zasobami opieki zdrowotnej, stylem życia, a także czynnikami o charakterze społeczno-ekonomicznym. Do oceny siły oddziaływania na zdrowie determinant korespondujących z zasobami opieki zdrowotnej określa się między innymi wielkość środków finansowych przypadających lub wydawanych na pacjenta w systemie, liczbę lekarzy, pielęgniarek, łóżek szpitalnych, jak również dostęp do sprzętu i opieki wysokospecjalistycznej. Przy ocenie uwarunkowań w obrębie stylu życia pod uwagę brane są wszelkiego rodzaju zachowania, które mogą mieć wpływ na zdrowie jednostki. Do tych zachowań zalicza się nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną i sposoby spędzania wolnego czasu, zachowania seksualne, a także używanie substancji psychoaktywnych (alkoholu, wyrobów tytoniowych i narkotyków). Wśród determinant związanych ze statusem społeczno-ekonomicznym najczęściej uwzględnia się poziom wykształcenia, status zawodowy, relacje panujące w rodzinie, poziom ubóstwa i

dochody przypadające na osobę w gospodarstwie domowym, a także zasoby, jakimi gospodarstwo domowe dysponuje. Są to społeczne determinanty uwarunkowań zdrowia (social determinants in health – SDH), które w sposób istotny mogą przyczyniać się do powstawania nierówności w zdrowiu. W przypadku dzieci i młodzieży, uwarunkowania społeczne i ekonomiczne charakteryzujące rodziców mają istotny wpływ na zdrowie, ale również zachowania zdrowotne ich dzieci (Baranowska, 2016; Joumard i in., 2008; Viner i in., 2012).

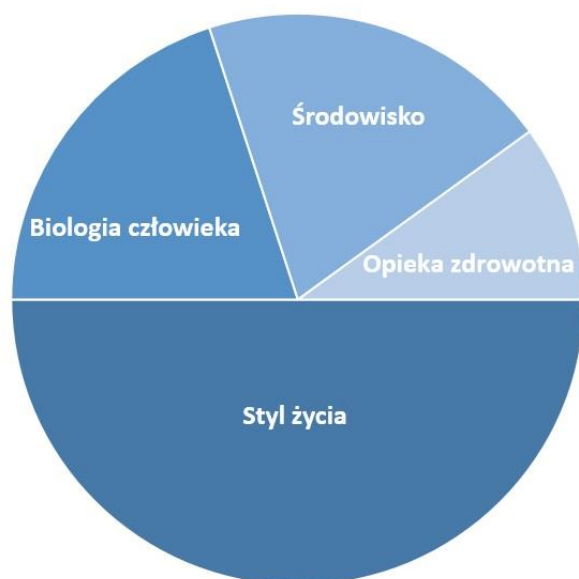
Mając na uwadze zdrowie osób w okresie adolescencji, najistotniejszymi uwarunkowaniami decydującymi o zdrowiu tej grupy wydają się determinanty związane ze stylem życia i podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi, a także czynniki należące do społecznych uwarunkowań zdrowia (Klimas, 2016; Viner i in., 2012).

Z kolei jak wskazują Blair, Steward-Brown, Waterston i Crowther (2003) główne czynniki determinujące zdrowie dzieci i młodzieży to:

1. nierówności w obrębie dochodów rodzin oraz ubóstwo;
2. funkcjonowanie rodziny (relacje w niej panujące, struktura, atmosfera oraz postawy rodzicielskie);
3. sposób odżywiania;
4. środowisko fizyczne (zanieczyszczenia i jakość powietrza, warunki mieszkaniowe, możliwości korzystania z miejsc odpoczynku i rekreacji oraz dostępność infrastruktury pozwalającej na uprawianie aktywności fizycznej);
5. środowisko społeczne (wsparcie społeczne, atmosfera panujące w szkole, przystosowanie do szkoły, przemoc doświadczana ze strony rówieśników oraz izolacja społeczna);
6. postawy społeczne (możliwa stygmatyzacja ze względu na niepełnosprawność dziecka, występowanie u niego różnych chorób lub dolegliwości, pochodzenie z rodzin ubogich lub o niższym statusie społecznym);
7. zachowania zagrażające zdrowiu podejmowane przez ciężarne matki oraz samą młodzież (palenie wyrobów tytoniowych, spożywanie alkoholu, stosowanie innych substancji psychoaktywnych oraz wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego);
8. czynniki genetyczne (występowanie chorób będących uwarunkowanymi genetycznie);
9. dostępność do świadczeń związanych z opieką zdrowotną (usługi lecznicze oraz z zakresu profilaktyki).

1.2.1. Wybrane modele czynników warunkujących zdrowie

Kluczowe znaczenie dla rozwoju PZ i nowego spojrzenia na determinanty zdrowia miała koncepcja „pól zdrowia” (health field concept) zaproponowana przez Marca Lalonde’a (1974), Ministra Zdrowia w rządzie kanadyjskim. W dokumencie firmowanym przez Lalonde’a zatytułowanym „A new perspective on the health of Canadians” wskazano cztery główne grupy czynników wpływających na zdrowie społeczeństwa: biologię człowieka, środowisko, styl życia oraz opiekę zdrowotną (ryc. 2).

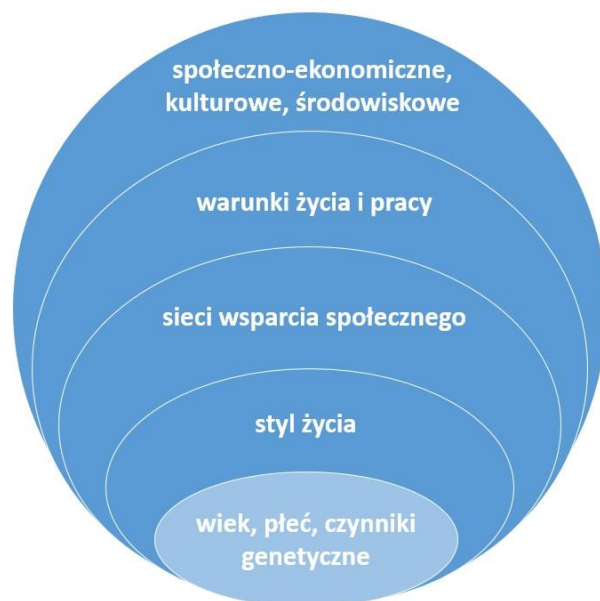


Ryc. 2. Pola zdrowia wg Marca Lalonde'a (1974); opracowanie własne.

Zgodnie z koncepcją pól zdrowia w największym stopniu przekraczającym 50% za zdrowie społeczeństwa odpowiada styl życia, postrzegany jako szereg zachowań indywidualnych wpływających na zdrowie. Według raportu Lalonde'a czynniki związane z biologią człowieka odpowiadają w ok. 20% za stan zdrowia społeczeństwa. W tej grupie czynników można wyróżnić przede wszystkim czynniki genetyczne, wiek oraz przebieg dojrzewania. Czynniki środowiskowe również odpowiadają za ok. 20% stanu zdrowia społeczeństwa. Możliwość kontroli tych czynników jest bardzo ograniczona lub wręcz niemożliwa. W raporcie Lalonde'a za stan zdrowia społeczeństwa w najmniejszym stopniu (w ok. 10%) odpowiada system opieki zdrowotnej. Koncepcja pól zdrowia miała duże znaczenia dla zmiany kierunków polityki zdrowotnej w Kanadzie, a potem w innych krajach. Była też przesłanką dla rozwoju strategii związanych z promowaniem zdrowia. Ponadto, uświadomiła społeczności związanej ze zdrowiem publicznym jak duże znaczenie dla stanu zdrowia może mieć styl życia i podejmowane zachowania zdrowotne. Jednak model uwarunkowań zdrowia jaki z niej wynika jest bardzo uproszczony i w małym stopniu odzwierciedla istniejące pomiędzy nimi zależności (Cianciara, 2010; Lalonde, 1974; Woynarowska, 2017). Od czasów raportu Lalonde'a powstało wiele innych modeli uwarunkowań zdrowia. Poniżej przedstawiono dwa spośród najbardziej popularnych.

Model zaproponowany przez Dahlgrena i Whitehead (1991) przedstawia zależności pomiędzy determinantami zdrowia, a także wyjaśnia w jaki sposób może dochodzić do powstawania nierówności w zdrowiu (ryc. 3). Model jest obrazowany graficznie jako półkole, w centrum którego umieszczono czynniki biologiczne, takie jak wiek, płeć i czynniki genetyczne. Są to uwarunkowania niemodyfikowalne, na które człowiek nie ma wpływu, jednakże ostatecznie mogą oddziaływać na potencjał zdrowotny człowieka. Czynniki biologiczne znajdujące się w centrum są otoczone przez cztery kolejne warstwy: styl życia, sieci

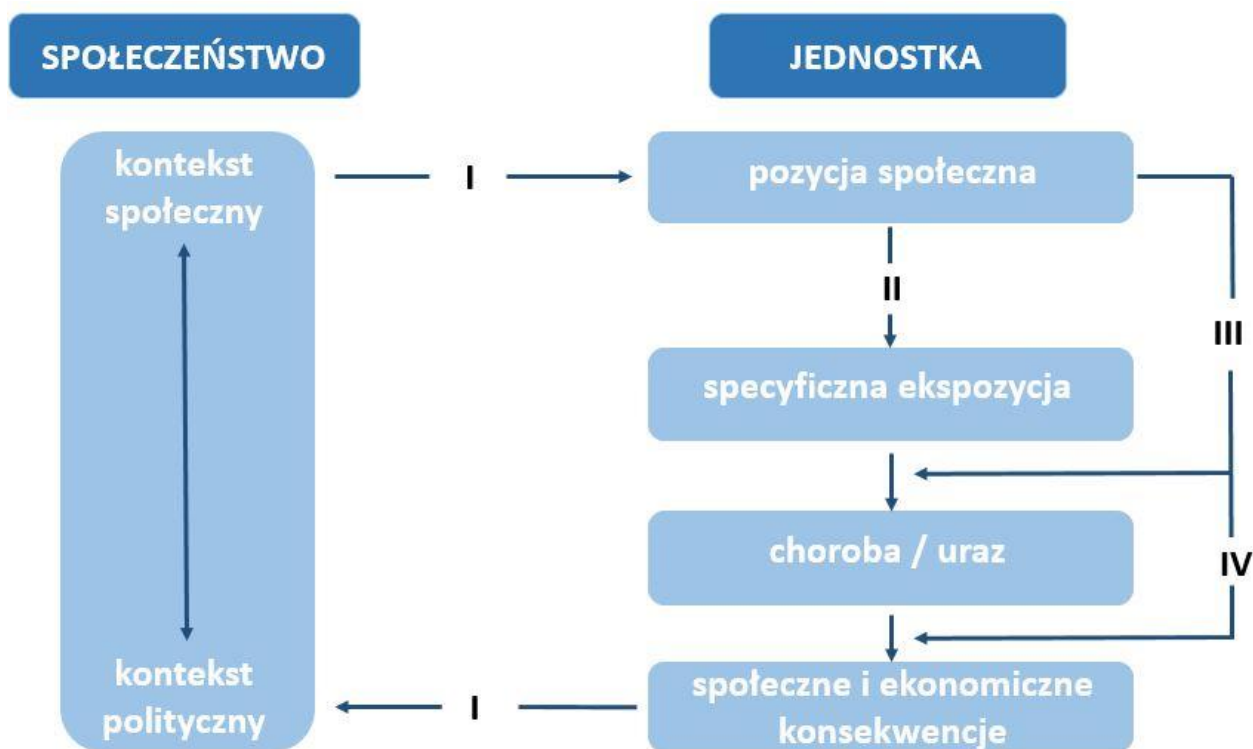
wsparcia społecznego, warunki życia i pracy oraz ogólne uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe.



Ryc. 3. Model głównych determinant zdrowia wg Dahlgrena i Whitehead (1991); opracowanie własne.

Warstwa związana ze stylem życia dotyczy indywidualnych zachowań zdrowotnych podejmowanych przez jednostkę, mających pozytywny lub negatywny wpływ na zdrowie. Uważa się, że czynniki biologiczne (a w szczególności genetyczne) umieszczone w centrum modelu mogą w istotny sposób przekładać się na styl życia człowieka. Druga warstwa uwzględnia powiązania w ramach sieci społecznych i odzwierciedla wpływ społeczności, w której człowiek żyje na zdrowie. Relacje międzyludzkie w ramach tej sieci mogą powodować pewne oczekiwania wobec indywidualnych zachowań jednostki, a tym samym oddziaływać na wcześniejszą warstwę związaną ze stylem życia i podejmowane przez człowieka zachowania zdrowotne. Kolejna warstwa odnosi się do ogólnych warunków życia i pracy, a także dostępności podstawowych świadczeń, dóbr oraz usług. Utrudniony dostęp do świadczeń i dóbr, a także gorsze warunki do pracy i życia mogą wpływać na rozwarstwienie i różnicowanie społeczeństwa. Ostatnia (zewnętrzna) warstwa uwzględnia ogólne uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe. Okala wszystkie wcześniejsze warstwy i silnie oddziałuje na nie. Obecnie uważa się, że to właśnie czynniki przypisane do czwartej warstwy wykazują ostatecznie największy wpływ na zdrowie populacji i są główną przyczyną powstawania nierówności w zdrowiu (Dahlgren i Whitehead, 1991).

Z kolei poniższa rycina (ryc. 4) to model stratyfikacji społecznej wg Diderichsena, Evansa i Whitehead (2001) i obrazuje znaczenie oraz siłę oddziaływania uwarunkowań społecznych na zdrowie.



Ryc. 4. Model stratyfikacji społecznej wg Diderichsena i in. (2001).

Model przedstawia proces wyznaczania pozycji społecznej, o której decyduje cały kontekst społeczno-polityczny, rozumiany jako funkcjonowanie systemu edukacji, polityka zatrudnienia czy panujące w społeczeństwie normy kulturowe. W procesie tym uwzględnia się również możliwości danej jednostki do podjęcia edukacji, pracy, a także kwestie związane z dochodami. Gorsza pozycja społeczna decyduje o większej ekspozycji na czynniki negatywnie wpływające na zdrowie, a także charakteryzuje się większą podatnością na choroby i inne zagrożenia dla zdrowia. W efekcie doprowadza to do różnych konsekwencji zdrowotnych, bardziej odczuwanych przez grupy mniej uprzywilejowane (tzn. o niższym statusie społecznym). Z kolei stan zdrowia niesie za sobą konsekwencje o charakterze społecznym i ekonomicznym (zarówno dla jednostki jak i najbliższej rodziny), co przekłada się na tło społeczno-polityczne. Tak więc, model Diderichsena i in. (2001) obrazuje mechanizm błędnego koła. Grupy o wysokim statusie społecznym potencjalnie cieszą się lepszym zdrowiem, co sprawia, że stają się bardziej uprzywilejowane. Natomiast grupy o niższym statusie społecznym charakteryzują się gorszym stanem zdrowia, a tym samym ze względu na ogólny kontekst społeczno-polityczny mają ograniczone możliwości poprawy swojej sytuacji i przez to stają się bardziej pokrzywdzone. Wspomniana sytuacja doprowadza w efekcie do tworzenia się i pogłębiania nierówności w zdrowiu w danej populacji.

Na potrzeby niniejszej pracy jako podstawowy przyjęto model determinant zdrowia wg Dahlgrena i Whitehead, który wskazuje na istotne znaczenie czynników społecznych i ekonomicznych dla zdrowia, a także podkreśla ich wpływ na styl życia i podejmowane przez jednostkę zachowania zdrowotne.

1.2.2. Wpływ społecznych determinant na zachowania zdrowotne, zdrowie i nierówności w zdrowiu

Wykorzystywane obecnie w zdrowiu publicznym i PZ modele uwarunkowań zdrowia podkreślają krytyczny znaczenie determinant społecznych. Według Braveman i Gottlieb (2014) społeczne determinanty zdrowia są ogólnymi uwarunkowaniami społecznymi i ekonomicznymi, które mają wpływ na różnice w stanie zdrowie poszczególnych jednostek lub grup społecznych. Natomiast ŚOZ określa je jako warunki, w których ludzie rodzą się, dorastają, żyją, pracują i starzeją (WHO: Social determinants of health – strona internetowa). Warunki te są determinowane przez dystrybucję pieniędzy, zasobów oraz energii na różnych poziomach: od lokalnego, poprzez narodowy i globalny. Jak wskazuje ŚOZ, to właśnie społeczne uwarunkowania mają kluczowy wpływ na powstawanie nierówności w zdrowiu w populacji. Nierówności te związane są z różnicami w statusie zdrowotnym i są zauważalne wewnątrz poszczególnych państw, ale także pomiędzy państwami (WHO: Social determinants of health – strona internetowa). Kanadyjska Agencja Zdrowia Publicznego (Public Health Agency of Canada – PHAC) przedstawiła listę dwunastu społecznych determinant zdrowia. Zaliczono do nich dochód i status społeczny, zatrudnienie i warunki pracy, wykształcenie i zdolność do czytania i pisania, rozwój w dzieciństwie, środowisko fizyczne, sieci wsparcia społecznego, zachowania zdrowotne, dostęp do opieki zdrowotnej, biologię człowieka i uwarunkowania genetyczne, płeć, kulturę oraz rasę. Powyższa lista determinant społecznych została opracowana na podstawie wyników badań przeprowadzonych w społeczeństwie kanadyjskim (PHAC: Social determinants of health and health inequalities – strona internetowa;).

Społeczne determinanty są jednym z kluczowych czynników decydujących o powstawaniu nierówności w zdrowiu. W związku z tym, często są one określane również mianem „społecznych nierówności w zdrowiu”. Jak wskazuje Mazur (2017), „ze (społecznymi) nierównościami w zdrowiu mamy do czynienia, gdy grupy społeczne zajmujące gorszą pozycję charakteryzuje systematycznie gorszy stan zdrowia oraz są one narażone na większe ryzyko utraty zdrowia niż grupy bardziej uprzywilejowane. Dotyczy to w szczególności tych różnic, które należy uznać za możliwe do uniknięcia, krzywdzące i niesprawiedliwe”. Mazur (2014) wskazała również podstawowe przyczyny powstawania społecznych nierówności w zdrowiu w grupie dzieci i młodzieży (tab. 2).

Tab. 2. Mechanizmy powstawania społecznych nierówności w zdrowiu w grupie dzieci i młodzieży

Kierunek interpretacji	Opis mechanizmów
Wpływ czynników materialnych	Dochody osiągnięte przez rodziców dziecka mają wpływ na jego sposób odżywiania się, warunki w jakich żyje, jak również na możliwości nauki, sposób spędzania wolnego czasu i rekreacji. Ponadto dochód rodziców warunkuje sąsiedztwo w jakim rodzina żyje, a przez to ma wpływ na zagrożenia związane z zanieczyszczeniem środowiska.

Tab. 2. cd. Mechanizmy powstawania społecznych nierówności w zdrowiu w grupie dzieci i młodzieży

Wpływ kultury i zachowań	Wszelkiego rodzaju wewnętrzne przekonania człowieka, a także pewne normy i wartości przez niego wyznawane zależą od przynależności do danej warstwy społecznej. Jednostki należące do niższych warstw społecznych częściej podejmują zachowania mogące negatywnie wpływać na zdrowie (używanie wyrobów tytoniowych, zbyt niski poziom aktywności fizycznej i nadużywanie alkoholu). W odniesieniu do dzieci i młodzieży kluczową rolę dla podejmowania przez nie zachowań zagrażających zdrowiu (lub niepodejmowaniu zachowań prozdrowotnych) odgrywają przekonania, normy i wartości rodziców.
Wpływ czynników psychospołecznych	Postrzeganie przez dzieci własnej pozycji społecznej jako niskiej jest efektem gorszych warunków do życia, dysfunkcji w rodzinie, a także braku wsparcia społecznego. Doprowadza to do życia w stresie, a w konsekwencji oddziałuje na funkcjonowanie organizmu jako całości lub jego poszczególnych układów.
Kumulacja czynników w cyklu życia	Wydarzenia i procesy, mające miejsce przed urodzeniem, a także w okresie dzieciństwa i adolescencji mogą oddziaływać na zdrowie w późniejszym cyklu życia, a także na zdolności i możliwości utrzymania zdrowia.
Uwarunkowania polityczne i systemowe	Relacje społeczne, jakość środowiska, dostęp do różnych dóbr i usług związane są z oddziaływaniem czynników o charakterze politycznym, makroekonomicznym oraz makrospołecznym. Dzieci pochodzące z rodzin mniej zamożnych mogą w związku z tym być bardziej narażone na niekorzystny wpływ makrosystemu.

Źródło: (Mazur, 2014).

Powyższe mechanizmy odpowiedzialne za powstawanie nierówności w zdrowiu mogą odnosić się w równym stopniu do grupy dzieci i młodzieży, jak również do populacji ogólnej (Mazur, 2014; Mazur, 2017).

Potwierdzenie wpływu społecznych determinant na podejmowane przez młodzież zachowania zdrowotne można znaleźć w licznych opracowaniach naukowych. Prowadzone badania dotyczą wpływu pojedynczych czynników (np. zamożności, wykształcenia), ich zestawu lub głębszego kontekstu (np. statusu społeczno-ekonomicznego) na podejmowane przez młodzież zachowania zdrowotne (Viner i in., 2012). Istnieje wiele dowodów na to, że uwarunkowania społeczne mają związek z zachowaniami zdrowotnymi młodzieży. Badanie przeprowadzone przez Dudka i Kasznię-Kocot (2016) objęło 391 uczniów w wieku od 12 do 19 lat. Autorzy wykazali, że młodzież wychowująca się w niepełnych rodzinach częściej podejmuje zachowania zagrażające zdrowiu, a dotyczy to szczególnie stosowania używek. Z kolei Gajewski i Małkowska-Szkutnik (2012) prowadzący badania na grupie 1551 nastolatków w wieku 15 lat wykazali, że złe relacje rodzinne przy jednoczesnych dobrych relacjach z rówieśnikami sprzyjają epizodom upijania się zarówno chłopców jak i dziewcząt, a w przypadku dziewcząt sprzyjają także paleniu papierosów. Witana i Szpak (2009) w grupie 1500 osób w wieku od 15 do 18 lat wykazali, iż poziom wykształcenia rodziców oraz posiadanie przez nich pracy ma istotny związek z wyższym poziomem aktywności fizycznej w grupie adolescentów. Do przeglądu literatury przygotowanego przez Hanson i Chen (2007) włączono badania oryginalne oceniające wpływ statusu społeczno-ekonomicznego na zachowania zdrowotne dzieci i

młodzieży w wieku od 10 do 21 lat. Autorki wykazały, iż młodzież pochodząca z rodzin o niższym statusie społeczno-ekonomicznym charakteryzowała się gorszą dietą, niższym poziomem aktywności fizycznej oraz częstszym paleniem papierosów niż adolescenty z rodzin o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym. Ponadto, polskie autorki przeprowadziły analizę danych z Eurostatu z lat 2005-2014, dotyczących ubóstwa i wykluczenia społecznego dzieci i młodzieży do 17 roku życia. Wykazały one, że dzieci i młodzież, których rodzice charakteryzują się niskim poziomem wykształcenia, są bardziej narażone na wykluczenie społeczne i ubóstwo (Genowska, Goworko-Składanek i Szafraniec, 2017). Olejnik, Roszko-Kirpsza, Marcinkiewicz i Maciorowska (2012) wykazały związek pomiędzy statusem prawnym, deficytem finansowym w rodzinie i wielodzietnością, a stanem odżywienia dzieci (n=592) do 14 roku życia. Autorki stwierdziły również, iż w rodzinach, które mają trudności z terminowym opłacaniem zobowiązań finansowych (np. czynszu) i w których brakuje środków finansowych na zakup żywności, odsetek niedożywionych dzieci jest najwyższy. Natomiast inni autorzy przeprowadzili badanie na grupie 1266 uczniów (688 chłopców i 578 dziewcząt) z liceum, technikum i szkół zawodowych, które wykazało, że w przypadku chłopców czynnikiem zwiększającym ryzyko wczesnej inicjacji seksualnej jest słabe wsparcie w środowisku rodzinnym oraz wysoki poziom jej zamożności. W przypadku dziewcząt głównym czynnikiem ryzyka wczesnej inicjacji seksualnej było zamieszkiwanie w dużym mieście (Izdebski, Wąż, Mazur, i Kowalewska, 2017). Z kolei Makara-Studzińska (2013) przeprowadziła badanie w grupie 100 osób w wieku od 14 do 18 lat, które podjęły co najmniej jedną próbę odebrania sobie życia. Autorka wykazała, iż do głównych uwarunkowań podejmowania przez młodzież prób samobójczych należą zaburzenia w relacjach społecznych i odczucie odrzucenia emocjonalnego przez rodziców, rówieśników oraz inne bliskie osoby. Ponadto sytuacja finansowa rodziny, bezrobocie wśród rodziców, a w konsekwencji obniżenie standardu życia mogą również przyczyniać się do wzrostu liczby prób samobójczych wśród nastolatków.

Istotny wpływ na zachowania zdrowotne adolescentów ma zamożność rodziny. Najnowsze badanie HBSC wykazało, że wyższy status materialny ma związek z większym spożyciem warzyw i owoców czy aktywnością fizyczną. Równocześnie wykazano, że dzieci z zamożniejszych rodzin częściej spożywają i nadużywają alkohol (Inchley i in., 2020; Mazur, 2015; Mazur i Małkowska-Szcutnik, 2018).

1.2.3. Znaczenie kompetencji zdrowotnych dla zdrowia i zachowań zdrowotnych

Angielski termin „health literacy” był niekiedy tłumaczony na język polski jako „alfabetyzm zdrowotny” lub „piśmienność zdrowotna”. Obecnie jednak najczęściej używa się terminu „kompetencje zdrowotne” (Cianciara, 2010). Pojęcie KZ zostało po raz pierwszy zastosowane w 1974 roku przez Simonsa w odniesieniu do działań związanych z edukacją zdrowotną w placówkach edukacyjnych (Simonds, 1974). Istnieje wiele definicji KZ, a różnice w ich definiowaniu związane są z kontekstem w jakim termin ten jest używany. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez ŚOZ, KZ określane są jako „umiejętności poznawcze i społeczne, które określają motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu, rozumienia i używania informacji, w sposób, który prowadzi do promocji i utrzymania dobrego zdrowia” (WHO, 1998).

KZ są odpowiedzialne za zwiększanie wiedzy i nabywanie umiejętności, dzięki którym budowana jest świadomość zdrowotna ludzi, a także kształtuje się autonomia w odniesieniu do podejmowanych decyzji w obrębie stylu życia i zachowań zdrowotnych. Wobec tego niski poziom KZ, poprzez ograniczenia w rozwoju osobistym, społecznym i kulturowym, może ostatecznie wpływać niekorzystnie na stan zdrowia jednostek i społeczeństwa (WHO, 1998).

Kluczowym momentem dla uwypuklenia i podkreślenia znaczenia KZ dla zdrowia ludzi (i PZ w ogóle) była IX Światowa Konferencja Promocji Zdrowia, która odbyła się w 2016 roku w Szanghaju. W deklaracji opracowanej w czasie Konferencji KZ uznano za kluczową determinantę zdrowia. Zgodnie z zapisami Deklaracji Szanghajskiej, KZ wymagają szczególnej uwagi ze względu na ich znaczenie dla wzmocnienia roli obywateli (empowerment), a przez to ich zaangażowanie w działania PZ w szerszej społeczności. ŚOZ wskazała również, że kształtowanie KZ jest procesem całościowym. W związku z tym w szkolnych programach nauczania należy uwzględnić strategie umożliwiające nabywanie i zwiększanie poziomu KZ (WHO, 2017).

KZ mogą być rozpatrywane w odniesieniu do zdrowia traktowanego holistycznie, albo w odniesieniu do poszczególnych obszarów i problemów zdrowotnych. Przykładowo, można wyróżnić KZ związane z odżywianiem (food literacy), aktywnością fizyczną (physical literacy) czy paleniem papierosów (smoking literacy) (Edwards, Bryant, Keegan, Morgan i Jones 2016; Page, Piko, Balazs i Struk, 2010; Oti, 2020). Na stronie internetowej poświęconej metodom pomiaru KZ (Health Literacy Tool Shed – HLTS) stworzonej przez Uniwersytet w Bostonie, obecnie dostępnych jest ok. 200 narzędzi do oceny KZ, a nadal powstają nowe (Boston University – strona internetowa, 2020). Przykładami najczęściej stosowanych narzędzi do pomiaru ogólnego poziomu KZ są Kwestionariusz Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych (European Health Literacy Survey Questionnaire; HLS-EU-Q) (Sörensen i in., 2013) oraz Health Literacy Questionnaire (HLQ) (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins, i Buchbinder, 2013). Przykładami narzędzi stosowanych do pomiaru KZ w określonych obszarach zdrowotnych są dla aktywności fizycznej - Perceived Physical Literacy Instrument (PPLI) (Choi, Sum, Leung i Ng, 2018), odżywiania - Food and Nutrition Literacy (FNLIT) (Doustmohammadian i in., 2017), palenia tytoniu - Smoking Media Literacy (SML) (Primack i in., 2006), zdrowia psychicznego - Mental Health-Promoting Knowledge (MHPK-10) (Bjørnsen, Eilertsen, Ringdal, Espnes, i Moksnes, 2017) oraz w odniesieniu do chorób nowotworowych - Cancer Literacy Test (CHLT-30) (Dumenci i in., 2014). Ponadto, można wskazać narzędzia stosowane do badań KZ w określonych grupach docelowych, np. adresowane głównie do dzieci (An Instrument for Measuring Health Literacy in Children – QUIGK-K) (Teufl, Vrtis i Felder-Puig, 2019), młodzieży (Media Health Literacy Measure – MHL) (Levin-Zamir, Lemish i Gofin. 2011), osób powyżej 65 roku życia (Demographic Assessment for Health Literacy – DAHL) (Hanchate, Ash, Gazmararian, Wolf i Paasche-Orlow, 2008), dorosłych z nadciśnieniem tętniczym (High Blood Pressure-Health Literacy Scale – HBP-HLS) (Kim i in., 2012) czy chociażby biorców przeszczepu nerek (Kidney Transplant Understanding Tool – K-TUT) (Rosaasen i in., 2017).

Badania wskazują, że KZ mogą mieć związek z zachowaniami zdrowotnymi, a w konsekwencji ze stanem zdrowia poszczególnych osób. Ran i in. (2018) objęli badaniem chińskich uczniów (n=1774) w wieku od 12 do 15 lat. Autorzy wykazali, że niski poziom KZ wśród uczniów jest związany z gorszą jakością życia. Natomiast badanie przeprowadzone przez inny zespół autorów wykazało, że osoby z niskim poziomem KZ częściej niestosują środków antykoncepcyjnych mających zapobiegać niechcianej ciąży (Thongnopakun, Pumpaibool i Somrongthong, 2018). Z kolei w badaniu przeprowadzonym w USA na grupie 250 uczniów (średnia wieku = 14 lat) udowodniono związek pomiędzy niskim poziomem KZ, a niższą samooceną stanu zdrowia, stosowaniem niezdrowej diety, większym wskaźnikiem masy ciała (Body Mass Index – BMI), częstszymi ryzykownymi zachowaniami seksualnymi oraz częstszym stosowaniem substancji psychoaktywnych (Park i in., 2017). Inni autorzy także potwierdzili, że niższy poziom KZ ma związek z wyższym wskaźnikiem BMI. Badaniem objęto grupę 235 uczennic w wieku od 13 do 15 lat (Olyani, Tehrani, Esmaily, Rezaii, i Vahedian-Shahroodi, 2017). Zespół autorów prowadzących badania w dużej grupie fińskich uczniów (n=3852) pomiędzy 13 i 15 rokiem życia wykazał, iż młodzież z wyższym poziomem KZ częściej uczęszczała na zajęcia związane z aktywnością fizyczną prowadzone w klubach sportowych (Paakkari, Kokko, Villberg, Paakkari i Tynjälä, 2017). Z kolei inni autorzy zrealizowali badanie, w którym udział wzięło 25 378 chińskich uczniów w wieku od 11 do 19 lat. Potwierdzili oni związek pomiędzy niskimi KZ wśród młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, a zwiększonym prawdopodobieństwem prób samookaleczenia się (Zhang, Tao, Wu, Tao i Fang, 2016).

Na przestrzeni lat wiele badań wykazało także zależność pomiędzy niskim poziomem KZ u młodzieży i zachowaniami mogącymi negatywnie wpływać na obecny lub przyszły stan zdrowia (Fleary, Joseph i Pappagianopoulos, 2018; Guntzviller, King, Jensen, i Davis, 2017; Nutbeam i Kickbush, 2000; Paakkari i in., 2019). Można więc stwierdzić, iż KZ mają istotny związek z zachowaniami zdrowotnymi podejmowanymi przez młodzież. Uzasadnia to podjęcie pogłębionej analizy tej zależności (Pelikan, Röthlin i Ganahl, 2012).

1.3. Dorastanie jako istotny moment w życiu człowieka

Według psychologów dorastanie to najtrudniejszy etap rozwoju człowieka, ponieważ młoda osoba wkracza w dorosłe życie, a w jej ciele i psychice zachodzą kluczowe zmiany, mające przystosować ją do dalszego życia i pełnionych ról. Trudności okresu dorastania wynikają zarówno ze skali jak i burzliwości zachodzących zmian (Ponczek i Olszowy, 2012a, 2012b). Rozwój człowieka w okresie adolescencji uwzględnia zmiany na kilku kluczowych płaszczyznach, takich jak kształtowanie się samodzielności w stosunku do rodziców i opiekunów, dokonywanie wyborów w kontekście edukacji oraz późniejszej pracy, przyjmowanie norm społecznych i moralnych, a także kształtowanie się tożsamości związanej z seksualnością (Zadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik, 2011).

Jak wskazuje Havighurst (1972) z okresem dorastania związanych jest 8 wyzwań. Zaliczamy do nich:

1. osiągnięcie dojrzałych więzi z rówieśnikami obojga płci;
2. ukształtowanie roli wynikającej z płci (męskiej lub żeńskiej);
3. zaakceptowanie własnego wyglądu oraz ciała, a także zdolność do efektywnego wykorzystania możliwości swojego ciała;
4. osiągnięcie stanu, który będzie charakteryzował się niezależnością uczuciową od rodziców oraz innych osób dorosłych;
5. przygotowanie do ról wynikających z małżeństwa oraz życia w rodzinie;
6. przygotowanie do rozwoju i kariery zawodowej, konsekwencją czego w późniejszym czasie będzie osiągnięcie niezależności ekonomicznej;
7. rozwijanie poglądów, sieci wartości oraz systemu etycznego, które wpływają na podejmowane zachowania;
8. dążenie i osiągnięcie postępowania, które w kontekście społecznym będzie uznawane za odpowiedzialne.

Dzięki skutecznej reakcji na te wyzwania młoda osoba kształtuje swoją tożsamość na płaszczyźnie osobowej i społecznej. Tożsamość osobowa związana jest z przyjęciem przez jednostkę przekonań, potrzeb, zainteresowań czy sposobu myślenia, które następnie prezentuje jako własne i identyfikuje się z nimi. Natomiast tożsamość społeczna związana jest z poszukiwaniem osób i przyporządkowaniem do grup społecznych o podobnych poglądach i zainteresowaniach. Będąc członkiem takiej grupy, młoda osoba identyfikuje się z nią, a także jest akceptowana przez pozostałych jej członków (Bardziejewska, 2005).

1.3.1. Definiowanie okresu dorastania

Wśród badaczy nie ma pełnej zgody, na jaki okres w życiu człowieka przypada dorastanie, definiowane również jako adolescencja lub wiek młodzieńczy. Według Zadwornej-Cieślak i Ogińskiej-Bulik (2011) w większości przypadków dorastanie można umiejscowić w przedziale wiekowym od 10 do 25 roku życia, a okres dorastania można podzielić na dwa etapy: wczesną oraz późną adolescencję. Większość badaczy uważa, że okres wczesnej adolescencji rozpoczyna się w 10-11 roku życia i kończy się około 15-16 roku życia. Od tego momentu, aż do osiągnięcia przez daną osobę wieku 20-25 lat mówimy o późnej adolescencji. Również według Oleszkowicz i Senejko (2011) możemy wyróżnić dwie podstawowe fazy dorastania: wczesną i późną. Według autorów wczesna faza dorastania obejmuje okres pomiędzy 10 a 16 rokiem życia, a późna okres od 17 do 22 lub 24 roku życia. Na rozbieżności w definiowaniu przedziału wiekowego typowego dla adolescencji zwróciła uwagę również ŚOZ. Zaleca ona unikanie arbitralnego określania wieku, w którym rozpoczyna się i kończy faza dorastania, gdyż zależy on od różnic społeczno-kulturowych i od rozwoju osobniczego jednostki (WHO: Adolescent Development – strona internetowa).

1.3.2. Wstępna charakterystyka wybranych zachowań zdrowotnych w okresie dorastania

W krajach rozwiniętych i rozwijających się coraz większym problemem jest nadwaga i otyłość. Działania prowadzące do poprawy sposobu odżywiania się, a w efekcie zmniejszenia występowania nadwagi i otyłości uwzględniono w kolejnych edycjach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) w Polsce (NPZ 2007-2015; NPZ 2016-2020; NPZ 2021-2025). Według ŚOZ nadwagę stwierdza się u ok. 39% osób powyżej 18 roku życia na świecie (WHO: Overweight and Obesity – strona internetowa). Wśród ludzi młodych, nadwaga występuje rzadziej niż wśród osób dorosłych, jednak w ciągu ostatnich lat także wśród dzieci i młodzieży obserwuje się coraz częstsze występowanie nadwagi (WHO, 2016). W niektórych krajach, np. w Korei Południowej, liczba dzieci z nadwagą i otyłością przyrasta lawinowo (Soyoung i in., 2013). Według szacunków ŚOZ, w Polsce nadwaga może dotyczyć nawet 65% populacji w wieku powyżej 18 roku życia (WHO: Overweight and Obesity – strona internetowa). Z kolei według badania HBSC z 2014 roku, w Polsce nadwagę miało 15,4% chłopców i 5,5% dziewcząt, a otyłość 3% chłopców i 0,8% dziewcząt w wieku 15 lat (Mazur, 2015). Warto zaznaczyć, że wyniki badań HBSC z 2018 roku wskazują na wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości wśród piętnastoletnich chłopców (odpowiednio 19% i 4,1%) oraz dziewcząt (odpowiednio 6,4% i 1,6%) (Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018). Jako kluczowe przyczyny, wpływające na zwiększenie występowania nieprawidłowej masy ciała wśród uczniów, wskazuje się przede wszystkim nawyki żywieniowe, a także zbyt niską aktywność fizyczną (Sobolewska, Rumińska i Pyrżak, 2018).

1.3.2.1. Aktywność fizyczna

W przypadku dzieci i młodzieży, szansą utrzymania aktywności fizycznej przynajmniej na minimalnym poziomie są obowiązkowe szkolne zajęcia z wychowania fizycznego. Niestety, jak donosi Zięba-Kołodziej (2012), coraz więcej uczniów próbuje uchylać się od tego obowiązku. Według tej autorki, 15% młodzieży uczęszczało tylko na minimalną wymaganą do klasyfikacji liczbę zajęć z wychowania fizycznego, a 11% osób przedstawiło zwolnienie lekarskie z zajęć. Ponadto, poważnym problemem jest brak aktywności fizycznej młodych ludzi po zajęciach szkolnych. Według Chabros i in. (2008) w Polsce jedynie 38,6% chłopców i 34,7% dziewcząt w wieku od 11 do 15 lat uprawia aktywność fizyczną poza zajęciami lekcyjnymi, a z wiekiem ten odsetek maleje. Także wyniki badania HBSC z 2018 roku wskazują, że jedynie 17,2% młodzieży spełnia zalecenia ŚOZ co do liczby dni w tygodniu, w trakcie których podejmują umiarkowaną aktywność fizyczną (Moderate-to-Vigorous Physical Activity – MVPA). Ponadto, umiarkowaną aktywność fizyczną podejmuje codziennie tylko 13,3% piętnastoletków. Największą była grupa uczniów, którzy wykazywali taką aktywność 2-4 dni w tygodniu (49,4%). Codzienna intensywna aktywność fizyczna (Vigorous Physical Activity – VPA) była podejmowana przez 10,1% uczniów w wieku 15 lat, 4 do 6 razy w tygodniu przez 18% badanych. Najczęściej jednak intensywną aktywność fizyczną obserwowano 2 do 3 razy w tygodniu (33,2%) (Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018). Jak dowodzi Zięba-Kołodziej (2012), młodzież chętniej spędza wolny czas na przykład na słuchaniu muzyki, oglądaniu telewizji czy korzystaniu z komputera niż na aktywności fizycznej. Także Bochenek i Grabowiec (2013)

wskazują, że młodzież licealna preferuje bierne formy spędzania wolnego czasu. W przypadku chłopców jest to najczęściej korzystanie z komputera i internetu (średnio 17 godz. i 10 min tygodniowo) oraz oglądanie telewizji (średnio 9 godz. i 40 min tygodniowo). Wśród dziewcząt także najpopularniejszym sposobem spędzania wolnego czasu jest korzystanie z komputera i internetu (średnio 10 godz. i 50 min tygodniowo). Poza tym poświęcają one bardzo dużo czasu na słuchanie muzyki (średnio 8 godz. i 20 min tygodniowo). W badaniu przeprowadzonym wśród uczniów do 18 roku życia Mendyk i in. (2017) wykazali, że czas jednorazowo przeznaczony na aktywność fizyczną wynosił najczęściej od 30 do 60 minut (47,3%) lub poniżej pół godziny (27,7%). Według Kozłowskiej, Kowalczyk i Marzec (2015) 86,2% uczniów liceum podejmuje jakąś formę aktywności fizycznej co najmniej raz w tygodniu, ale tylko 44,4% ćwiczy przez okres od 30 do 60 minut.

1.3.2.2. Zwyczaje żywieniowe

Badanie przeprowadzone przez Ziębę-Kołodziej (2012) wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych wykazało u nich nieprawidłowe nawyki żywieniowe, a co za tym idzie problemy w utrzymaniu prawidłowej masy ciała. Według autorki, młodzież charakteryzuje duża niedbałość w stosowaniu się do zasad właściwego odżywiania; aż 40% osób z tej grupy nie zjada śniadań, a 32% kolacji. Ponadto w codziennej diecie młodzieży uczącej się brakuje warzyw i owoców, za to powszechne jest spożywanie produktów typu fast food. Autorka wskazuje także na niepokojące zjawisko, jakim jest suplementacja witamin i minerałów przy pomocy produktów syntetycznych, zamiast konsumpcji owoców i warzyw. Wśród młodzieży ponadgimnazjalnej powszechne jest także spożywanie mocnej kawy (24%) oraz nadmierna podaż cukru (38%), szczególnie w postaci słodyczy. Samoocena nawyków żywieniowych wykazała, że aż 52% respondentów określiło swoje nawyki żywieniowe jako niezdrowe i potwierdziło, że powinny one ulec zmianie. Podobne wyniki uzyskały Ponczek i Olszowy (2012a, 2012b). Autorki przeprowadziły badanie na grupie 104 uczniów szkół średnich. Okazało się, że tylko niespełna 1/3 badanych włącza do swojej codziennej diety warzywa i owoce. Z drugiej strony aż 35% ankietowanych przyznaje, że codziennie spożywa słodycze. Natomiast śniadanie zjada tylko 53% badanych. Ponadto, badanie wykazało, że u 15,5% respondentów występowała nadwaga, a u 2% otyłość. Aż 40% respondentów oceniło swoje nawyki żywieniowe jako niezgodne z zasadami zdrowej diety. Podobne problemy ujawniło także badanie Bochenek i Grabowiec (2013) przeprowadzone na grupie 324 uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Okazało się, że 82,4% chłopców, ale tylko 48,9% dziewcząt spożywa codziennie śniadanie. Natomiast według Sygit i in. (2019), spożywanie 4 lub większej liczby posiłków w ciągu dnia można zaobserwować u 44,42% uczniów szkół średnich. Badanie opublikowane przez Orkusz i Babiarz (2015) wykazało, że 4 lub więcej posiłków dziennie spożywa 78,5% uczniów szkół średnich. Ponadto, duża część uczniów spożywała posiłki nieregularnie lub wręcz je pomijało. Co więcej aż 34,5% respondentów co najmniej raz w tygodniu spożywało pokarmy typu fast food. Podobne wyniki uzyskały później inne polskie autorki. Według nich w zależności od przedziału wiekowego młodzieży szkolnej, żywność typu fast food spożywało co najmniej 2 razy w tygodniu od 16,22 do 23,63% osób. Ponadto, codzienne spożycie

warzyw i owoców deklarowało średnio odpowiednio 47,55% i 57,47% respondentów (Myszkowska-Ryciak, Harton, Lange, Laskowski i Gajewska, 2019). Z kolei badanie HBSC wykazało, że co najmniej raz dziennie warzywa konsumuje jedynie 34,2%, a owoce 33,0% uczniów w wieku 15 lat (Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018).

1.3.2.3. Konsumpcja alkoholu

Według raportu przygotowanego przez Szafraniec (2011) na zlecenie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów w 2011 roku średni wiek inicjacji alkoholowej młodzieży w Polsce wynosił 14 lat, chociaż niektórzy badacze wskazują, że wiek ten może wynosić nawet 12 lat (Zięba-Kołodziej, 2012). Wyniki przedstawione przez inny zespół badawczy wykazały, że spożywanie alkoholu zadeklarowało 53% ankietowanych w wieku od 16 do 19 lat (częściej chłopcy niż dziewczęta; 64% vs 47%). Spośród osób deklarujących spożywanie alkoholu, 69% piło alkohol rzadziej niż raz w tygodniu, 26% raz w tygodniu, a kilka razy w tygodniu 5% (Wojtyła-Buciora i in., 2012). Badanie przeprowadzone przez Ponczek i Olszowy (2012a, 2012b) wykazało, że 98% licealistów przynajmniej raz w życiu spożywało alkohol, a ok. 29% pije alkohol przynajmniej raz w tygodniu. W badaniu wśród uczniów szkół średnich i zawodowych przeprowadzonym przez Ziębę-Kołodziej (2012) wykazano, że w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie co najmniej raz alkohol piło 26% uczniów. Natomiast według badania EPSAD z 2019 przeprowadzonego wśród uczniów w wieku od 17 do 18 lat wykazano, że inicjację alkoholową miało już za sobą 92,8%, a napoje alkoholowe w ciągu 30 dni przed sondażem spożywało 76,1% z tej grupy. Co zaskakujące, brak jest znaczącej różnicy pomiędzy wiekiem inicjacji alkoholowej wśród chłopców i dziewcząt. Było to szczególnie widoczne w dwóch ostatnich edycjach badania ESPAD z 2015 oraz 2019 roku (ESPAD, 2015; Sierosławski, 2015; Sierosławski, 2020). Badania mokotowskie wykazały, że inicjację alkoholową przeszło 59,6% piętnastolatków, a 28% spośród nich konsumowało napoje alkoholowe w ciągu miesiąca poprzedzającego sondaż (Ostaszewski, 2017). Z kolei inne badanie przeprowadzone wśród polskich nastolatków (wiek od 13 do 17 lat) wykazało, że alkohol przynajmniej raz w życiu spożywało 54,39% uczniów, a w tej grupy codzienne spożycie alkoholu zadeklarowało aż 16,06% ankietowanych (Nowak, Papiernik, Mikulska i Czarkowska-Paczek, 2018). Natomiast badanie HBSC ujawniło, że inicjację alkoholową przeszło już 63,4% polskich piętnastolatków, a 34,7% z nich spożywało alkohol przynajmniej raz w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie. Ponadto, blisko ¼ osób wieku 15 lat upiła się przynajmniej raz w swoim życiu (Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018).

1.3.2.4. Palenie papierosów

Badanie przeprowadzone przez Wojtyłę-Buciorę i in. (2012) na grupie 1100 licealistów ujawniło, że papierosy paliło 14% respondentów. Wśród chłopców ten odsetek wynosił 22%, a wśród dziewcząt 10%. Połowa palaczy paliła papierosy codziennie, a 31% z nich także w szkole. Autorzy stwierdzili, że pomimo wysokiej świadomości szkodliwych skutków palenia (96% badanych), młodzież chętnie eksperymentuje z paleniem. Z kolei Ponczek i Olszowy (2012a, 2012b) wykazały, że 72% licealistów miało za sobą próby palenia tytoniu, 68% deklarowało się jako osoby obecnie niepalące, a codzienni palacze stanowili 10%

badanej grupy. Według Zięby-Kołodziej (2012) 17% uczniów deklaruowało palenie papierosów w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie. Obserwacje te potwierdziło badanie HBSC z 2018 roku. Ujawniło ono, że do regularnego palenia przyznaje się 10,3% piętnastolatków (Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018). Należy jednak zauważyć, że w poprzedniej edycji badania z 2014 roku regularnie palących w tej grupie było 15,1% osób (Mazur, 2015). Wyniki badań mokotowskich (n=720) ujawniły, że inicjację nikotynową miało za sobą 23,4% piętnastolatków, a 17,3% z ogólnej populacji objętej badaniem paliło papierosy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed sondażem (Ostaszewski, 2017). Z kolei Smith i in. (2019) stwierdzili, że odsetek uczniów szkół średnich kiedykolwiek palących papierosy wynosi 72%. Badaniem objęto uczniów w wieku od 15 do 19 lat z 2 województw na terenie Polski. Według badania ESPAD w grupie wiekowej od 15 do 16 lat odsetek polskich uczniów kiedykolwiek palących papierosy wynosił 49,9%. Wśród nich 23% używało wyrobów tytoniowych w ciągu ostatnich 30 dni. Natomiast w grupie wiekowej od 17 do 18 lat do co najmniej jednego epizodu palenia papierosów przyznało się 65,5% osób, a w poprzedzającym miesiącu papierosy paliło 35,5% respondentów z tej grupy (Sierosławski, 2020). Powodem spadku zainteresowania młodzieży wyrobami tytoniowymi może być wzrost częstości korzystania z elektronicznych papierosów (e-papierosów) i innych form dostarczania nikotyny, takich jak podgrzewacze tytoniu. Te ostatnie, często są postrzegane jako mniej szkodliwe niż tradycyjne wyroby tytoniowe (Merks i in., 2016; Wężyk-Caba, Kaleta, Zajdel, Balwicki i Świątkowska, 2022).

1.3.2.5. Używanie e-papierosów

Dopiero od 5 sierpnia 2016 obowiązuje wersja Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych ustawa (Ustawa z dnia 22 lipca 2016 r.), która narzuca podobne ograniczenia na e-papierosy jak w przypadku innych wyrobów tytoniowych (Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r.). Do tego czasu w Polsce istniała luka prawna w odniesieniu do stosowania e-papierosów. Były one dostępne w zasadzie bez ograniczeń, również przez internet, dla wszystkich osób, w tym młodzieży poniżej 18 r.ż. W efekcie, palenie e-papierosów stało się modne i powszechne wśród ludzi młodych (Merks i in., 2016). W 2014 roku Federacja Konsumentów opublikowała raport na temat używania e-papierosów w Polsce. Wynikało z niego, że e-papierosy kiedykolwiek używało ponad 46,0% ankietowanych. Podobną częstość stwierdzono w przypadku konwencjonalnych wyrobów tytoniowych, co pokazuje skalę popularności e-papierosów (Federacja Konsumentów, 2014). W badaniu przeprowadzonym przez Smith i in. (2019) ujawniono, że wśród młodzieży w przedziale wiekowym od 15 do 19 lat 7% miało za sobą epizod korzystania z e-papierosów, ale nie klasycznych papierosów. Natomiast co najmniej jednokrotne użycie e-papierosów i papierosów tradycyjnych deklaruowało 45% respondentów. Z kolei Wężyk-Cabała i in. (2022) wykazali, że przynajmniej raz w życiu z e-papierosów skorzystało 57,82% ankietowanych w wieku od 13 do 18 lat.

2. Cel pracy

Głównym celem pracy jest ocena uwarunkowań zachowań zdrowotnych uczniów szkół średnich z terenu Małopolski. Ocenie poddano występowanie poszczególnych zachowań zdrowotnych. Analizą objęto zachowania żywieniowe, aktywność fizyczną, konsumpcję alkoholu, palenie tytoniu oraz stosowanie e-papierosów. Następnie dokonano oceny związku występowania zachowań zdrowotnych z czynnikami społeczno-demograficznymi i kompetencjami zdrowotnymi. Czynniki społeczno-demograficzne uwzględnione w analizie obejmowały płeć, wiek, miejsce zamieszkania i typ szkoły do której uczęszczali badani, a także wykształcenie rodziców, status ich związku oraz samoocenę sytuacji materialnej rodziny respondenta.

2.1. Pytania badawcze

W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

Jak kształtują się zachowania zdrowotne uczniów szkół średnich w obszarach związanych z aktywnością fizyczną, odżywianiem, spożywaniem alkoholu, paleniem papierosów oraz używaniem e-papierosów?

Czy istnieje zależność pomiędzy płcią respondentów i zachowaniami zdrowotnymi?

Czy istnieje zależność pomiędzy wiekiem uczestników badania i zachowaniami zdrowotnymi?

Czy istnieje zależność pomiędzy typem szkoły do której uczęszczają respondenci i ich miejscem zamieszkania a zachowaniami zdrowotnymi?

Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem wykształcenia rodziców uczestników badania i zachowaniami zdrowotnymi?

Czy istnieje zależność pomiędzy statusem związku rodziców respondentów i zachowaniami zdrowotnymi?

Czy istnieje zależność pomiędzy sytuacją materialną rodziny uczniów małopolskich szkół średnich i zachowaniami zdrowotnymi?

Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem KZ uczestników badania i zachowaniami zdrowotnymi?

2.2. Hipotezy badawcze

Na podstawie powyższych pytań badawczych sformułowano następujące hipotezy:

Płeć męska ma związek z częstszym stosowaniem używek, mniej zdrowymi zachowaniami żywieniowymi oraz wyższym poziomem aktywności fizycznej.

Wyższy wiek wiąże się z częstszym stosowaniem używek, mniej zdrowymi zachowaniami żywieniowymi oraz niższym poziomem aktywności fizycznej.

Uczęszczanie do liceum sprzyja rzadszemu stosowaniu używek, zdrowszym zachowaniom żywieniowym oraz nie wykazuje związku z podejmowaniem aktywności fizycznej.

Zamieszkiwanie na wsi nie wykazuje związku ze stosowaniem używek, ale wiąże się z mniej zdrowymi zachowaniami żywieniowymi oraz niższym poziomem aktywności fizycznej.

Wyższe wykształcenie rodziców ma związek z rzadszym stosowaniem używek, zdrowszymi zachowaniami żywieniowymi oraz wyższym poziomem aktywności fizycznej.

Pozostawanie rodziców respondenta w związku małżeńskim ma związek z rzadszym stosowaniem używek przez uczniów, zdrowszymi zachowaniami żywieniowymi, ale nie wykazuje związku z poziomem aktywności fizycznej.

Lepsza sytuacja materialna rodziny wiąże się z częstszym stosowaniem używek, zdrowszymi zachowaniami żywieniowymi oraz wyższym poziomem aktywności fizycznej.

Wyższy poziom KZ sprzyja rzadszemu stosowaniu używek, zdrowszym zachowaniom żywieniowym oraz wyższemu poziomowi aktywności fizycznej.

3. Grupa objęta badaniem i metody badawcze

3.1. Teren i okres badania

Badanie polegało na przeprowadzeniu sondażu diagnostycznego metodą wywiadu bezpośredniego z użyciem papierowego formularza na którym respondent udzielał odpowiedzi (Paper & Pen Personal Interview; PAPI). W okresie od 27.09.2017 r. do 31.10.2017 r. w sondażu wzięli udział uczniowie szkół średnich z terenu województwa małopolskiego. Szkoły i klasy, które objęto badaniem wyłoniono metodą losowania dwustopniowego, zespołowego z rozróżnieniem na położenie szkoły (Kraków, poza Krakowem). Lista placówek edukacyjnych została przygotowana na podstawie danych pozyskanych z Kuratorium Oświaty w Krakowie (Kuratorium Oświaty – strona internetowa). W pierwszym etapie (czerwiec 2017 roku) zostało wylosowanych 20 szkół średnich z terenu województwa małopolskiego, po 10 placówek z Krakowa oraz 10 spoza Krakowa. W grupie szkół objętych badaniem znalazło się 15 liceów i 5 szkół technicznych. W pierwszym tygodniu lipca 2017 roku do Dyrekcji wytypowanych szkół wystosowano pisma z prośbą o wyrażenie zgody na objęcie uczniów danej szkoły badaniem. Do końca lipca 2017 roku otrzymano 9 zgód. W przypadku 11 szkół Dyrekcja nie odpowiedziała na wysłaną korespondencję lub bez podania przyczyny nie wyraziła zgody na realizację badania. Spośród 9 placówek, które wyraziły zgodę na udział w badaniu, 4 były zlokalizowane w Krakowie, a 5 poza Krakowem. Poniżej przedstawiono listę szkół objętych badaniem:

1. XXIV Liceum Ogólnokształcące im. Jana Pawła II w Krakowie, ul. Wilhelma "Wilka" Wyrwińskiego 1, 31-517 Kraków
2. VIII Liceum Ogólnokształcące im. Stanisława Wyspiańskiego w Krakowie, ul. Grzegórzecka 24, 31-531 Kraków
3. XV Liceum Ogólnokształcące im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie, al. Adolfa Dygasińskiego 15, 30-820 Kraków
4. Zespół Szkół Ekonomicznych w Krakowie, Technikum Ekonomiczno-Hotelarskie nr 4, ul. Kapucyńska 2, 31-113 Kraków
5. II Liceum Ogólnokształcące im. Krzysztofa Kamila Baczyńskiego w Chrzanowie, ul. Kardynała Wyszyńskiego 19, 32-500 Chrzanów
6. I Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Kościuszki w Myślenicach, ul. Jagiellońska 8, 32-400 Myślenice
7. Liceum Ogólnokształcące nr I im. Marii Skłodowskiej-Curie w Suchej Beskidzkiej, ul. Płk Tadeusza Semika 1, 34-200 Sucha Beskidzka
8. II Liceum Ogólnokształcące im. Ziemi Olkuskiej w Olkuszu, ul. Żeromskiego 1, 32-305 Olkusz
9. Zespół Szkół Technicznych im. Wincentego Witosa w Gorlicach, ul. Józefa Michalusa 6, 38-300 Gorlice

W losowaniu drugiego stopnia (wrzesień 2017 roku) wyłoniono klasy, w których zostanie przeprowadzone badanie. Przed losowaniem drugiego stopnia miała miejsce konsultacja z Dyrekcją w celu ustalenia aktualnej liczby klas oraz potwierdzenia możliwości przeprowadzenia badania w poszczególnych klasach.

3.2. Grupa objęta badaniem

Badaniem objęto młodzież w wieku od 15 do 20 lat uczęszczająca do szkół średnich na terenie województwa małopolskiego. Ostatecznie, w grupie badanej znalazło się 1016 uczniów ze szkół średnich z terenu Krakowa oraz z innych miejscowości na terenie województwa małopolskiego. Kryteria włączenia do badania były następujące:

- wyrażenie zgody na wzięcie udziału w badaniu,
- w przypadku osoby niepełnoletniej zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w badaniu,
- wiek od 15 do 20 lat,
- miejsce zamieszkania i pobierania nauki na terenie województwa małopolskiego.

Osoby niespełniające powyższych kryteriów były wyłączone z badania.

3.3. Metody badawcze i sposób realizacji badania

Badanie polegało na przeprowadzeniu sondażu diagnostycznego metodą PAPI przy użyciu zintegrowanego kwestionariusza ankiety składającego się z zestawu standaryzowanych narzędzi badawczych poszerzonych o autorski kwestionariusz osobowy. W badaniu zostały wykorzystane następujące narzędzia badawcze: HLS-EU-Q (Doyle, Cafferkey i Fullam, 2012; Sörensen i in., 2013), Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia - wersja B (Multidimensional Health Locus of Control Scale-B, MHLC-B) (Juczyński, 2012; Wallston, Wallston, i De Vellis, 1978) oraz pytania dotyczące zachowań zdrowotnych zaczerpnięte z kwestionariusza opracowanego w ramach badania HBSC (Mazur, 2015).

Kwestionariusz HLS-EU-Q w wersji podstawowej składa się z 47 pytań i został opracowany w ramach międzynarodowego projektu European Health Literacy Survey realizowanego przez partnerów z 8 krajów europejskich: Holandii, Grecji, Irlandii, Austrii, Polski, Hiszpanii, Bułgarii oraz Niemiec. Polskę w projekcie reprezentował Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego. Osoba wypełniająca kwestionariusz odpowiada na pytania dotyczące trudności jakie respondentowi sprawiają określone czynności związane z posługiwaniem się informacją zdrowotną, przyznając w poszczególnych pytaniach punkty od 1 do 4, gdzie wartości oznaczają: 4 = „bardzo łatwe”, 3 = „łatwe”, 2 = „trudne”, 1 = „niemożliwe”. Brak odpowiedzi na dane pytanie lub odpowiedź „trudno powiedzieć / nie dotyczy” była traktowana jako wartość brakująca. Następnie wynik oblicza się za pomocą wzoru $wskaźnik\ KZ = (\text{średnia} - 1) * \frac{50}{3}$, gdzie „średnia” oznacza wartość średnią dla wszystkich odpowiedzi udzielonych w kwestionariuszu. Ostateczny wynik przyjmuje wartości od 0 do 50. Wskaźnika KZ nie uwzględniano w analizie jeśli liczba brakujących wartości dla danego respondenta przekraczała 20%.

Poziom wskaźnika KZ poddano kategoryzacji wg zaleceń zespołu, który opracował kwestionariusz HLS-EU-Q wyróżniając następujące kategorie KZ: nieadekwatne (0-25), problematyczne (>25 – 33), wystarczające (>33 – 42) oraz doskonale (>42) (Sörensen i in., 2013).

Zachowania zdrowotne uczniów szkół średnich zostały zbadane przy zastosowaniu pytań zawartych w kwestionariuszu badania HBSC. Pytania te dotyczyły takich aspektów jak stopień aktywności fizycznej, dieta (spożywanie śniadań, warzyw, owoców, spożywanie produktów typu fast food), stosowanie używek (alkohol, papierosy, narkotyki), zachowania seksualne (wiek inicjacji seksualnej, stosowanie prezerwatyw) oraz sposób spędzania wolnego czasu (w tym korzystanie z internetu i urządzeń elektronicznych). Ponadto, w pracy wykorzystano pytania o samoocenę zdrowia osób objętych badaniem (Mazur, 2015). Zgodę na wykorzystanie pytań uzyskano od Prof. Joanny Mazur, koordynatorki polskiej części badania HBSC.

Autorski kwestionariusz osobowy składał się z pytań odnoszących się do płci, wieku, wzrostu, masy ciała, miejsca nauki, klasy, miejsca zamieszkania, osób współmieszkających, źródeł utrzymania, dóbr posiadanych przez rodzinę i respondenta.

Udział w sondażu był dobrowolny i anonimowy. W dniu przeprowadzenia badania (lub w dniach poprzedzających), ale przed samym jego rozpoczęciem respondenci podpisali zgody na udział w badaniu oraz oświadczenia o ochronie danych osobowych. Ponadto, w tym samym czasie respondenci zostali poinformowani o celu badania oraz prawie do rezygnacji z udziału w dowolnym momencie, bez konieczności podawania przyczyn. W przypadku respondentów w wieku poniżej 18 roku życia warunkiem udziału w sondażu było uzyskanie zgody rodzica lub prawnego opiekuna dziecka. W pierwszym tygodniu września 2017 roku, czyli przed planowanym terminem badania, dostarczono do szkół formularze zgody na udział niepełnoletniej młodzieży w badaniu. Następnie na pierwszym zebraniu dla rodziców (wrzesień 2017 rok) formularze zostały przekazane przez wychowawców klas lub pedagoga szkolnego rodzicom niepełnoletnich dzieci. Do wzoru zgody dla rodziców została również dołączona informacja dotycząca celu i zakresu badania. Po zapoznaniu się z powyższymi dokumentami rodzice niepełnoletniej młodzieży podejmowali decyzję o wyrażeniu zgody lub odmowie objęcia ich dziecka badaniem. Podpisane przez rodziców zgody zostały odebrane ze szkół w dniach poprzedzających rozpoczęcie badania.

Projekt badania otrzymał akceptację Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (decyzja nr KBET/193/B/2014 z dn. 25 września 2014 r.).

3.4. Analiza statystyczna

3.4.1. Podstawowe założenia analizy statystycznej

Analizę danych przeprowadzono przy użyciu programu Statistica v. 13 PL (StatSoft, Tulsa, USA). Dla zmiennych jakościowych i ilościowych uwzględnionych w analizie obliczono podstawowe statystyki opisowe w postaci średniej i odchylenia standardowego.

Analizą statystyczną objęto zmienne odzwierciedlające zachowania zdrowotne w 5 obszarach: aktywności fizycznej, odżywiania, spożywania alkoholu, palenia papierosów i używania e-papierosów. Do zweryfikowania hipotez dotyczących niezależności zmiennych jakościowych wykorzystano test χ^2 Pearsona lub dokładny test Fishera, jeśli miał on zastosowanie. Przy pomocy tego testu oceniano związek zmiennych społeczno-demograficznych takich jak płeć, wiek, typ szkoły respondenta, miejsce zamieszkania, sytuację materialną rodziny, status związku i wykształcenie rodziców z zachowaniami zdrowotnymi uczestników badania.

Na potrzeby niniejszej analizy ze względu na małe liczebności niektórych kategorii odpowiedzi dokonano ich połączenia. W efekcie w analizie wykorzystywano zwykle zmienne jakościowe posiadające 2 lub 3 kategorie (tab. 3, tab. 4). Przy grupowaniu zmiennych kierowano się liczebnością poszczególnych kategorii oraz wyodrębnieniem kategorii o kluczowym znaczeniu dla postawionego pytania.

Przy użyciu testu Shapiro-Wilka przeprowadzono ocenę zgodności rozkładu zmiennych ilościowych z rozkładem normalnym. Analiza wykazała, że zmienna wyrażająca poziom KZ na podstawie kwestionariusza HLS-EU-Q47 nie przyjmuje rozkładu normalnego. Z tego względu w zależności od liczby kategorii zmiennych grupujących do oceny różnic poziomu KZ pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zachowań zdrowotnych zastosowano testy nieparametryczne U Manna-Whitney'a lub Kruskala-Wallisa. W pracy przyjęto za istotny statystycznie poziom $p < 0,05$.

3.4.2. Kodowanie zmiennych

Na potrzeby analizy statystycznej czynniki potencjalnie determinujące zachowania zdrowotne zostały przekodowane i pogrupowane zgodnie z informacjami zawartymi w tab. 3.

Tab. 3. Sposób kodowania i grupowania kategorii zmiennych wykorzystanych do oceny uwarunkowań zachowań zdrowotnych.

Zmienna wyjściowa	Pierwotne opcje odpowiedzi	Sposób kodowania
Płeć	mężczyzna	0
	kobieta	1
Wiek	15 lat	0
	16 lat	0
	17 lat	1
	18 lat	2
	19 lat	2
	20 lat	2
Miejsce pobierania nauki	technikum	0
	liceum	1
Miejsce zamieszkania	wieś	0
	miasto poniżej 10 tys. mieszkańców	1
	miasto od 10 tys. do 100 tys. mieszkańców	1
	miasto od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców	1
	miasto od 200 tys. do 400 tys. mieszkańców	1
	miasto powyżej 400 tys. mieszkańców	2
	odmowa podania	WB
Wykształcenie ojca	podstawowe	0
	zasadnicze zawodowe	0
	średnie	1
	wyższe	2
	odmowa podania	WB
Wykształcenie matki	podstawowe	0
	zasadnicze zawodowe	0
	średnie	1
	wyższe	2
	odmowa podania	WB
Status związku rodziców	małżeństwo	0
	konkubinat	1
	po rozwodzie lub w separacji	1
	jedno z rodziców/opiekunów nie żyje	1
	obydwoje rodzice/opiekunowie nie żyją	1
	odmowa podania	WB
Sytuacja materialna w gospodarstwie domowym	bardzo dobra	0
	dobra	1
	średnia	1
	zła	1
	bardzo zła	1
	odmowa podania	WB

*WB – wartość brakująca

Sposób grupowania zmiennych odzwierciedlających zachowania zdrowotne respondentów przedstawiono w tab. 4.

Tab. 4. Sposób łączenia kategorii zmiennych związanych z zachowaniami zdrowotnymi.

Zmienna wyjściowa	Pierwotne opcje odpowiedzi	Sposób kodowania
Regularne uprawianie sportu lub innej aktywności fizycznej	nie	0
	tak	1
	odmowa odpowiedzi	WB
Dzienna aktywność fizyczna	brak aktywności fizycznej	0
	mniej niż 15 minut	0
	15-30 minut	0
	30-60 minut	1
	powyżej 60 minut	1
Liczba posiłków (dziennie)	1 posiłek	0
	2 posiłki	0
	3 posiłki	0
	4 posiłki	0
	5 lub więcej posiłków	1
	odmowa odpowiedzi	WB
Spożywanie posiłków o stałych porach	nie	0
	tak	1
	odmowa odpowiedzi	WB
Spożywanie warzyw i owoców	co najmniej raz dziennie	0
	kilka razy w tygodniu, ale nie codziennie	0
	kilka razy w miesiącu, ale nie w każdym tygodniu	1
	nie spożywam posiłków typu fast food	1
	odmowa odpowiedzi	WB
Wykształcenie ojca/matki	podstawowe	0
	zasadnicze zawodowe	0
	średnie	1
	wyższe	2
	odmowa podania	WB
Spożywanie alkoholu – kiedykolwiek	nie	0
	tak	1
	odmowa odpowiedzi	WB
Spożywanie alkoholu – kiedy ostatnio	w ciągu ostatniego tygodnia	0
	w ciągu ostatniego miesiąca	1
	w ciągu ostatnich trzech miesięcy	1
	w ciągu ostatniego roku	1
	ponad rok temu	1
Palenie papierosów – kiedykolwiek	nie	0
	tak	1
	odmowa odpowiedzi	WB
Palenie papierosów – kiedy ostatnio	w ciągu ostatniego tygodnia	0
	w ciągu ostatniego miesiąca	1
	w ciągu ostatnich trzech miesięcy	1
	w ciągu ostatniego roku	1
	ponad rok temu	1
odmowa odpowiedzi	WB	
Używanie e-papierosów – kiedykolwiek	nie	0
	tak	1
	odmowa odpowiedzi	WB
Używanie e-papierosów – kiedy ostatnio	w ciągu ostatniego tygodnia	0
	w ciągu ostatniego miesiąca	1
	w ciągu ostatnich trzech miesięcy	1
	w ciągu ostatniego roku	1
	ponad rok temu	1
odmowa odpowiedzi	WB	

*WB – wartość brakująca

4. Wyniki

4.1. Charakterystyka grupy objętej badaniem

Badaniem objęto 1016 respondentów, a charakterystykę grupy objętej badaniem przedstawiono w tab. 5. Kobiety stanowiły 62,89% (n=639). Najliczniejszą grupą wiekową były osoby mające w momencie badania ukończone 17 (33,66%; n=342), 16 (28,25%; n=287) oraz 18 lat (27,46%; n=279). Do liceum uczęszczało 77,56% badanych (n=788), natomiast technikum, jako miejsce pobierania nauki, wskazało 22,44% respondentów (n=228). Uczniami klasy pierwszej było 32,09% osób objętych badaniem (n=326). Natomiast do klasy drugiej uczęszczało 32,28% respondentów (n=328), a do klasy trzeciej 28,64% (n=291). Niemal połowa badanych (49,12%; n=499) wskazała wieś jako miejsce zamieszkania. Spośród osób zamieszkujących miasta najwięcej było osób żyjących w miastach powyżej 400 tys. mieszkańców (23,23%; n=236). Ojcowie respondentów najczęściej charakteryzowali się wykształceniem zasadniczym zawodowym (36,32%; n=369) lub średnim (33,17%; n=337).

Tab. 5. Charakterystyka grupy objętej badaniem

Dane społeczno-demograficzne	n	%
Płeć		
kobieta	639	62,89
mężczyzna	377	37,11
Wiek		
15 lat	21	2,07
16 lat	287	28,25
17 lat	342	33,66
18 lat	279	27,46
19 lat	83	8,17
20 lat	4	0,39
Miejsce pobierania nauki		
Liceum	788	77,56
Technikum	228	22,44
Klasa		
1	326	32,09
2	328	32,28
3	291	28,64
4	71	6,99
Miejsce zamieszkania		
wieś	499	49,12
miasto poniżej 10 tys. mieszkańców	48	4,72
miasto od 10 tys. do 100 tys. mieszkańców	194	19,10
miasto od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców	24	2,36
miasto od 200 tys. do 400 tys. mieszkańców	11	1,08
miasto powyżej 400 tys. mieszkańców	236	23,23
odmowa podania	4	0,39
Wykształcenie ojca		
podstawowe	36	3,54
zasadnicze zawodowe	369	36,32
średnie	337	33,17
wyższe	258	25,39
odmowa podania	16	1,58

Tab. 5. cd. Podstawowe dane społeczno-demograficzne grupy objętej badaniem oraz jej najbliższej rodziny

Wykształcenie matki		
podstawowe	26	2,56
zasadnicze zawodowe	219	21,56
średnie	400	39,37
wyższe	365	35,92
odmowa podania	6	0,59
Status związku rodziców		
małżeństwo	834	82,09
konkubinat	22	2,16
po rozwodzie lub w separacji	122	12,01
jedno z rodziców/opiekunów nie żyje	34	3,35
obydwoje rodzice/opiekunowie nie żyją	1	0,10
odmowa podania	3	0,29
Sytuacja materialna w gospodarstwie domowym		
bardzo dobra	314	30,91
dobra	540	53,15
średnia	141	13,88
zła	9	0,89
bardzo zła	2	0,19
odmowa podania	10	0,98
n – liczba odpowiedzi		

Z kolei matki osób objętych badaniem w większości wypadków osiągnęły wykształcenie średnie (39,37%; n=400) bądź wyższe (35,92%; n=365). Rodzice respondentów pozostawali najczęściej w formalnych związkach małżeńskich (82,09%; n=834). Ponad połowa (53,15%; n=540) ankietowanych określiła sytuację materialną w gospodarstwie domowym jako dobrą, a 30,91% (n=314) jako bardzo dobrą.

4.2. Kompetencje zdrowotne

Poziom KZ respondentów określany był w oparciu o narzędzie HLS-EU-Q47. W przypadku 64 osób nie można było określić poziomu ich KZ ze względu na istotny udział brakujących odpowiedzi albo odpowiedzi typu „trudno powiedzieć/nie dotyczy”. W tab. 6. przedstawiono średni poziom KZ w zależności od kategorii zmiennych społeczno-demograficznych.

Tab. 6. Średni poziom KZ w zależności od kategorii zmiennych społeczno-demograficznych.

Zmienna społeczno-demograficzna	Kategorie zmiennej	KZ		
		średnia±SD*	mediana	p**
Ogół		34,30±6,30	34,04	
Płeć	mężczyzna	34,26±6,46	33,69	p=0,555
	kobieta	34,33±6,20	34,11	
Wiek	15-16 lat	34,36±5,82	34,40	p=0,127
	17 lat	34,53±6,64	34,40	
	18-20 lat	34,04±6,35	33,33	
Miejsce nauki	technikum	34,16±5,82	33,30	p=0,638
	liceum	34,34±6,44	34,40	
Miejsce zamieszkania	wieś	34,18±6,42	33,89	p=0,950
	miasto <400 tys.	34,31±6,62	34,11	
	miasto >400 tys.	34,63±5,61	34,04	

Tab. 6. cd. Średni poziom KZ w zależności od kategorii zmiennych społeczno-demograficznych.

Wykształcenie ojca	podst./zaw.	34,42±6,28	34,06	p=0,022
	średnie	33,60±6,34	33,33	
	wyższe	35,12±6,22	34,52	
Wykształcenie matki	podst./zaw.	33,79±6,06	33,33	p=0,023
	średnie	33,95±5,87	33,69	
	wyższe	35,02±6,85	34,75	
Status związku rodziców	małżeństwo	34,24±6,34	33,75	p=0,296
	inny	34,66±6,09	34,43	
Syt. materialna rodziny	b. dobra	35,81±6,90	35,48	p<0,001
	inna	33,67±5,88	33,33	

* poziom KZ na podstawie testu HLS-EU-Q47; SD – odchylenie standardowe, **wartości p podano dla testu U Manna-Whitney'a lub Kruskala-Wallisa, w zależności od liczby kategorii zmiennej grupującej

Istotnie statystycznie różnice poziomu KZ stwierdzono w przypadku różnych poziomów wykształcenia ojca ($p=0,022$) i matki ($p=0,023$) respondenta, a także sytuacji materialnej jego rodziny ($p<0,001$). Wyższy poziom KZ stwierdzono wśród uczniów, których rodzice uzyskali wykształcenie wyższe (ojciec: 35,12±6,22; matka: 35,02±6,85), niż u adolescentów, których rodzice mieli wykształcenie podstawowe lub zawodowe (ojciec: 34,42±6,28; matka: 33,79±6,06), bądź średnie (ojciec: 33,60±6,34; matka: 33,95±5,87). Istotnie wyższy poziom KZ stwierdzono wśród uczestników badania deklarujących bardzo dobrą sytuację materialną rodziny (35,81±6,90) niż w przypadku respondentów oceniających ją gorzej (33,67±5,88).

Natomiast w tab. 7 przedstawiono procentowy rozkład kategorii KZ w zależności od kategorii zmiennych społeczno-demograficznych.

Tab. 7. Rozkład kategorii KZ dla zmiennych społeczno-demograficznych

Zmienna społeczno-demogr.	Kategorie zmiennej	Kategorie KZ				p*
		nieadekwatne % (n)	problematiczne % (n)	wystarczające % (n)	doskonale % (n)	
Ogół		6,40% (61)	37,29% (355)	44,43% (423)	11,88% (113)	
Płeć	mężczyzna	5,76% (20)	39,48% (137)	41,50% (144)	13,26% (46)	p=0,392
	kobieta	6,78% (41)	36,03% (218)	46,12% (279)	11,07% (67)	
Wiek	15-16 lat	5,63% (16)	36,62% (104)	46,83% (133)	10,92% (31)	p=0,513
	17 lat	6,81% (22)	34,06% (110)	45,20% (146)	13,93% (45)	
	18-20 lat	6,67% (23)	40,87% (141)	41,74% (144)	10,72% (37)	
Miejsce nauki	technikum	6,82% (15)	38,13% (84)	44,09% (97)	10,91% (24)	p=0,947
	liceum	6,28% (46)	37,02% (271)	44,54% (326)	12,16% (89)	
Miejsce zamieszkania	wieś	7,87% (37)	37,02% (174)	42,77% (201)	12,34% (58)	p=0,234
	miasto <400 tys.	6,95% (18)	35,91% (93)	44,79% (116)	12,36% (32)	
	miasto >400 tys.	2,73% (6)	38,64% (85)	48,18% (106)	10,45% (23)	
Wykształcenie ojca	podst./zaw.	6,86% (26)	36,41% (138)	45,12% (171)	11,61% (44)	p=0,068
	średnie	8,52% (27)	39,75% (126)	41,64% (132)	10,09% (32)	
	wyższe	2,89% (7)	35,54% (86)	46,28% (112)	15,29% (37)	
Wykształcenie matki	podst./zaw.	6,49% (15)	41,13% (95)	41,13% (95)	11,26% (26)	p=0,285
	średnie	6,17% (23)	38,61% (144)	45,58% (170)	9,65% (36)	
	wyższe	6,67% (23)	33,33% (115)	45,22% (156)	14,78% (51)	
Status związku rodziców	małżeństwo	6,58% (51)	37,42% (290)	44,26% (343)	11,74% (91)	p=0,897
	inny	5,17% (9)	36,78% (64)	45,40% (79)	12,64% (22)	
Syt. materialna rodziny	b. dobra	4,05% (12)	30,07% (89)	46,62% (138)	19,26% (57)	p<0,001
	inna	7,26% (47)	40,34% (261)	43,74% (283)	8,66% (56)	

n – liczba osób o określonej kategorii KZ (na podstawie narzędzia HLS-EU-Q47), *chi² z poprawką Pearsona

Istotną statystycznie zależność pomiędzy zmienną społeczno-demograficzną a kategoriami KZ odnotowano wyłącznie w przypadku sytuacji materialnej w rodzinie respondenta ($p < 0,001$). W tej grupie osoby z bardzo dobrą sytuacją materialną istotnie częściej posiadały doskonałe KZ niż uczniowie gorzej oceniający sytuację materialną w swoim gospodarstwie domowym (19,26 vs. 8,66%).

4.3. Zachowania zdrowotne

Spożycie kiedykolwiek alkoholu zadeklarowało 84,35% ($n=857$) badanych (tab.8.). Z tej grupy ponad połowa (51,58%; $n=442$) określiła, że ostatnio spożywała alkohol w ciągu tygodnia poprzedzającego sondaż. Natomiast 56,59% uczniów ($n=575$) zadeklarowało, że w ciągu swojego życia przynajmniej raz paliło papierosy, a 45,22% ($n=260$) spośród nich sięgało po wyroby tytoniowe w ciągu ostatniego tygodnia. Z kolei elektroniczne papierosy używało kiedykolwiek 49,61% ($n=504$) osób objętych badaniem. Większość z nich korzystała z tego typu urządzeń w ciągu ostatniego tygodnia poprzedzającego badanie (27,98%; $n=141$), ale niewiele mniej, bo 26,98% ($n=136$) uczniów określiło, że po raz ostatni sięgnęło po e-papierosy ponad rok temu. Regularną aktywność fizyczną zadeklarowało 55,21% ($n=561$) uczniów. W większości wypadków czas poświęcany przez respondentów na aktywność fizyczną mieścił się w przedziale 15-30 minut (25,10%; $n=255$) lub 30-60 minut (22,15%; $n=225$) dziennie. Najwyższy odsetek respondentów deklaruje, że spożywa 4 (38,48%; $n=391$) lub 5 i więcej (31,10%; $n=316$) posiłków dziennie. Natomiast 66,83% ($n=679$) badanych stwierdziło, że nie spożywa posiłków o regularnych porach. Większość uczniów szkół średnich określiła, że warzywa i owoce konsumuje kilka razy w tygodniu, ale nie codziennie (35,63%; $n=364$). Z kolei 72,66% ($n=739$) osób objętych badaniem spożywa jedzenie typu fast food kilka razy w miesiącu.

Tab. 8. Charakterystyka zachowań zdrowotnych małopolskiej młodzieży

Charakterystyka zachowań zdrowotnych wśród małopolskiej młodzieży		n	%
Spożywanie alkoholu - kiedykolwiek	tak	857	84,35
	nie	155	15,26
	odmowa odpowiedzi	4	0,39
Spożywanie alkoholu - kiedy ostatnio	w ciągu ostatniego tygodnia	442	51,58
	w ciągu ostatniego miesiąca	200	23,34
	w ciągu ostatnich trzech miesięcy	126	14,70
	w ciągu ostatniego roku	61	7,12
	ponad rok temu	28	3,27
Palenie papierosów - kiedykolwiek	tak	575	56,59
	nie	435	42,81
	odmowa odpowiedzi	6	0,59
Palenie papierosów - kiedy ostatnio	w ciągu ostatniego tygodnia	260	45,22
	w ciągu ostatniego miesiąca	80	13,91
	w ciągu ostatnich trzech miesięcy	70	12,17
	w ciągu ostatniego roku	55	9,57
	ponad rok temu	108	18,78
Używanie e-papierosów - kiedykolwiek	tak	504	49,61
	nie	506	49,80
	odmowa odpowiedzi	6	0,59

Tab. 8. cd. Charakterystyka zachowań zdrowotnych małopolskiej młodzieży

	w ciągu ostatniego tygodnia	141	27,98
	w ciągu ostatniego miesiąca	69	13,69
Używanie e-papierosów - kiedy ostatnio	w ciągu ostatnich trzech miesięcy	63	12,50
	w ciągu ostatniego roku	94	18,65
	ponad rok temu	136	26,98
	odmowa odpowiedzi	1	0,20
Regularne uprawianie sportu lub innej aktywności fizycznej	tak	561	55,21
	nie	452	44,49
	odmowa odpowiedzi	3	0,30
Dzienna aktywność fizyczna	mniej niż 15 minut	166	16,34
	15-30 minut	255	25,10
	30-60 minut	225	22,15
	powyżej 60 minut	180	17,72
	brak aktywności fizycznej	190	18,70
Liczba posiłków (dziennie)	1	3	0,30
	2	59	5,81
	3	244	24,02
	4	391	38,48
	5 lub więcej	316	31,10
	odmowa odpowiedzi	3	0,30
Spożywanie posiłków o stałych porach	tak	296	29,13
	nie	679	66,83
	odmowa odpowiedzi	41	4,04
Spożywanie warzyw i owoców	kilka razy dziennie	329	32,38
	raz dziennie	251	24,70
	kilka razy w tygodniu, ale nie codziennie	364	35,63
	kilka razy w miesiącu, ale nie w każdym tygodniu	67	6,59
	nie spożywam warzyw i owoców	4	0,39
	odmowa odpowiedzi	1	0,10
Spożywanie posiłków typu fast food	co najmniej raz dziennie	7	0,69
	kilka razy w tygodniu, ale nie codziennie	138	13,58
	kilka razy w miesiącu, ale nie w każdym tygodniu	739	72,66
	nie spożywam posiłków typu fast food	131	12,89
	odmowa odpowiedzi	1	0,10

n – liczba odpowiedzi

4.4. Uwarunkowania wybranych zachowań zdrowotnych

4.4.1. Uwarunkowania aktywności fizycznej

W badaniu wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy płcią respondentów, a aktywnością fizyczną (tab. 9). Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety deklarowali regularną aktywność fizyczną (68,62% vs. 47,57%; $p < 0,001$), a także znacząco częściej poświęcali dziennie więcej czasu (30 minut lub więcej) na różne jej formy (odpowiednio 55,17% i 30,83%; $p < 0,001$).

Z kolei wiek respondentów miał istotny związek z regularną aktywnością fizyczną ($p = 0,01$). Wśród młodzieży w wieku od 15 do 16 oraz 17 lat regularną aktywność fizyczną zadeklarowało niespełna 59% badanych, natomiast wśród uczniów w przedziale wiekowym od 18 do 20 lat było to 49,04%.

Tab. 9. Uwarunkowania aktywności fizycznej

Zmienna społeczno-demogr.	Kategorie zmiennej	Regularna aktywność fizyczna		p*	Średni czas dziennej aktywności fizycznej		p*
		nie % (n)	tak % (n)		<30 min. % (n)	≥30 min. % (n)	
Płeć	mężczyzna	31,38% (n=118)	68,62% (n=258)	p<0,001	44,83% (n=169)	55,17% (n=208)	p<0,001
	kobieta	52,43% (n=334)	47,57% (n=303)		69,17% (n=442)	30,83% (n=197)	
Wiek	15-16 lat	41,04% (n=126)	58,96% (n=181)	p=0,01	55,84% (n=172)	44,16% (n=136)	p=0,150
	17 lat	41,06% (n=140)	58,94% (n=201)		60,82% (n=208)	39,18% (n=134)	
	18-20 lat	50,96% (n=186)	49,04% (n=179)		63,11% (n=231)	36,89% (n=135)	
Typ szkoły	technikum	48,46% (n=110)	51,54% (n=117)	p=0,187	65,35% (n=149)	34,65% (n=79)	p=0,068
	liceum	43,51% (n=342)	56,49% (n=444)		58,63% (n=462)	41,37% (n=326)	
Miejsce zamieszkania	wieś	44,67% (n=222)	55,33% (n=275)	p=0,997	64,13% (n=320)	35,87% (n=179)	p=0,027
	miasto <400 tys.	44,40% (n=123)	55,60% (n=154)		54,51% (n=151)	45,49% (n=126)	
	miasto >400 tys.	43,97% (n=102)	56,03% (n=130)		58,47% (n=138)	41,53% (n=98)	
Wykształcenie ojca	podst. lub zaw.	47,41% (n=192)	52,59% (n=213)	p=0,384	64,94% (n=263)	35,06% (n=142)	p=0,045
	średnie	42,39% (n=142)	57,61% (n=193)		56,68% (n=191)	43,32% (n=146)	
	wyższe	44,36% (n=114)	55,64% (n=143)		57,75% (n=149)	42,25% (n=109)	
Wykształcenie matki	podst. lub zaw.	46,94% (n=115)	53,06% (n=130)	p=0,406	68,57% (n=168)	31,43% (n=77)	p=0,002
	średnie	45,98% (n=183)	54,02% (n=215)		60,00% (n=240)	40,00% (n=160)	
	wyższe	42,03% (n=153)	57,97% (n=211)		54,25% (n=198)	45,75% (n=167)	
Status związku rodziców	małżeństwo	45,13% (n=375)	54,87% (n=456)	p=0,355	60,67% (n=506)	39,33% (n=328)	p=0,361
	inny	41,34% (n=74)	58,66% (n=105)		56,98% (n=102)	43,02% (n=77)	
Syt. materialna rodziny	bardzo dobra	42,68% (n=134)	57,32% (n=180)	p=0,441	60,19% (n=189)	39,81% (n=125)	p=0,982
	inna	45,28% (n=312)	54,72% (n=377)		60,12% (n=416)	39,88% (n=271)	

* χ^2 z poprawką Pearsona lub dokładny test Fishera (jeśli miał zastosowanie); zmienna społeczno-demogr. – zmienna społeczno-demograficzna; syt. materialna rodziny – sytuacja materialna rodziny

Uzyskane wyniki wskazują również na istotny statystycznie związek pomiędzy miejscem zamieszkania respondentów a średnim czasem dziennej aktywności fizycznej, gdzie młodzież mieszkająca na wsi istotnie częściej poświęcała mniej czasu (poniżej 30 minut) na aktywność fizyczną niż mieszkańcy miast (p=0,027). Odsetek młodzieży mieszkającej na obszarach wiejskich i poświęcającej na dzienną aktywność fizyczną więcej niż 30 minut wynosił 35,87%. Dla uczniów mieszkających w miastach powyżej 400 tys. mieszkańców było to 41,53%, natomiast dla respondentów z mniejszych miast 45,49%.

Także wykształcenie ojców miało istotny statystycznie związek z czasem poświęcanym każdego dnia na aktywność fizyczną. Uczniowie, których ojcowie mieli wykształcenie wyższe lub średnie deklarowali większą aktywność fizyczną niż uczniowie, których ojcowie uzyskali niższy poziom wykształcenia (p=0,045). Co najmniej 30 minut na różne formy aktywności fizycznej przeznaczało w ciągu dnia 42,25% uczniów, których ojcowie mieli wykształcenie wyższe i 43,32% tych, których ojcowie osiągnęli średnie wykształcenie. W przypadku uczniów, których ojcowie mieli wykształcenie niższe niż średnie odsetek ten wynosił tylko 35,06%.

Podobną zależność można zaobserwować również w przypadku wykształcenia matki respondentów. Wyższe wykształcenie matek respondentów było związane z dłuższym czasem (30 lub więcej minut) dziennej aktywności fizycznej (p=0,002). Wśród respondentów, których matki miały wykształcenie wyższe odsetek osób poświęcających minimum 30 minut na dzienną aktywność fizyczną wynosił 45,75%. Z kolei

wśród uczestników badania, których matki uzyskały wykształcenie niższe niż średnie było to już jedynie 31,43%.

Ponadto znamienne wyższy poziom KZ stwierdzono wśród osób poświęcających na dzienną aktywność fizyczną co najmniej 30 minut (tab. 10) niż w przypadku respondentów ćwiczących dziennie poniżej 30 minut ($34,85 \pm 6,45$ vs $33,93 \pm 6,16$; test U Manna-Whitneya, $p=0,015$).

Tab. 10. Poziom KZ w zależności od aktywności fizycznej

Zmienna	Kategorie zmiennej	KZ	
		średnia \pm SD*	p**
Regularna aktywność fizyczna	nie	33,87 \pm 6,30	p=0,058
	tak	34,64 \pm 6,29	
Średni czas dziennej aktywności fizycznej	poniżej 30 min.	33,93 \pm 6,16	p=0,015
	30 min lub więcej	34,85 \pm 6,45	

* poziom KZ na podstawie testu HLS-EU-Q47; **wartości p podano dla testu U Manna-Whitney'a; SD – odchylenie standardowe

Nie wykazano natomiast istotnego statystycznie związku pomiędzy podejmowaniem przez młodzież ze szkół średnich regularnej aktywności fizycznej i średnim czasem dziennej aktywności fizycznej a typem szkoły, do której uczęszczają respondenci, statusem związku ich rodziców oraz oceną sytuacji materialnej gospodarstwa domowego.

4.4.2. Uwarunkowania zwyczajów żywieniowych

Przeprowadzona analiza wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy płcią badanych i liczbą spożywanych posiłków w ciągu dnia (tab. 11). Kobiety częściej niż mężczyźni (72,06% vs. 63,30%; $p=0,037$) spożywały mniejszą liczbę posiłków w ciągu dnia (od 1 do 4).

Wiek miał istotny statystycznie związek z liczbą i stałością pory spożywanych posiłków, a także ze spożyciem warzyw i owoców (tab. 12). Respondenci w wieku 17 lat częściej spożywali 5 lub więcej posiłków w ciągu dnia (36,95%) niż osoby z grupy wiekowej od 15 do 16 oraz od 18 do 20 lat (odpowiednio 26,80% oraz 29,51%; $p=0,014$). Z kolei wiek od 18 do 20 lat sprzyjał rzadszemu spożywaniu posiłków o pozostałych porach ($p=0,047$) oraz rzadszej niż codziennie konsumpcji warzyw i owoców ($p=0,009$) w porównaniu do młodszych kategorii wiekowych. W tej grupie wiekowej 25,84% uczestników badania zadeklarowało spożywanie posiłków o stałej porze. Z kolei wśród respondentów w wieku od 15 do 16 było to 34,58%, a wśród tych mających 17 lat 31,48%. Wśród osób w wieku od 18 do 20 lat codzienne spożycie co najmniej jednej porcji warzyw i owoców zadeklarowało 50,82% osób; w młodszych grupach wiekowych ten odsetek wyniósł blisko 61%.

Zaobserwowano również istotną statystycznie zależność pomiędzy typem szkoły, do której uczęszczał respondent a spożywaniem posiłków o stałej porze oraz jedzeniem warzyw i owoców. Uczęszczanie do liceum sprzyjało istotnie częstszemu spożywaniu posiłków o stałej porze niż uczęszczanie do technikum (32,41% vs. 23,15%; $p=0,009$), a także częstszemu spożywaniu warzyw oraz owoców (60,48% vs. 45,61%; $p<0,001$).

Tab. 11. Uwarunkowania zwyczajów żywieniowych - liczba posiłków i stała pora ich spożywania

Zmienna społeczno-demogr.	Kategorie zmiennej	Średnia liczba posiłków dziennie			Spożywanie posiłków o stałych porach		
		1-4 posiłki % (n)	≥5 posiłków % (n)	p*	nie % (n)	tak % (n)	p*
Płeć	mężczyzna	63,30% (n=238)	36,70% (n=138)	p=0,037	66,67% (n=244)	33,33% (n=122)	p=0,117
	kobieta	72,06% (n=459)	27,94% (n=178)		71,43% (n=435)	28,57% (n=174)	
Wiek	15-16 lat	73,20% (n=224)	26,80% (n=82)	p=0,014	65,42% (n=193)	34,58% (n=102)	p=0,047
	17 lat	63,05% (n=215)	36,95% (n=126)		68,52% (n=222)	31,48% (n=102)	
	18-20 lat	70,49% (n=258)	29,51% (n=108)		74,16% (n=264)	25,84% (n=92)	
Typ szkoły	technikum	73,25% (n=167)	26,75% (n=61)	p=0,1	76,85% (n=166)	23,15% (n=50)	p=0,009
	liceum	67,52% (n=530)	32,48% (n=255)		67,59% (n=513)	32,41% (n=246)	
Miejsce zamieszkania	wieś	69,48% (n=346)	30,52% (n=152)	p=0,255	68,99% (n=327)	31,01% (n=147)	p=0,023
	miasto <400 tys.	65,09% (n=179)	34,91% (n=96)		65,06% (n=175)	34,94% (n=94)	
	miasto >400 tys.	71,61% (n=169)	28,39% (n=67)		76,32% (n=174)	23,68% (n=54)	
Wykształcenie ojca	podst. lub zaw.	69,55% (n=281)	30,45% (n=123)	p=0,880	73,39% (n=284)	26,61% (n=103)	p=0,161
	średnie	67,86% (n=228)	32,14% (n=108)		67,29% (n=216)	32,71% (n=105)	
	wyższe	68,48% (n=176)	31,52% (n=81)		68,13% (n=171)	31,87% (n=80)	
Wykształcenie matki	podst. lub zaw.	72,13% (n=176)	27,87% (n=68)	p=0,481	77,39% (n=178)	22,61% (n=52)	p=0,004
	średnie	67,92% (n=271)	32,08% (n=128)		64,77% (n=250)	35,23% (n=136)	
	wyższe	68,13% (n=248)	31,87% (n=116)		70,54% (n=249)	29,46% (n=104)	
Status związku rodziców	małżeństwo	68,43% (n=570)	31,57% (n=263)	p=0,671	68,67% (n=548)	31,33% (n=250)	p=0,203
	inny	70,06% (n=124)	29,94% (n=53)		73,56% (n=128)	26,44% (n=46)	
Syt. materialna rodziny	bardzo dobra	68,15% (n=214)	31,85% (n=100)	p=0,664	67,56% (n=202)	32,44% (n=97)	p=0,390
	inna	69,52% (n=479)	30,48% (n=210)		70,31% (n=469)	29,69% (n=198)	

* χ^2 z poprawką Pearsona lub dokładny test Fishera (jeśli miał zastosowanie); zmienna społeczno-demogr. – zmienna społeczno-demograficzna; syt. materialna rodziny – sytuacja materialna rodziny

Także miejsce zamieszkania miało istotny statystycznie związek ze spożywaniem posiłków o stałych porach. Respondenci mieszkający w dużych miastach (powyżej 400 tys. mieszkańców) rzadziej niż respondenci z mniejszych miejscowości oraz terenów wiejskich spożywali posiłki o stałej porze (p=0,023). Odsetek osób z dużych miast regularnie jedzących o tej samej porze wynosił 23,68%, z mniejszych miast (poniżej 400 tys. mieszkańców) 34,94%, a mieszkających na wsi 31,01%.

Z kolei wykształcenie ojca respondenta miało istotny statystycznie związek z częstością spożywania przez adolescentów warzyw i owoców. Wyższe wykształcenie ojca sprzyjało częstszemu spożywaniu warzyw i owoców (co najmniej raz dziennie, p=0,001). Przykładowo, w grupie uczniów, których ojcowie mieli wykształcenie niższe niż średnie odsetek osób deklarujących codziennie spożywanie warzyw i owoców wynosił 51,36%, a wśród respondentów, których ojcowie mieli wykształcenie wyższe było to już 65,37%.

Natomiast wykształcenie matki wykazywało istotny statystycznie związek ze spożywaniem posiłków o stałych porach oraz jedzeniem żywności typu fast food. Respondenci, których matki miały wykształcenie niższe niż średnie rzadziej spożywali posiłki o stałych porach (p=0,004). Jedzenie o stałych porach zadeklarowało jedynie 22,61% respondentów, których matki miały wykształcenie podstawowe lub zawodowe. W przypadku respondentów, których matki miały wykształcenie wyższe było to 29,43%, a średnie 35,23%. Nieoczekiwanie, wyższe wykształcenie matki było związane z częstszym spożywaniem przez nich żywności typu fast food (p=0,023). Jedzenie tego typu posiłków co najmniej kilka razy w

tygodniu deklarowało 18,41% uczniów, których matki miały wykształcenie wyższe. Natomiast wśród respondentów, których matki posiadały wykształcenie średnie lub niższe niż średnie było to odpowiednio 12,00% oraz 12,24%.

Analiza ujawniła istotną statystycznie zależność pomiędzy samooceną sytuacji materialnej rodziny a spożyciem przez respondentów warzyw i owoców oraz częstością konsumpcji przez nich żywności typu fast food. Bardzo dobra sytuacja materialna gospodarstwa domowego wiązała się z istotnie częstszym spożyciem warzyw i owoców ($p=0,014$) oraz posiłków typu fast food ($p<0,001$). Uczniowie oceniający sytuację materialną swojej rodziny jako bardzo dobrą częściej niż respondenci z gorszą sytuacją materialną spożywali warzywa i owoce co najmniej raz dziennie (62,74% vs. 54,48%) oraz żywność typu fast food co najmniej kilka razy w tygodniu (20,06% vs. 11,72%).

Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy zwyczajami żywieniowymi a statusem związku rodziców respondenta.

Tab. 12. Uwarunkowania zwyczajów żywieniowych - spożywanie warzyw i owoców oraz żywności typu fast food

Zmienna społeczno-demogr.	Kategorie zmiennej	Spożywanie warzyw i owoców			Spożywanie posiłków typu fast food		
		co najmniej raz dziennie % (n)	rzadziej niż codziennie % (n)	p*	co najmniej kilka razy w tygodniu % (n)	rzadziej niż kilka razy w tygodniu % (n)	p*
Płeć	mężczyzna	54,79% (n=206)	45,21% (n=170)	p=0,245	16,45% (n=62)	83,55% (n=315)	p=0,131
	kobieta	58,53% (n=374)	41,47% (n=265)		13,01% (n=83)	86,99% (n=555)	
Wiek	15-16 lat	60,71% (n=187)	39,29% (n=121)	p=0,009	13,31% (n=41)	86,69% (n=267)	p=0,699
	17 lat	60,70% (n=207)	39,30% (n=134)		15,54% (n=53)	84,46% (n=288)	
	18-20 lat	50,82% (n=186)	49,18% (n=180)		13,93% (n=51)	86,07% (n=315)	
Typ szkoły	technikum	45,61% (n=104)	54,39% (n=124)	p<0,001	13,16% (n=30)	86,84% (n=198)	p=0,580
	liceum	60,48% (n=476)	39,52% (n=311)		14,61% (n=115)	85,39% (n=672)	
Miejsce zamieszkania	wieś	58,52% (n=292)	41,48% (n=207)	p=0,725	15,46% (n=77)	84,54% (n=421)	p=0,551
	miasto <400 tys.	55,80% (n=154)	44,20% (n=122)		12,64% (n=35)	87,36% (n=242)	
	miasto >400 tys.	56,36% (n=133)	43,64% (n=103)		13,98% (n=33)	86,02% (n=203)	
Wykształcenie ojca	podst. lub zaw.	51,36% (n=208)	48,64% (n=197)	p=0,001	15,06% (n=61)	84,94% (n=344)	p=0,637
	średnie	58,16% (n=196)	41,84% (n=141)		13,06% (n=44)	86,94% (n=293)	
	wyższe	65,37% (n=168)	34,63% (n=89)		15,56% (n=40)	84,44% (n=217)	
Wykształcenie matki	podst. lub zaw.	53,06% (n=130)	46,94% (n=115)	p=0,3	12,24% (n=30)	87,76% (n=215)	p=0,023
	średnie	57,39% (n=229)	42,61% (n=170)		12,00% (n=48)	88,00% (n=352)	
	wyższe	59,45% (n=217)	40,55% (n=148)		18,41% (n=67)	81,59% (n=297)	
Status związku rodziców	małżeństwo	56,12% (n=468)	43,88% (n=366)	p=0,126	14,29% (n=119)	85,71% (n=714)	p=0,912
	inny	62,36% (n=111)	37,64% (n=67)		13,97% (n=25)	86,03% (n=154)	
Syt. materialna rodziny	bardzo dobra	62,74% (n=197)	37,26% (n=117)	p=0,014	20,06% (n=63)	79,94% (n=251)	p<0,001
	inna	54,48% (n=377)	45,52% (n=315)		11,72% (n=81)	88,28% (n=610)	

* χ^2 z poprawką Pearsona lub dokładny test Fishera (jeśli miał zastosowanie); zmienna społeczno-demogr. – zmienna społeczno-demograficzna; syt. materialna rodziny – sytuacja materialna rodziny

Poziom KZ miał istotny statystycznie ($p=0,019$) związek ze spożyciem warzyw i owoców (tab. 13). Wyższy poziom KZ stwierdzono wśród osób deklarujących spożywanie warzyw i owoców co najmniej raz dziennie ($34,69\pm 6,29$) niż u respondentów rzadziej spożywających warzywa i owoce ($33,80\pm 6,27$).

Tab. 13. Poziom KZ w zależności od zwyczajów żywieniowych

Zmienna	Kategorie zmiennej	KZ	
		średnia±SD*	p**
średnia liczba posiłków dziennie	od 1 do 4	34,17±6,23	p=0,288
	5 lub więcej	34,62±6,43	
spożywanie posiłków o stałych porach	nie	34,17±6,33	p=0,516
	tak	34,52±6,23	
Spożywanie warzyw i owoców	co najmniej raz dziennie	34,69±6,29	p=0,019
	rzadziej niż codziennie	33,80±6,27	
Spożywanie posiłków typu fast-food	co najmniej kilka razy w tygodniu	34,48±6,33	p=0,587
	rzadziej niż kilka razy w tygodniu	34,27±6,19	

* poziom KZ na podstawie testu HLS-EU-Q47; **wartości p podano dla testu U Manna-Whitney'a; SD – odchylenie standardowe

4.4.3. Uwarunkowania konsumpcji alkoholu

Płeć uczestników badania miała istotny statystycznie związek z ostatnim epizodem konsumpcji alkoholu (tab. 14.). Mężczyźni częściej niż kobiety (57,00% vs. 48,55%) deklarowali konsumpcję alkoholu w tygodniu poprzedzającym udział w sondażu (p=0,018).

Tab. 14. Uwarunkowania konsumpcji alkoholu

Zmienna społeczno-demogr.	Kategorie zmiennej	Picie alkoholu**			Ostatni epizod picia alkoholu		
		nie % (n)	tak % (n)	p*	w ostatnim tygodniu % (n)	ponad tydzień temu % (n)	p*
Płeć	mężczyzna	18,13% (n=68)	81,87% (n=307)	p=0,056	57,00% (n=175)	43,00% (n=132)	p=0,018
	kobieta	13,66% (n=87)	86,34% (n=550)		48,55% (n=267)	51,45% (n=283)	
Wiek	15-16 lat	28,43% (n=87)	71,57% (n=219)	p<0,001	34,25% (n=75)	65,75% (n=144)	p<0,001
	17 lat	15,29% (n=52)	84,71% (n=288)		50,00% (n=144)	50,00% (n=144)	
	18-20 lat	4,37% (n=16)	95,63% (n=350)		63,71% (n=223)	36,29% (n=127)	
Typ szkoły	technikum	13,16% (n=30)	86,84% (n=198)	p=0,304	51,52% (n=102)	48,28% (n=96)	p=0,985
	liceum	15,94% (n=125)	84,06% (n=659)		51,59% (n=340)	48,41% (n=319)	
Miejsce zamieszkania	wieś	15,09% (n=75)	84,91% (n=422)	p=0,211	51,18% (n=216)	48,82% (n=206)	p=0,946
	miasto <400 tys.	12,68% (n=35)	87,32% (n=241)		51,87% (n=125)	48,13% (n=116)	
	miasto >400 tys.	18,30% (n=43)	81,70% (n=192)		52,60% (n=101)	47,40% (n=91)	
Wykształcenie ojca	podst. lub zaw.	14,89% (n=60)	85,11% (n=343)	p=0,055	51,60% (n=177)	48,40% (n=166)	p=0,917
	średnie	12,24% (n=41)	87,76% (n=294)		51,02% (n=150)	48,98% (n=144)	
	wyższe	19,38% (n=50)	80,62% (n=208)		52,88% (n=110)	47,12% (n=98)	
Wykształcenie matki	podst. lub zaw.	13,06% (n=32)	86,94% (n=213)	p=0,512	46,95% (n=100)	53,05% (n=113)	p=0,224
	średnie	15,11% (n=60)	84,89% (n=337)		52,23% (n=176)	47,77% (n=161)	
	wyższe	16,48% (n=60)	83,52% (n=304)		54,61% (n=166)	45,39% (n=138)	
Status związku rodziców	małżeństwo	16,02% (n=133)	83,98% (n=697)	p=0,148	52,51% (n=366)	47,49% (n=331)	p=0,252
	inny	11,73% (n=21)	88,27% (n=158)		47,47% (n=75)	52,53% (n=83)	
Syt. materialna rodziny	bardzo dobra	18,85% (n=59)	81,15% (n=254)	p=0,034	53,54% (n=136)	46,46% (n=118)	p=0,542
	inna	13,64% (n=94)	86,36% (n=595)		51,26% (n=305)	48,74% (n=290)	

* χ^2 z poprawką Pearsona lub dokładny test Fishera (jeśli miał zastosowanie); zmienna społeczno-demogr. – zmienna społeczno-demograficzna; syt. materialna rodziny – sytuacja materialna rodziny; **odpowiedź na pytanie: „Czy kiedykolwiek spożywałeś/aś alkohol?”

Wiek uczestników badania miał istotny statystycznie związek zarówno z inicjacją alkoholową, jak i z czasem, który upłynął od ostatniej konsumpcji napojów alkoholowych. Starsi respondenci częściej deklarowali przynajmniej jeden epizod konsumpcji alkoholu w życiu (p<0,001). W grupie wiekowej od 15 do 16 lat inicjację alkoholową przeszło 71,57% uczniów, a w przypadku respondentów mających 17 lat

oraz od 18 do 20 było to odpowiednio 84,71% oraz 95,63%. Starsi respondenci częściej deklarowali także konsumpcję alkoholu w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie ($p < 0,001$). W najmłodszej grupie wiekowej (od 15 do 16 lat) do picia alkoholu w tygodniu poprzedzającym udział w sondażu przyznało się 34,25% uczestników sondażu. Wśród respondentów mających 17 lat, odsetek ten wyniósł 50%, a wśród tych w przedziale wiekowym od 18 do 20 lat 63,71%.

Inicjacja alkoholowa miała także istotny statystycznie związek z samooceną sytuacji materialnej rodziny respondenta. Adolescenci oceniający sytuację materialną gospodarstwa domowego jako bardzo dobrą, częściej niż pozostali uczniowie deklarowali, że nigdy wcześniej nie pili alkoholu (18,85% vs. 13,64%; $p = 0,034$).

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnego statystycznie związku pomiędzy konsumpcją alkoholu a pozostałymi zmiennymi społeczno-demograficznymi oraz KZ.

4.4.4. Uwarunkowania palenia papierosów

Wiek respondentów miał istotny statystycznie związek z wcześniejszymi próbami palenia papierosów oraz czasem jaki upłynął od ostatniego użycia wyrobów tytoniowych (tab. 15). Starsi respondenci częściej deklarowali co najmniej jeden epizod palenia papierosów w życiu ($p < 0,001$). Do wcześniejszych prób palenia papierosów przyznało się 44,44% respondentów w wieku od 15 do 16 lat. W przypadku osób mających 17 lat oraz w przedziale wiekowym od 18 do 20 częstości były większe i wynosiły odpowiednio 58,82% oraz 65,66%. Starsi uczniowie częściej niż młodsi palili tytoń w tygodniu poprzedzającym sondaż ($p = 0,044$). Spośród uczniów w wieku od 18 do 20 lat papierosy w ciągu poprzedzającego tygodnia paliło 50,42%, spośród uczniów w wieku 17 lat 45%, a spośród tych w wieku od 15 do 16 lat było to 37,04%.

Typ szkoły, do której uczęszczała osoba objęta badaniem, miał istotny statystycznie związek z podjęciem w przeszłości prób palenia papierosów. Osoby pobierające naukę w technikum częściej niż uczniowie liceum deklarowały, że co najmniej raz w życiu paliły papierosy (64,47% vs. 54,73%; $p = 0,009$).

Również status związku rodziców respondentów wykazywał związek z wcześniejszym paleniem papierosów. Rzadziej do przynajmniej jednej próby palenia tytoniu przyznawali się respondenci, których rodzice żyli w małżeństwie, niż osoby, których rodzice pozostawali w innym związku (odpowiednio, 55,18% i 64,97%; $p = 0,017$).

Ponadto uczestnicy badania deklarujący bardzo dobrą sytuację materialną rodziny istotnie częściej potwierdzali palenie papierosów w tygodniu poprzedzającym udział w sondażu niż uczniowie gorzej oceniający sytuację materialną w swoim gospodarstwie domowym (52,98% vs. 42,21%, $p = 0,019$).

Tab. 15. Uwarunkowania palenia papierosów

Zmienna społeczno-demogr.	Kategorie zmiennej	Palenie papierosów**			Ostatni epizod palenia papierosów		
		nie % (n)	tak % (n)	p*	w ostatnim tygodniu % (n)	ponad tydzień temu % (n)	p*
Płeć	mężczyzna	43,62% (n=164)	56,38% (n=212)	p=0,787	48,10% (n=101)	51,90% (n=109)	p=0,320
	kobieta	42,74% (n=271)	57,26% (n=363)		43,80% (n=159)	56,20% (n=204)	
Wiek	15-16 lat	55,56% (n=170)	44,44% (n=136)	p<0,001	37,04% (n=50)	62,96% (n=85)	p=0,044
	17 lat	41,18% (n=140)	58,82% (n=200)		45,00% (n=90)	55,00% (n=110)	
	18-20 lat	34,34% (n=125)	65,66% (n=239)		50,42% (n=120)	49,58% (n=118)	
Typ szkoły	technikum	35,53% (n=81)	64,47% (n=147)	p=0,009	49,32% (n=72)	50,68% (n=74)	p=0,268
	liceum	45,27% (n=354)	54,73% (n=428)		44,03% (n=188)	55,97% (n=239)	
Miejsce zamieszkania	wieś	44,47% (n=221)	55,53% (n=276)	p=0,626	45,82% (n=126)	54,18% (n=149)	p=0,922
	miasto <400 tys.	41,61% (n=114)	58,39% (n=160)		45,63% (n=73)	54,38% (n=87)	
	miasto >400 tys.	41,28% (n=97)	58,72% (n=138)		43,80% (n=60)	56,20% (n=77)	
Wykształcenie ojca	podst. lub zaw.	43,67% (n=176)	56,33% (n=227)	p=0,061	48,46% (n=110)	51,54% (n=117)	p=0,465
	średnie	37,84% (n=126)	62,16% (n=207)		44,17% (n=91)	55,83% (n=115)	
	wyższe	47,29% (n=122)	52,71% (n=136)		42,22% (n=57)	57,78% (n=78)	
Wykształcenie matki	podst. lub zaw.	41,80% (n=102)	58,20% (n=142)	p=0,894	38,03% (n=54)	61,97% (n=88)	p=0,126
	średnie	42,57% (n=169)	57,43% (n=228)		47,37% (n=108)	52,63% (n=120)	
	wyższe	43,68% (n=159)	56,32% (n=205)		48,28% (n=98)	51,72% (n=105)	
Status związku rodziców	małżeństwo	44,82% (n=372)	55,18% (n=458)	p=0,017	44,08% (n=201)	55,92% (n=255)	p=0,291
	inny	35,03% (n=62)	64,97% (n=115)		49,57% (n=57)	50,43% (n=58)	
Syt. materialna rodziny	bardzo dobra	46,01% (n=144)	53,99% (n=169)	p=0,227	52,98% (n=89)	47,02% (n=79)	p=0,019
	inna	41,92% (n=288)	58,08% (n=399)		42,21% (n=168)	57,79% (n=230)	

* χ^2 z poprawką Pearsona lub dokładny test Fishera (jeśli miał zastosowanie); zmienna społeczno-demogr. – zmienna społeczno-demograficzna; syt. materialna rodziny – sytuacja materialna rodziny; **odpowiedź na pytanie: „Czy kiedykolwiek paliłeś/aś papierosy?”

Nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy poziomem KZ, płcią, miejscem zamieszkania oraz wykształceniem rodziców respondenta a podejmowaniem przez młodzież prób palenia papierosów, jak również z paleniem tytoniu w okresie bezpośrednio poprzedzającym niniejszy sondaż.

4.4.5. Uwarunkowania stosowania e-papierosów

Analiza wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy płcią respondentów i korzystaniem z e-papierosów w okresie poprzedzającym udział w sondażu (tab. 16). Mężczyźni częściej niż kobiety używali e-papierosów w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie (38,38% vs. 21,31%, $p<0,001$).

Z kolei w przypadku wieku respondentów odnotowano istotną statystycznie zależność z co najmniej jednokrotną wcześniejszą próbą użycia e-papierosów. Przeprowadzona analiza wykazała, że im starszy respondent, tym częściej deklarował próbę stosowania e-papierosów ($p<0,001$). Wśród młodzieży w wieku od 15 do 16 lat, co najmniej raz w życiu z e-papierosów korzystało 40,98% osób, a w grupie od 18 do 20 lat było to aż 55,49%.

Miejsce pobierania nauki w sposób istotny statystycznie wiązało się zarówno z inicjacją używania e-papierosów, jak również z ich stosowaniem w okresie poprzedzającym badanie. Uczniowie technikum częściej niż uczniowie liceum deklarowali korzystanie e-papierosów (64,16% vs. 45,79%; $p<0,001$).

Częściej też korzystali z nich w ciągu tygodnia poprzedzającego udział w badaniu (41,67% vs. 22,56%; $p < 0,001$).

Tab. 16. Uwarunkowania używania e-papierosów

Zmienna społeczno-demogr.	Kategorie zmiennej	Używanie e-papierosów**			Ostatni epizod użycia e-papierosów		
		nie % (n)	tak % (n)	p*	w ostatnim tygodniu % (n)	ponad tydzień temu % (n)	p*
Płeć	mężczyzna	47,06% (n=176)	52,94% (n=198)	p=0,138	38,38% (n=76)	61,62% (n=122)	p<0,001
	kobieta	51,89% (n=330)	48,11% (n=306)		21,31% (n=65)	78,69% (n=240)	
Wiek	15-16 lat	59,02% (n=180)	40,98% (n=125)	p<0,001	29,60% (n=37)	70,40% (n=88)	p=0,864
	17 lat	48,09% (n=164)	51,91% (n=177)		28,25% (n=50)	71,75% (n=127)	
	18-20 lat	44,51% (n=162)	55,49% (n=202)		26,87% (n=54)	73,13% (n=147)	
Typ szkoły	technikum	35,84% (n=81)	64,16% (n=145)	p<0,001	41,67% (n=60)	58,33% (n=84)	p<0,001
	liceum	54,21% (n=425)	45,79% (n=359)		22,56% (n=81)	77,44% (n=278)	
Miejsce zamieszkania	wieś	49,49% (n=245)	50,51% (n=250)	p=0,108	21,20% (n=53)	78,80% (n=197)	p=0,003
	miasto <400 tys.	46,01% (n=127)	53,99% (n=149)		33,56% (n=50)	66,44% (n=99)	
	miasto >400 tys.	55,32% (n=130)	44,68% (n=105)		36,54% (n=38)	63,46% (n=66)	
Wykształcenie ojca	podst. lub zaw.	47,39% (n=191)	52,61% (n=212)	p=0,183	26,07% (n=55)	73,93% (n=156)	p=0,560
	średnie	49,25% (n=164)	50,75% (n=169)		30,77% (n=52)	69,23% (n=117)	
	wyższe	54,65% (n=141)	45,35% (n=117)		26,50% (n=31)	73,50% (n=86)	
Wykształcenie matki	podst. lub zaw.	49,18% (n=120)	50,82% (n=124)	p=0,6	19,51% (n=24)	80,49% (n=99)	p=0,052
	średnie	48,36% (n=192)	51,64% (n=205)		31,22% (n=64)	68,78% (n=141)	
	wyższe	51,92% (n=189)	48,08% (n=175)		30,29% (n=53)	69,71% (n=122)	
Status związku rodziców	małżeństwo	50,72% (n=422)	49,28% (n=410)	p=0,320	29,58% (n=121)	70,42% (n=288)	p=0,106
	inny	46,59% (n=82)	53,41% (n=94)		21,28% (n=20)	78,72% (n=74)	
Syt. materialna rodziny	bardzo dobra	49,68% (n=156)	50,32% (n=158)	p=0,824	29,11% (n=46)	70,89% (n=112)	p=0,802
	inna	50,44% (n=346)	49,56% (n=340)		28,02% (n=95)	71,98% (n=244)	

* χ^2 z poprawką Pearsona lub dokładny test Fishera (jeśli miał zastosowanie); zmienna społeczno-demogr. – zmienna społeczno-demograficzna; syt. materialna rodziny – sytuacja materialna rodziny; **odpowiedź na pytanie: „Czy kiedykolwiek używałeś/aś e-papierosy?”

Przeprowadzona analiza wykazała także istotny statystycznie związek pomiędzy miejscem zamieszkania uczniów a korzystaniem z e-papierosów w okresie poprzedzającym badanie. Osoby mieszkające na wsi rzadziej (21,20%) niż mieszkańcy miast do 400 tys. mieszkańców (33,56%) lub powyżej 400 tys. mieszkańców (36,54%) korzystały z e-papierosów w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie ($p=0,003$).

Analiza nie wykazała istotnego statystycznie związku pomiędzy używaniem e-papierosów a poziomem KZ, wykształceniem ojca i matki respondenta, statusem ich związku oraz samooceną sytuacji materialnej rodziny osoby objętej badaniem.

4.5. Podsumowanie wyników

Przeprowadzony sondaż diagnostyczny wykazał, że nieco ponad połowa (55,21%) uczestników badania deklaruje podejmowanie regularnej aktywności fizycznej, jednakże tylko 17,72% osób poświęca na nią 60 lub więcej minut w ciągu dnia, a 22,15% od 30 do 60 minut.

W niniejszym badaniu odnotowano, iż najwięcej osób spożywa 4 (38,48%) lub 5 i więcej (31,10%) posiłków w ciągu dnia. Jednak tylko niewielka część uczniów szkół średnich (29,13%) deklarowała spożywanie posiłków o stałych porach. Z kolei kilkakrotnie w ciągu dnia spożywanie warzyw i owoców

zadeklarowało 32,38%, a raz dziennie 24,70% respondentów. Jednakże największą grupę stanowiły osoby spożywające warzywa i owoce kilka razy w tygodniu, ale nie codziennie (35,63%). Zdecydowana większość badanych (72,66%) spożywa posiłki typu fast food kilka razy w miesiącu, ale nie w każdym tygodniu.

Tylko 15,26% uczestników badania nigdy nie piła alkoholu. Natomiast ponad połowa takich osób (51,58%), konsumowała napoje alkoholowe w tygodniu poprzedzającym sondaż diagnostyczny.

Co najmniej jeden epizod palenia papierosów potwierdziło 56,59% uczniów szkół średnich, a z tej grupy w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie papierosy paliło 45,22% osób. Co najmniej jedną próbę użycia e-papierosów podjęło 49,61% respondentów. W tej grupie, 27,98% osób używało e-papierosy w ciągu ostatniego tygodnia przed sondażem, natomiast 26,98% nie stosowało e-papierosów od ponad roku.

Wyniki przeprowadzonej analizy potwierdziły, że mężczyźni częściej podejmują regularną aktywność fizyczną ($p < 0,001$) i poświęcają na nią co najmniej 30 minut ($p < 0,001$), częściej spożywają co najmniej 5 posiłków dziennie ($p = 0,037$), konsumują alkohol ($p = 0,018$) i używają e-papierosy ($p < 0,001$).

Starszy wiek był związany z rzadszym podejmowaniem regularnej aktywności fizycznej ($p = 0,01$), spożywaniem posiłków o stałych porach ($p = 0,047$), spożywaniem warzyw i owoców, a także z częstszym konsumowaniem alkoholu ($p < 0,001$), paleniem papierosów ($p < 0,001$) i korzystaniem z e-papierosów ($p < 0,001$). Starsi respondenci częściej deklarowali także konsumpcję alkoholu ($p < 0,001$) i palenie papierosów ($p = 0,044$) w ciągu tygodnia poprzedzającego sondaż. Ponadto, respondenci w wieku 17 lat istotnie częściej niż osoby z pozostałych grup wiekowych deklarowali spożywanie co najmniej 5 posiłków dziennie ($p = 0,014$).

Uczniowie liceów częściej spożywali posiłki o stałych porach ($p = 0,009$), co najmniej raz dziennie spożywali warzywa i owoce ($p < 0,001$), a rzadziej podejmowali próby palenia papierosów ($p = 0,009$), używania e-papierosów ($p < 0,001$) i rzadziej korzystali z e-papierosów w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie ($p < 0,001$) niż uczniowie technikum.

Mieszkańcy wsi istotnie częściej poświęcali na aktywność fizyczną poniżej 30 minut dziennie ($p = 0,027$) ale rzadziej używali e-papierosów w ciągu tygodnia poprzedzającego sondaż ($p = 0,003$). Ponadto, uczniowie mieszkający w największych miastach (powyżej 400 tys. mieszkańców) istotnie rzadziej spożywali posiłki o stałych porach ($p = 0,023$).

W niniejszej pracy wykazano zależność pomiędzy wykształceniem ojca i aktywnością fizyczną respondenta. Respondenci których ojcowie mieli wyższe lub średnie wykształcenie, częściej podejmowali aktywność fizyczną trwająca co najmniej 30 minut dziennie ($p = 0,045$). Odnotowano także istotny statystycznie związek pomiędzy wyższym wykształceniem ojca respondentów, a częstszym spożywaniem przez nich warzyw i owoców przynajmniej raz dziennie ($p = 0,001$).

Z kolei wyższe wykształcenie matki sprzyjało istotnie częstszemu poświęcaniu na dzienną aktywność fizyczną 30 lub więcej minut ($p=0,002$) oraz częstszemu spożywaniu pokarmów typu fast food przynajmniej kilka razy w tygodniu ($p=0,023$). Ponadto, podstawowe lub zasadnicze zawodowe wykształcenie matki wiązało się z rzadszym spożywaniem posiłków o stałych porach ($p=0,004$).

W niniejszej pracy wykazano także, iż uczniowie, których rodzice przebywali w związku małżeńskim istotnie rzadziej podejmowali próby palenia papierosów niż respondenci, wśród których status związku rodziców miał charakter inny niż małżeństwo ($p=0,017$).

Wyniki niniejszej pracy wskazują na istotną statystycznie zależność pomiędzy bardzo dobrą sytuacją materialną rodziny respondenta a częstszym spożywaniem warzyw i owoców przynajmniej raz dziennie ($p=0,014$), częstszym spożywaniem żywności fast food przynajmniej kilka razy w tygodniu ($p<0,001$), rzadszym podejmowaniem pierwszych prób picia alkoholu ($p=0,034$) oraz częstszym paleniem przez uczniów papierosów na przestrzeni ostatniego tygodnia przed realizacją sondażu ($p=0,019$).

Poziom KZ był znamienne wyższy wśród osób poświęcających na aktywność fizyczną przynajmniej 30 minut dziennie ($34,85\pm 6,45$) niż w przypadku respondentów, których dzienna aktywność nie przekraczała 30 minut ($33,93\pm 6,16$). Wykazano także istotnie wyższy poziom KZ w grupie uczniów spożywających warzywa i owoce co najmniej raz dziennie ($34,69\pm 6,29$) w porównaniu do tych, którzy rzadziej konsumowali te produkty ($33,80\pm 6,27$).

5. Dyskusja

Celem niniejszej pracy była ocena zachowań zdrowotnych adolescentów, a także analiza uwarunkowań zachowań żywieniowych, aktywności fizycznej, picia alkoholu, palenia papierosów oraz stosowania e-papierosów przez uczniów małopolskich szkół średnich.

Aktywność fizyczna

W niniejszej pracy wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem KZ, wiekiem, płcią oraz wykształceniem ojca i matki respondenta a aktywnością fizyczną. Respondenci w starszym wieku rzadziej podejmowali aktywność fizyczną. Natomiast uczestnicy, których rodzice osiągnęli wyższy poziom wykształcenia, osoby posiadające wyższe KZ i mieszkające w mieście poświęcali na aktywność fizyczną więcej czasu w ciągu dnia niż osoby z pozostałych podgrup wymienionych zmiennych. Ponadto, mężczyźni częściej deklarowali regularną aktywność fizyczną oraz dłuższy czas poświęcony na aktywność fizyczną niż kobiety.

Większą aktywność fizyczną chłopców i młodszych uczestników potwierdził także inny zespół badawczy. W sondażu przeprowadzonym przez Jodkowską, Mazur i Oblacińską (2015) wzięło udział 2300 uczniów w wieku od 13 do 16 lat. Również badanie przeprowadzone przez innych autorów, którym objęto 304 uczniów w wieku od 15 do 19 lat potwierdziło, że chłopcy istotnie częściej niż dziewczęta podejmują zarówno regularną aktywność fizyczną, jak i poświęcają na nią więcej czasu. Ponadto autorzy zaobserwowali, że typ szkoły do której uczęszcza uczeń nie determinuje intensywności aktywności fizycznej (Mikulak, Cybulski, Witkowska i Krajewska-Kułak, 2016). Takiego związku nie wykazano także w niniejszym opracowaniu.

Ogólnie, badania przeprowadzone w Polsce jednoznacznie wskazują, że chłopcy istotnie częściej niż dziewczęta podejmują regularną aktywność fizyczną (Dzielska i Nałęcz, 2013; Frömel, Groffik, Chmelik, Cocca i Skalik, 2018; Jodkowska i in., 2015; Jurczak, Cieślicka i Napierała, 2013; Mazur, 2015; Mikulak i in., 2016). Ponadto, czas jaki na nią poświęcają jest znacząco dłuższy (Bochenek i Grabowiec, 2013; Wasilewska i Bergier, 2018). Na podobne trendy wskazują badania przeprowadzone w innych krajach (Al-Hazza, Abahussain, Al-Sobayel, Qahwaji i Musaiger 2011; Mohammadi i in., 2019; Thapa i in., 2019), w tym także badanie HBSC zrealizowane w Europie i Kanadzie (Inchley i in., 2020).

Większość badań zrealizowanych w Polsce i w innych krajach potwierdza obserwację, iż poziom aktywności fizycznej zmniejsza się wraz z wiekiem (Fan i in., 2019; Lisinskiene i Juskeliene, 2019; Toftegaard-Støckel, Nielsen, Ibsen i Andersen, 2011).

Podobne wyniki opisywała wcześniej Mazur (2015) na podstawie analizy danych z badania HBSC z 2014 roku uzyskanych w grupie uczniów w wieku 15 lat (n=1484). Potwierdziła ona częstsze podejmowanie aktywności fizycznej przez chłopców niż dziewczęta, jak również zmniejszanie się poziomu aktywności fizycznej wraz z wiekiem. Ponadto, w badaniu tym nie wykazano związku pomiędzy miejscem

zamieszkania respondentów i statusem związku ich rodziców a podejmowaniem regularnej aktywności fizycznej, co także pokrywa się z wynikami niniejszej pracy. Należy jednak zauważyć, że autorka wykazała związek pomiędzy sytuacją materialną rodziny a podejmowaniem aktywności fizycznej przez młodzież. Podobnej zależności nie wykazano w innym polskim badaniu sondażowym, którym objęto 391 uczniów w wieku od 12 do 19 lat. W tym badaniu analizowano związek pomiędzy statusem materialnym rodziny i uczestnictwem na zajęciach z wychowania fizycznego (Dudek i Kasznia-Kocot, 2016). Na uwagę zasługuje fakt, iż znaczna część badań prowadzonych w innych krajach także wykazała zależność pomiędzy sytuacją materialną rodziny respondenta a podejmowaniem przez młodzież aktywności fizycznej (Guedes i Souza, 2012; Inchley i in., 2020; Lisinskiene i Juskeliene, 2019; Park i Hwang, 2017).

Z kolei Wells, Neramo i Östberg (2017) oraz Liu i in. (2017) opublikowali wyniki badań częściowo zgodne z wynikami niniejszej pracy w odniesieniu do związku pomiędzy wykształceniem rodziców respondenta a ich aktywnością fizyczną. Liu i in. (2017) udowodnili związek pomiędzy wykształceniem matki a podejmowaną przez młodzież aktywnością fizyczną. Natomiast Wells i in. (2017) wykazali, że jedynie w przypadku dziewcząt wyższe wykształcenie rodziców sprzyja większej aktywności fizycznej.

Hoffmann, Bryl, Marcinkowski, Strażyńska i Pupek-Musialik (2011) objęli badaniem 116 uczniów w wieku od 15 do 17 lat. Autorzy wykazali, że uczniowie zamieszkujący miasto istotnie częściej deklarują podejmowanie regularnej aktywności fizycznej, a także poświęcają na nią istotnie więcej czasu. O ile w niniejszym badaniu również wykazano, że mieszkanie w mieście sprzyja przeznaczaniu dłuższego czasu na aktywność fizyczną, to nie odnotowano takich zależności w kontekście jej regularności. Podobnego związku nie wykazali także inni autorzy (Humeniuk, Dąbska, Pawlikowska-Łagód i Rumińska, 2018; Kozłowska i in., 2015; Lu i in., 2017; Starczewska i in., 2015).

Wyniki badania zaprezentowane przez Choi i in. (2018) wydają się potwierdzać znaczenie KZ jako istotnej determinanty aktywności fizycznej. Przeprowadzili oni badanie wśród uczniów z Hong Kongu (n=1945) w wieku od 12 do 18 lat, które potwierdziło, że większe KZ sprzyjają podejmowaniu przez uczniów różnych form aktywności fizycznej. Także Charlton i in. (2014) stwierdzili, że nieadekwatne KZ są jedną z kluczowych barier dla właściwego poziomu aktywności fizycznej. Jednakże badanie wśród tajwańskiej młodzieży (n=1601; średni wiek=17 lat) nie wykazało zależności pomiędzy poziomem KZ respondentów a podejmowaniem przez nich aktywności fizycznej (Chang, 2010).

Zwyczaje żywieniowe

Analiza danych przeprowadzona dla potrzeb niniejszej pracy wskazuje, iż chłopcy oraz respondenci w wieku 17 lat spożywają większą liczbę posiłków w ciągu dnia niż pozostałe podgrupy respondentów. Natomiast bardziej regularnym posiłkom sprzyja młodszy wiek, uczęszczanie do liceum, zamieszkiwanie w mieście, a także wyższe niż podstawowe lub zawodowe wykształcenie matki respondenta. Z kolei częstszemu spożywaniu warzyw i owoców sprzyjał młodszy wiek respondenta, pobieranie nauki w liceum, wyższe wykształcenie ojca oraz bardzo dobra sytuacja materialna rodziny. Częstsze spożywanie posiłków

typu fast food deklarowały osoby oceniające sytuację materialną swojej rodziny jako bardzo dobrą i, co niespodziewane, których matki uzyskały wyższy poziom wykształcenia.

Jednakże wyniki badania przeprowadzonego przez Orkusz i Babiarcz (2015) wśród 168 uczniów liceów w Jaworznie wykazały, że to jednak dziewczęta częściej spożywają 5 lub więcej posiłków. Te autorki nie wykazały związku pomiędzy płcią respondentów a jedzeniem produktów typu fast food. Należy zaznaczyć, że w części innych badań również nie wykazano żadnych zależności pomiędzy liczbą spożywanych w ciągu dnia posiłków a płcią ankietowanych (Cipora, Smoleń, Klimaszewska, Klimaszewska i Zukow, 2016; Mikulak i in., 2016; Sitko, Wojtaś i Gronowska-Senger, 2012).

Interesujące wyniki uzyskali Humeniuk i in. (2018). Objęli oni badaniem 150 uczniów w wieku od 10 do 18 lat (średnia 14 lat). Co ciekawe, autorzy nie wykazali związku pomiędzy wiekiem respondentów, miejscem zamieszkania czy sytuacją materialną rodziny a liczbą posiłków spożywanych w ciągu dnia. Stwierdzili oni natomiast, że młodszy wiek sprzyjał większej regularności posiłków. Inne badania przeprowadzone w Polsce potwierdziły, że młodzież w starszym wieku rzadziej spożywa warzywa i owoce (Mazur i Małkowska-Szcutnik, 2018; Myszkowska-Ryciak i in., 2019). Podobne wyniki opisano w europejskim raporcie z badania HBSC (Inchley i in., 2020) oraz w raportach z badań przeprowadzonych w Brazylii (Maia i in., 2018) i w Arabii Saudyjskiej (Al-Hazzaa i in., 2011).

W większości badań nie stwierdzono związku pomiędzy typem szkoły do której uczęszcza respondent a spożywaniem przez niego posiłków o stałych porach (Malara, Joško, Kasperczyk i Kamecka-Krupa, 2010; Saracen, 2010a). Należy jednak zaznaczyć, że w badaniu przeprowadzonym przez Mikulak i in. (2016) wykazano, że uczniowie liceum częściej niż uczniowie szkół zawodowych spożywają codziennie warzywa i owoce.

W badaniu zrealizowanym na terenie Polski wśród pełnoletnich uczniów szkół średnich (n=236) wykazano, że zarówno wykształcenie ojca jak i matki respondenta ma związek z jego dietą, w tym z regularnością posiłków (Kulik, Skórzyńska, Pacian, Krawczyk i Ferenc, 2014). Podobne obserwacje opisywały Czarnocińska i in. (2020) w grupie dziewcząt w średnim wieku 17,3 lat (n=1107). Stwierdziły one, że wyższe wykształcenie obojga rodziców sprzyja częstszej konsumpcji warzyw i owoców, a wyższe wykształcenie matki rzadszemu spożywaniu produktów typu fast food. W tym badaniu nie wykazano związku pomiędzy sytuacją materialną rodziny a spożywaniem posiłków typu fast food. Tak więc, wyniki uzyskane przez Czarnocińską i in. (2020) są niezgodne z wynikami niniejszej pracy. Należy dodać, że niektóre badania nie wykazały żadnego związku pomiędzy poziomem wykształcenia rodziców uczestnika badania a częstością spożywania przez niego żywności fast food (Alimoradi, Jandaghi, Khodabakhshi, Javadi i Moghadam, 2017).

Większość badań przeprowadzonych w Polsce i innych krajach wykazało pozytywny związek pomiędzy sytuacją materialną i spożywaniem warzyw i owoców (Bigio i in., 2011; Cutler, Flood, Hannan i Neumark-

Sztainer, 2011; Fismen, Smith, Torsheim i Samdal, 2014; Kim, Kwon, Park, Choe i Lee, 2015; Mazur, 2015; Wypych-Ślusarska i in., 2013; Yannakoulia i in., 2015).

Ogólnie, badania przeprowadzone wśród młodzieży w wieku szkolnym na świecie wskazują, że większe KZ sprzyjają zdrowszym zachowaniom żywieniowym. Ponadto, osoby z małymi KZ rzadziej przestrzegają zasad zdrowego odżywiania się (Chang, 2010; Oti, 2020; Ozturk i Ayaz-Alkaya, 2020; Park i in., 2017). Niniejsza praca wykazała ograniczony związek KZ z zachowaniami żywieniowymi. KZ miały związek jedynie z konsumpcją warzyw i owoców. Podobne wyniki przedstawili również Delbosq i in. (2022) na podstawie sondażu HBSC wśród 2145 uczniów w wieku od 13 do 15 we Włoszech.

W pracy nie wykazano związku pomiędzy statusem związku rodziców respondentów a ich zwyczajami żywieniowymi. Część wcześniejszych badań też nie wykazała takich zależności, zwłaszcza w odniesieniu do spożycia warzyw i owoców (Mazur, 2015; Pearson, Atkin, Biddle, Gorely i Edwardson, 2009). Jednakże niektóre podkreślają zależność pomiędzy zamieszkiwaniem z obojgiem rodziców a częstszym spożywaniem posiłków o stałych porach (Levin i Kirby, 2012; Park i You, 2017).

Konsumpcja alkoholu

Wyniki niniejszej pracy wykazały, iż starszy wiek respondenta oraz gorsza sytuacja materialna rodziny sprzyjały przejściu inicjacji alkoholowej. Natomiast konsumpcję alkoholu w tygodniu poprzedzającym badanie częściej deklarowali chłopcy i starsi respondenci.

Wyniki badań HBSC z lat 2014 i 2018 są zgodne z powyższymi obserwacjami. Stwierdzono w nich, że odsetek osób mających za sobą inicjację alkoholową i konsumpcję alkoholu w dniach poprzedzających sondaż jest większy w grupie starszych respondentów. Badania te nie wykazały istotnego statystycznie związku pomiędzy płcią respondenta a co najmniej jednym epizodem konsumpcji alkoholu. Jednakże w badaniu z 2014 roku wykazano, że płeć męska sprzyjała picciu alkoholu w dniach bezpośrednio poprzedzających sondaż. Podobnego zjawiska nie potwierdzono w badaniu prowadzonym cztery lata później. Ponadto w badaniu z 2014 roku (późniejsze badania nie ujęły tych wątków w analizie) nie wykazano związku pomiędzy spożywaniem alkoholu w okresie poprzedzającym ankietę a sytuacją materialną rodziny, jak również miejscem zamieszkania respondenta i inicjacją alkoholową. Takich zależności nie obserwowano również w niniejszej pracy. Tym nie mniej Mazur (2015) oraz Mazur i Małkowska-Szkućnik (2018) wykazały, że istnieje zależność pomiędzy strukturą rodziny uczestnika badania a co najmniej jednym epizodem konsumpcji alkoholu w życiu. Badania zrealizowane w innych krajach zdają się potwierdzać te obserwacje. Młodzież wychowująca się w niepełnych lub zrekonstruowanych rodzinach częściej spożywała alkohol lub wcześniej przechodziła inicjację alkoholową (Lee i in., 2020; Malta, Mascarenhas, Porto, Barreto i Neto, 2014; Park i Lee, 2020; Šumskas i Zaborskis, 2017; Šumskas, Zaborskis i Grabauskas, 2012). Istnieją także badania, które takich zależności nie wykazały (Benjet, Borges, Mendez, Casanova i Medina-Mora, 2014; Pedersen i van Soest, 2015).

Również raport z najnowszego badania ESPAD realizowanego w Polsce w 2019 roku w większości pokrywa się z wynikami niniejszej pracy. Badanie przeprowadzono na terenie 6 województw w grupie wiekowej od 15 do 18 lat (n=12 434). Sierosławski (2020) potwierdził, że odsetek osób deklarujących spożywanie alkoholu przynajmniej raz w życiu, jak również w czasie poprzedzającym sondaż, rośnie wraz z wiekiem. Ponadto, podobnie jak w badaniu HBSC z 2018, autor nie wykazał związku pomiędzy płcią respondentów a przejściem inicjacji alkoholowej, jak również piciem przez ankietowanych alkoholu w okresie 30 dni przed badaniem.

Inne badania przeprowadzone w Polsce i na świecie również jednoznacznie wskazują, że wyższy wiek sprzyja deklarowaniu co najmniej jednego epizodu konsumpcji alkoholu w życiu oraz częstszej konsumpcji w okresie bezpośrednio poprzedzającym badanie (Chartier, Hesselbrock i Hesselbrock, 2010; Petrou i Kupek, 2018; Swendsen i in. 2012; Śmigielska, 2015).

Wyniki niniejszej pracy wykazały, że gorsza sytuacja materialna w gospodarstwie domowym respondenta sprzyja częstszemu deklarowaniu co najmniej jednego epizodu konsumpcji alkoholu w życiu. Niektóre badania potwierdzają powyższe obserwacje (Jaisooriya i in., 2016), jednakże raport z badań HBSC z 2018 dla Europy i Kanady przedstawia inne wyniki. Inchley i in. (2020) wykazali, że w przypadku chłopców w połowie, a wśród dziewcząt w 1/5 krajów/regionów objętych sondażem zaobserwowano częstszą inicjację alkoholową wśród uczniów pochodzących z zamożniejszych rodzin.

Nieco zaskakujący wydaje się fakt, iż w niniejszym badaniu nie wykazano zależności pomiędzy piciem przez młodzież alkoholu a wykształceniem rodziców. Wprawdzie dostępne są pojedyncze badania także niepotwierdzające takiego związku (Sygit, 2015), jednak często taka zależność jest opisywana. Część badaczy wskazuje, że wyższe wykształcenie rodzica (lub obojga rodziców) sprzyja częstszemu piciu alkoholu (Benjet i in., 2014; Saracen, 2010b). Z kolei, wyniki innych badań sugerują, że dzieci rodziców posiadających niższe wykształcenie wcześniej przechodzą inicjację alkoholową (Park i Kim, 2016).

Niespodziewany był także brak zależności pomiędzy poziomem KZ a piciem alkoholu przez młodzież. W wielu badaniach opisywano, że niższe KZ sprzyjają nadużywaniu i regularnemu piciu napojów alkoholowych (Chisolm, Manganello, Kelleher i Marshal, 2014; Park i in., 2017). Brandt i in. (2019) przeprowadzili badanie wśród austriackich uczniów (n=5614) w wieku od 11 do 17 lat. Potwierdzili oni, że niski poziom KZ uczniów wiązał się z częstszym deklarowaniem co najmniej jednego epizodu picia alkoholu, częstszą konsumpcją alkoholu w ostatnich 30 dniach poprzedzających badanie oraz spożywaniem większych ilości alkoholu. Ponadto respondenci z niższym poziomem KZ częściej się upijali.

Palenie papierosów

W niniejszej pracy wykazano, iż częściej co najmniej jeden epizod palenia papierosów deklarowali starsi respondenci, uczniowie technikum oraz respondenci, których rodzice pozostawali w innym związku niż

małżeństwo. Częstszemu paleniu wyrobów tytoniowych w tygodniu poprzedzającym badanie sprzyjał starszy wiek, a także gorsza niż bardzo dobra sytuacja materialna rodziny respondenta.

Wyniki badania ESPAD z 2019 roku opracowane przez Sierosławskiego (2020) potwierdzają powyższe spostrzeżenia. Autor także wykazał, że starszy wiek uczestników badania był związany z częstszym deklarowaniem palenia papierosów przynajmniej raz w życiu, a także w okresie 30 dni przed przeprowadzeniem sondażu. Takie same wyniki uzyskali inni badacze z Polski (Opielak, Nadulska, Piotrkowicz i Szeszko, 2014; Polańska, Wojtysiak, Bąk-Romaniszyn i Kaleta, 2016) oraz z innych krajów (Duko, Melese i Ebrahim, 2019; Ling i in., 2019; Rachiotis i in., 2020; Wellman i in., 2016).

Również raporty z dwóch ostatnich edycji badań HBSC potwierdzają, że odsetek osób po inicjacji tytoniowej oraz palących papierosy w czasie bezpośrednio poprzedzającym badanie rośnie wraz z wiekiem. Ponadto w badaniach HBSC z 2014 i 2018 roku opisanych przez Mazur (2015) oraz Mazur i Małkowską-Szkutnik (2018) także wykazano, iż uczniowie żyjący w niepełnych lub zrekonstruowanych rodzinach istotnie częściej deklarują palenie papierosów przynajmniej raz w życiu. Autorki nie potwierdziły natomiast związku pomiędzy częstszym paleniem przez młodzież papierosów przynajmniej raz w tygodniu a sytuacją materialną rodziny (Mazur, 2015; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018). Brak takiego związku lub jego ograniczone występowanie potwierdzili także inni badacze (Inchley i in., 2020; Sygit, 2015). Jak się okazuje, sytuacja materialna rodziny ucznia może również nie mieć związku z inicjacją tytoniową (Koutra i in., 2017; Park i Hwang, 2017; Šumskas, Zaborskis i Grabauskas, 2012).

Wcześniejsze badanie opublikowane przez polskie autorki wykazało, że typ szkoły może wiązać się z paleniem. W sondażu wzięli udział uczniowie (n=2893) w wieku 16 i 18 lat. Autorki wykazały, że najniższy odsetek osób palących (spośród ówczesnych szkół ponadgimnazjalnych) był w liceum (Jodkowska, Oblacińska, Mikiel-Kostyra i Tabak, 2012). Podobne wyniki uzyskano także w badaniach przeprowadzonych w Korei Południowej na grupie 9807 uczniów (Chung i Joung, 2014).

W niniejszym badaniu nie wykazano zależności pomiędzy podejmowaniem pierwszych prób palenia i paleniem w czasie poprzedzającym sondaż a miejscem zamieszkania, poziomem KZ oraz wykształceniem rodziców uczestników badania. Przy czym część autorów wykazuje, że zamieszkiwanie na wsi (Pesko i Robarts, 2017; Sygit i in., 2011), niższe wykształcenie rodziców (Joffer i in., 2014; Robert i in., 2019; Valencia, Tran, Lim, Choi i Oh, 2019) oraz niższy poziom KZ (Brandt i in., 2019; Page i in., 2010; Park i in., 2017; Rababah, Al-Hammouri, Drew i Aldalaykeh, 2019; Salgado i in., 2012) sprzyja wcześniejszej inicjacji tytoniowej i częstszemu sięganiu po papierosy w okresie kilku dni/tygodni przed sondażem.

Używanie e-papierosów

W pracy wykazano, iż pierwsze próby używania e-papierosów częściej deklarowali starsi respondenci i uczniowie technikum. Natomiast rzadziej korzystanie z e-papierosów w tygodniu poprzedzającym sondaż deklarowały dziewczęta, uczniowie liceum i mieszkańcy wsi.

Wyniki badania Global Youth Tobacco Survey (GYTS) przeprowadzonego w Polsce w 2016 roku w grupie 5154 uczniów w wieku od 13 do 15 lat potwierdziły, że chłopcy istotnie częściej niż dziewczęta korzystali z e-papierosów w okresie 30 dni poprzedzających sondaż (WHO: GYTS – strona internetowa). Także wyniki badań z innych krajów pokazały, że chłopcy częściej sięgają po e-papierosy (Cho, Shin i Moon, 2011; Kaufmann i Currie, 2017; Nădășan i in., 2016; Zavała-Arciniega i in., 2019).

Jak można było się spodziewać, większość badań wykazało również, że starszy wiek wiąże się z większą liczbą prób używania e-papierosów (Kaleta, Niedzin, Jankowska i Polańska, 2019; McCabe, West, Veliz i Boyd, 2017; Merry i Bullen, 2018). W niniejszej pracy nie wykazano zależności pomiędzy wiekiem respondentów i używaniem e-papierosów w okresie bezpośrednio poprzedzającym badanie, jednak większość badaczy dowodzi, iż wraz z wiekiem rośnie odsetek osób deklarujących stosowanie e-papierosów w ostatnim czasie (Hyeon, Shelley i Lee, 2019; Soteriades i in., 2020; Tolstrup, Pisinger, Egan i Christensen, 2018).

Badania prowadzone poza Polską potwierdziły także zależność opisaną w niniejszej pracy pomiędzy uczęszczaniem do szkół technicznych i/lub zawodowych a czasem pierwszych prób używania e-papierosów oraz korzystania z tych urządzeń w okresie poprzedzającym sondaż (McCabe i in., 2017; St. Claire i in., 2019; Zhu i in., 2020).

Goniewicz i Zielińska-Danch (2012) przeprowadzili badanie sondażowe w grupie 20 400 polskich uczniów i studentów w wieku od 15 do 24 lat. Potwierdzili oni, że mieszkanie w mieście sprzyja istotnie częstszemu używaniu e-papierosów w miesiącu przed badaniem. Ponadto, przeciwnie do wyników uzyskanych w niniejszej pracy, wykazali oni, że adolescenty mieszkający na wsi rzadziej podejmowali próby stosowania e-papierosów. Co ciekawe, badanie zrealizowane w USA nie wykazało istotnego statystycznie związku pomiędzy miejscem zamieszkania adolescentów a używaniem przez nich e-papierosów (Pesko i in., 2017).

W niniejszej pracy nie wykazano zależności pomiędzy co najmniej jednym epizodem stosowania e-papierosów albo ich użyciem w tygodniu poprzedzającym sondaż a wykształceniem rodziców i statusem ich związku, sytuacją materialną rodziców i poziomem KZ respondenta. Badania innych autorów przyniosły zróżnicowane wyniki. Część badań potwierdziło brak takich zależności (Kinnunen, Ollila, Minkkinen, Lindfors i Rimpela, 2018; Moor i in., 2015; Morello i in., 2019; Wong i Fan, 2018). Wyniki innych opracowań wykazały, że używaniu e-papierosów może sprzyjać przede wszystkim wychowywanie się w niepełnej lub zrekonstruowanej rodzinie (Geidne, Beckman, Edvardsson i Hulldin, 2016; Park i Lee, 2020), gorsza sytuacja materialna rodziny (Hyeon i in., 2019) oraz niski poziom KZ (Li, Yuan i Zeng, 2020). Ponadto, jedno z badań wykazało, że stosunkowo wysoki poziom wiedzy na temat szkodliwości e-papierosów wśród uczniów nie przekładał się na ograniczenie ich używania. Autorzy podkreślili także, że młodzież powszechnie bagatelizuje potencjał uzależniający e-papierosów zawierających nikotynę, co może odpowiadać za opisywany brak związku pomiędzy KZ i używaniem e-papierosów (Rohde i in., 2018).

Ograniczenia

Należy zwrócić uwagę, że w pracy ograniczono zakres analizy zarówno jeśli chodzi o zachowania zdrowotne jak i ich potencjalne determinanty, które zostały ujęte w kwestionariuszu ankiety będącym podstawą badania sondażowego (załącznik). Przedstawienie i przedyskutowanie wyników wszystkich danych zebranych w toku badania wykraczałoby dalece poza zalecenia w zakresie objętości rozpraw doktorskich. Niewykorzystane do tej pory dane zostaną natomiast użyte do przygotowania artykułów w recenzowanych czasopismach z Polski i ze świata oraz doniesień konferencyjnych.

Z tego samego powodu już na etapie opracowania narzędzia badawczego nie uwzględniono w nim aspektów związanych ze zdrowiem psychicznym adolescentów oraz wpływem najbliższego otoczenia na podejmowane przez osoby w wieku młodzieńczym zachowania związane ze zdrowiem. Faktem jest, że wiele badań podkreśla znaczenie relacji rodzinnych oraz rówieśniczych na podejmowane zachowania zdrowotne. Ich wpływ jest szczególnie widoczny na stosowanie przez młodzież substancji psychoaktywnych. Zaburzone relacje rodzinne i rówieśnicze, jak również presja ze strony znajomych, są istotnymi czynnikami wpływającymi na podejmowanie przez uczniów zachowań zagrażających zdrowiu (Iwamoto i Smiler, 2013; Tael-Öeren, Naughto i Sutton, 2019; Wartberg i in., 2016). Jednakże uwzględnienie wszystkich potencjalnych predyktorów zachowań zdrowotnych, na które zwracano uwagę we wstępie do niniejszej pracy, oznaczałoby w praktyce niemożność przeprowadzenia sondażu. Czas potrzebny na jego wypełnienie wykraczałoby poza akceptowalne ramy, które były ustalane z Dyrektorami szkół biorących udział w badaniu. Ze względu na charakter organizacji pracy i nauki w placówkach edukacyjnych przeprowadzenie sondażu nie mogło trwać dłużej niż jedną jednostkę lekcyjną, tj. 45 min. Ten czas musiał także obejmować przedstawienie celu i zakresu badania, zebranie zgód na uczestnictwo w badaniu, wytłumaczenie zasad wypełniania kwestionariusza oraz odpowiedzi na ewentualne pytania. Przy obecnym kształcie narzędzia badawczego i po dopełnieniu wszystkich powyższych czynności czas, który był niezbędny na przeprowadzenie sondażu wynosił od 30 do 40 minut. Każde ewentualne modyfikacje polegające na dodaniu pytań skutkowałyby przekroczeniem limitu 45 minut potrzebnych na wypełnienie kwestionariusza, co w praktyce oznaczało niemożność właściwej realizacji badania.

W związku z powyższym, synteza wyników została przygotowana w oparciu o dane wynikające z zastosowania narzędzia badawczego przygotowanego na potrzeby niniejszej pracy, a także po zawężeniu obszaru zainteresowania do kluczowych z punktu widzenia pracy zachowań zdrowotnych i ich potencjalnych determinant.

Należy także wspomnieć, że zastosowany w niniejszej pracy jednoczynnikowy model analizy niesie za sobą pewne ograniczenia. Przede wszystkim w zakresie poznania i zbadania ewentualnych złożonych uwarunkowań, stojących za podejmowaniem przez adolescentów zachowań mogących negatywnie wpływać na ich zdrowie. Modele takie wykorzystywane są jednak powszechnie, chociażby w wielokrotnie przytaczanych badaniach HBSC (Inchley i in., 2020; Mazur i Małkowska-Szcutnik, 2018). Ponadto, jest to

zgodne z kluczowymi założeniami niniejszej pracy. Dotyczą one poznania, w jakim stopniu determinanty modyfikowalne (np. sytuacja materialna, KZ) i niemodyfikowalne (np. płeć, wiek) jako pojedyncze predyktory, decydują o zachowaniach zdrowotnych małopolskiej młodzieży szkolnej. To z kolei jest podstawą do szybkiej identyfikacji jednostek i/lub grup szczególnie narażonych na podejmowanie zachowań zagrażających zdrowiu. Tym samym może, a wręcz powinno, być przyczynkiem do implementacji odpowiednio dobranej i skutecznej interwencji w zakresie PZ.

Należy także zwrócić uwagę na nieoczekiwanie bardzo ograniczony związek KZ z zachowaniami podejmowanymi przez uczestników badania. Jest to o tyle zaskakujące, że większość źródeł naukowych w dość jednoznaczny sposób wskazuje KZ jako jedną z kluczowych determinant zachowań zdrowotnych (Brandt i in., 2019). Jedno z możliwych wyjaśnień wiąże się z użytym narzędziem. Dedykowane jest dla osób powyżej 15 roku życia, jednakże niektóre pytania mogą nie przystawać do codziennego życia ludzi młodych. Chodzi przede wszystkim o pytania dotyczące korzystania z usług opieki zdrowotnej. Adolescenci mogą nie mieć zbyt wielu doświadczeń z tym związanych, a co za tym idzie ich odpowiedzi niekoniecznie odzwierciedlają rzeczywistość i faktyczne kompetencje w tym zakresie. Ponadto, w przypadku niemieckiej wersji narzędzia HLS-EU-Q odnotowano brak zrozumienia przez uczestników badania (wiek do 17 lat) niektórych pytań. Były określane jako skomplikowane i zbyt trudne (Domanska i in., 2018). Tym samym należy zaznaczyć, że w momencie tworzenia kwestionariusza na potrzeby niniejszego badania żadne publikacje naukowe nie sugerowały podobnych problemów. Również badanie pilotażowe, przeprowadzone w maju 2017 roku, nie wskazywało na jakiegokolwiek trudności.

6. Wnioski

Analiza wyników sondażu diagnostycznego przeprowadzonego na potrzeby niniejszego badania pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. Jedynie blisko połowa małopolskich uczniów szkół średnich uprawia regularnie aktywność fizyczną, a średni dzienny czas poświęcany na ruch jest zdecydowanie niewystarczający.
2. Większość uczniów spożywa odpowiednią liczbę posiłków w ciągu dnia, jednakże w nieregularnych odstępach czasu, a ponadto adolescenti zbyt rzadko spożywają warzywa i owoce oraz tylko niewielki odsetek całkowicie zrezygnował z żywności typu fast food.
3. Zdecydowana większość uczestników badania przeszła już inicjację alkoholową, a ponad połowa spożywała alkohol w okresie poprzedzającym badanie.
4. Około połowy uczestników używało kiedykolwiek papierosy i/lub e-papierosy, jednakże to wyroby tytoniowe cieszyły się większą popularnością w czasie bezpośrednio poprzedzającym badanie.
5. Mężczyźni częściej niż kobiety pili alkohol i używali e-papierosy w okresie poprzedzającym badanie, ale spożywali większą liczbę posiłków w ciągu dnia oraz częściej podejmowali regularną aktywność fizyczną, poświęcając na nią więcej czasu.
6. Starsi uczniowie częściej co najmniej raz w życiu i w okresie bezpośrednio poprzedzającym sondaż stosowali używki, rzadziej podejmowali regularną aktywność fizyczną i spożywali mniej warzyw i owoców.
7. Uczniowie liceum częściej niż osoby uczęszczające do technikum spożywali warzywa i owoce oraz posiłki o stałych porach, a także rzadziej deklarowali wcześniejsze palenie papierosów i używanie e-papierosów, zarówno w okresie bezpośrednio poprzedzającym udział w sondażu jak i wcześniej.
8. Respondenci mieszkający na wsi rzadziej niż mieszkańcy miast kiedykolwiek używali e-papierosów i poświęcali mniej czasu na dzienną aktywność fizyczną, ale mieszkańcy dużych miast (powyżej 400 tys. mieszkańców) rzadziej niż inne grupy spożywali posiłki o stałych porach.
9. Uczestnicy badania, których ojcowie posiadali wyższe wykształcenie częściej poświęcali na aktywność fizyczną przynajmniej 30 minut dziennie oraz częściej spożywali warzywa i owoce.
10. Wyższe wykształcenie matki respondentów wiązało się z poświęcaniem dłuższego czasu na aktywność fizyczną, częstszym spożywaniem posiłków o stałych porach, ale także częstszym jedzeniem produktów typu fast food.
11. Uczniowie, których rodzice pozostawali w związku małżeńskim rzadziej podejmowali próby palenia papierosów.
12. Bardzo dobra sytuacja materialna rodziny sprzyjała częstszemu spożywaniu warzyw i owoców oraz żywności typu fast food, ale również rzadszemu wcześniejszemu, zarówno w ciągu całego życia albo w okresie poprzedzającym badanie, spożywaniu alkoholu.

13. Nieoczekiwane KZ miały związek jedynie z intensywnością aktywności fizycznej i konsumpcją warzyw i owoców. Osoby z większymi KZ znacząco częściej podejmowały aktywność fizyczną trwającą co najmniej 30 minut dziennie i co najmniej raz dziennie spożywały warzywa i owoce.

Zmiennymi społeczno-demograficznymi najczęściej wykazującymi związek z zachowaniami zdrowotnymi młodzieży uwzględnionymi w niniejszej analizie były wiek, płeć oraz typ szkoły respondenta. Z kolei status związku rodziców, wykształcenie ojca oraz co nieoczekiwane poziom KZ respondenta były zmiennymi dla których najrzadziej wykazywano podobną zależność.

Wnioski zaprezentowane w ramach niniejszej pracy mogą być pomocne w identyfikacji jednostek i grup adolescentów szczególnie wymagających objęcia działaniami z zakresu PZ. Diagnoza stanu wyjściowego, czyli wskazanie aktualnych problemów i wyzwań zdrowotnych występujących w środowisku szkolnym oraz ich uwarunkowań jest podstawą interwencji PZ, w tym także działań podejmowanych w ramach projektu SzPZ. Działania te mają natomiast na celu wzmocnienie zachowań sprzyjających zdrowiu i ograniczenie tych wpływających na zdrowie negatywnie.

Należy również podkreślić, że istnieje konieczność kontynuacji badań przedstawiających charakterystykę zachowań zdrowotnych młodzieży oraz pomagających we wskazaniu ich kluczowych uwarunkowań. Jest to przede wszystkim związane ze zmieniającą się specyfiką i nasileniem tychże zachowań. Natomiast cykliczność badań pomaga w wyznaczaniu dotychczasowych oraz przewidywaniu przyszłych trendów w zachowaniach zdrowotnych młodzieży, co również jest kluczowe w planowaniu skutecznych interwencji w zakresie PZ.

7. Spis literatury

1. Al-Hazzaa, H. M., Abahussain, N. A., Al-Sobayel, H., Qahwaji, D. M. i Musaiger, A. O. (2011). Physical activity, sedentary behaviors and dietary habits among Saudi adolescents relative to age, gender and region. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, e:140.
2. Alimoradi, F., Jandaghi, P., Khodabakhshi, A., Javadi, M. i Moghadam, S. A. H. Z. (2017). Breakfast and fast food eating behavior in relation to socio-demographic differences among school adolescents in Sanandaj Province, Iran. *Electronic Physician*, 9(6), 4510-4515.
3. Baranowska, A. S. (2016). Zachowania ryzykowne młodzieży. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(6), 517-530.
4. Bardziejewska, M. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, (s. 345-377). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
5. Benjet, C., Borges, G., Mendez, E., Casanova, L. i Medina-Mora, M. E. (2014). Adolescent alcohol use and alcohol use disorders in Mexico City. *Drug and Alcohol Dependence*, 136, 43-50.
6. Bigio, R. S., Verly Junior, E., de Castro, M. A., Cesar, C. L. G., Fisber, R. M. i Marchioni, D. M. L. (2011). Determinants of fruit and vegetable intake in adolescents using quantile regression. *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 1-8.
7. Bjørnsen, H. N., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., Espnes, G. A. i Moksnes, U. K. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17(1), e:717.
8. Blair, M., Steward-Brown, S., Waterston, W. i Crowther R. (2003). *Child public health*. Oxford: Oxford University Press.
9. Blaxter, M. (2009). *Zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
10. Bochenek, A. i Grabowiec, A. (2013). Odżywianie i aktywność fizyczna jako elementy stylu życia młodzieży licealnej. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 32, 202-213.
11. Borzucka-Sitkiewicz K. (2016). Realizacja koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie w Polsce: raport z badań przeprowadzonych w szkołach z krajowym certyfikatem Szkół Promujących Zdrowie. *Chowanna*, 2(47), 251-268.
12. Boston University. (2020). *Health Literacy Tool Shed (HLTS): Measures*. Pobrane z: <https://healthliteracy.bu.edu/all> (26.06.2020).
13. Brandt, L., Schultes, M. T., Yanagida, T., Maier, G., Kollmayer, M. i Spiel, C. (2019). Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. *Public Health*, 174, 74-82.
14. Braveman, P. i Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(2), 19-31.

15. Bulska J. (2017). Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w Szkole Promującej Zdrowie – działalność na rzecz współpracy ze środowiskiem lokalnym. *Humanum*, 25(2), 155-162.
16. Car, J., Dębska, A., Cianciara, D., Piotrowicz, M. i Wysocki, M. J. (2011). Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej – historia projektu DETERMINE. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9(2), 22-27.
17. Catford, J. i Nutbeam, D. (1984). Towards a definition of health education and health promotion. *Health Education Journal*, 43(2-3), 38.
18. Chabros, E., Charzewska, J., Rogalska-Niedźwiedź, M., Wajszczyk, B., Chwojnowska, Z. i Fabiszewska, J. (2008). Mała aktywność fizyczna młodzieży w wieku pokwitania sprzyja rozwojowi otyłości. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(1), 58-61.
19. Chang L. C. (2010). Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 190-196.
20. Charlton, R., Gravenor, M. B., Rees, A., Knox, G., Hill, R., Rahman, M. A., ... Brophy, S. (2014). Factors associated with low fitness in adolescents – a mixed methods study. *BMC Public Health*, 14, e:764.
21. Chartier, K. G., Hesselbrock, M. N. i Hesselbrock, V. M. (2010). Development and vulnerability factors in adolescent alcohol use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 493-504.
22. Charzyńska-Gula, M., Jaworska, M., Bogusz, R., Bartoszek, A. i Kocka, K. (2013). Rodzina i szkoła jako źródła informacji zdrowotnej – opinie uczniów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(3), 242-250.
23. Chisolm, D. J., Manganello, J. A., Kelleher, K. J. i Marshal, M. P. (2014). Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviors in teens. *Patient Education and Counseling*, 97, 291-296.
24. Cho, J. H., Shin, E. i Moon, S. S. (2011). Electronic-cigarette smoking experience among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 49, 542-546.
25. Choi, S. M., Sum, R. K. W., Leung, E. F. L. i Ng R. S. K. (2018). Relationship between perceived physical literacy and physical activity levels among Hong Kong adolescents. *PLoS ONE*, 13(8), e:0203105.
26. Chung, S. S. i Joung, K. H. (2014). Risk factors for smoking behaviors among adolescents. *The Journal of School Nursing*, 30(4), 262-271.
27. Cianciara, D. (2010). *Zarys współczesnej promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
28. Cipora, E., Smoleń, E., Klimaszewska, A., Klimaszewska, E. i Zukow W. (2016). Zachowania żywieniowe młodzieży zamieszkałej na ws. Cz. 1. Charakterystyka zachowań zdrowotnych w zakresie regularnego posiłków i poziom akceptacji własnej masy ciała. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(13), 317-333.

29. Cutler, G. J., Flood, A., Hannan, P. i Neumark-Sztainer D. (2011). Multiple sociodemographic and socioenvironmental characteristics are correlated with major patterns of dietary intake in adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 111, 230-240.
30. Czarnocińska, J., Wadolowska, L., Lonnie, M., Kowalkowska, J., Jezewska-Zychowicz, M. i Babicz-Zielinska, E. (2020). Regional and socioeconomic variations in dietary patterns in a representative sample of young polish females: a cross-sectional study (GEBaHealth project). *Nutrition Journal*, 19, e:26.
31. Dahlgren, G. i Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Future Studies.
32. Delbosq, S., Velasco, V., Vercesi, C., Gruppo Regionale HBSC Lombardia 2018, Vecchio, L. P. (2022). Adolescents' nutrition: the role of health literacy, family and socio-demographic variables. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), e:15719.
33. Diderichsen, F., Evans, T. i Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. W: T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuyia i M. Wirth M (Eds.), *Challenging inequities in health: from ethics to action* (s. 12-23). Oxford: Oxford University Press.
34. Domanska, O. M., Firnges, C., Bollweg, T. M., Sörensen, K., Holmberg, C. i Jordan, S. (2018). Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) – German version? Findings from cognitive interviews of the project “Measurement of Health Literacy Among Adolescents” (MOHLAA) in Germany. *Archives of Public Health*, 76, e:46.
35. Doustmohammadian, A., Omidvar, N., Keshavarz-Mohammadi, N., Abdollahi, M., Amini, M. i Eini-Zinab, H. (2017). Developing and validating a scale to measure Food and Nutrition Literacy (FNLIT) in elementary school children in Iran. *PLoS ONE*, 12(6), e:0179196.
36. Doyle, G., Cafferkey, K. i Fullam J. (2012). *The European Health Literacy Survey: Results from Ireland*. Dublin: An Roinn Slainte / Department of Health.
37. Dudek, M. i Kasznia-Kocot, J. (2016). Wpływ czynników społeczno-ekonomicznych na zachowania zdrowotne nastolatków mieszkających w Rybniku. *Medycyna Środowiskowa*, 19(4), 40-47.
38. Duko, B., Melese, Y. i Ebrahim, J. (2019). Determinants of cigarette smoking among adolescents in Ethiopia: a cross-sectional study. *Tobacco Induced Diseases*, 17, e:62.
39. Dumenci, L., Matsuyama, R., Riddle, D. L., Cartwright, L. A., Perera, R. A., Chung, H. i Simonoff, L. A. (2014). Measurement of cancer health literacy and identification of patients with limited cancer health literacy. *Journal of Health Communication*, 19(2), 205-224.
40. Dzielska, A. i Nałęcz, H. (2013). Aktywność fizyczna młodzieży i jakość życia związana ze zdrowiem. Wyniki badań w konfrontacji z rekomendowanym poziomem aktywności fizycznej. W: J. Szymborski i W. Zatoński (red.), *Zdrowie Publiczne. Monografie. Tom II* (s. 32-50). Warszawa: Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie.
41. Dzwonkowska-Godula, K. (2016). Stosunek młodych ludzi do własnego zdrowia a ideologia healthismu. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 58, 25-46.

42. Edwards, L., Bryant, A., Keegan, R., Morgan, K. i Jones, A. (2017). Definitions, foundations and associations of physical literacy: a systematic review. *Sports Medicine*, 47, 113-126.
43. ESPAD Group. (2015). *ESPAD Report 2015 – Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
44. Fan, X., Zhu, Z., Zhuang, J., Liu, Y., Tang, Y., Chen, P. i Cao, Z. (2019). Gender and age differences in the association between living arrangement and physical activity levels among youth aged 9–19 years in Shanghai, China: a cross-sectional questionnaire study. *BMC Public Health*, 19, e:1030.
45. Federacja Konsumentów (2014). Raport z badania ankietowego przeprowadzonego przez Federację Konsumentów, dotyczącego wiedzy i opinii konsumentów na temat e-papierosów. Warszawa.
46. Fismen, A. S., Smith, O. R. F., Torsheim, T. i Samdal, O. (2014). A school based study of time trends in food habits and their relation to socio-economic status among Norwegian adolescents, 2001–2009. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, e:115.
47. Fleary, S. A., Joseph, P. i Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *Journal of Adolescence*, 62, 116-127.
48. Frömel, K., Groffik, D., Chmelik, F., Cocca, A. i Skalik, K. (2018). Physical activity of 15-17 years old adolescents in different educational settings: a Polish-Czech study. *Central European Journal of Public Health*, 26(2), 137-143.
49. Gajewski, J. i Małkowska-Szcutnik, A. (2012). Rodzinne i rówieśnicze czynniki związane z upijaniem się i paleniem tytoniu przez 15-letnią młodzież. *Developmental Period Medicine*, 16(4), 321-328.
50. Geidne, S., Beckman, L., Edvardsson, I. i Hulldin, J. (2016). Prevalence and risk factors of electronic cigarette use among adolescents: Data from four Swedish municipalities. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33, 225-240.
51. Genowska, A., Goworko-Składanek, B. i Szafraniec, K. (2017). Społeczno-ekonomiczne warunki bytowe dzieci w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej, część I. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 23(1), 16-24.
52. Goniewicz, M. L. i Zielińska-Danch W. (2012). Electronic cigarette use among teenagers and young adults in Poland. *Pediatrics*, 130(4), 879-885.
53. Goodstadt, M. S., Simpson, R. I. i Loranger, P. O. (1987). Health promotion: a conceptual integration. *American Journal of Health Promotion*, 1(3), 58–63.
54. Green, L. W. i Kreuter M. W. (1991). *Health promotion planning an educational and environmental approach* (2nd edition). Mayfield: Mayfield Publishing Company.
55. Guedes, D. P. i Souza, M. V. (2012). Physical activity and determinants of sedentary behavior in Brazilian adolescents from an underdeveloped region. *Perceptual and Motor Skills*, 114(2), 542-552.
56. Guntzviller, L. M., King, A. J., Jensen, J. D. i Davis L. A. (2017). Self-Efficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(2), 489-493.

57. Hanchate, A. D., Ash, A. S., Gazmararian, J. A., Wolf, M. S. i Paasche-Orlow, M. K. (2008). The Demographic Assessment for Health Literacy (DAHL): a new tool for estimating associations between health literacy and outcomes in national surveys. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), 1561-1566.
58. Hanson, M. D. i Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*. 30, 263-285.
59. Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay Company, New York 1972.
60. Healthy People. (1979). *The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington D. C.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
61. Herman T. (2014). Szkoły promujące zdrowie. Przesłanki i założenia teoretyczne dla działalności praktycznej. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 2(6), 119-134.
62. Heszen, I. i Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
63. Heszen-Klemens, I. (1983). *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
64. Hoffmann, K., Bryl, W., Marcinkowski, J. T., Strażyńska, A. i Pupek-Musialik, D. (2011). Estimation of physical activity and prevalence of excessive body mass in rural and urban Polish adolescents. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 18(2), 398-403.
65. Humeniuk, E., Dąbska, O., Pawlikowska-Łagód, K. i Rumińska, M. (2018). Ocena wybranych zachowań zdrowotnych młodzieży z terenu Polski środkowo-wschodniej. *Rozprawy Społeczne*, 12(2), 73-81.
66. Hyeon, J. H., Shelley, C. i Lee, C. M. (2019). Prevalence and correlates of prior experimentation with e-cigarettes over conventional cigarettes among adolescents: Findings from the 2015 Korea Youth Risk Behaviour Webbased Survey. *Tobacco Prevention & Cessation*, 5, e:33.
67. Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A. i Cosma A. (Eds.). (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
68. Iwamoto, D. K. i Smiler, A. P. (2013). Alcohol makes you macho and helps you make friends: the role of masculine norms and peer pressure in adolescent boys' and girls' alcohol use. *Substance Use & Misuse*, 48(5), 371-378.
69. Izdebski, Z., Wąż, K., Mazur, J. i Kowalewska, A. (2017). Społeczno-demograficzne i rodzinne uwarunkowania pierwszych doświadczeń seksualnych i inicjacji seksualnej młodzieży. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15(2), 144-155.
70. Jaisooriya, T. S., Beena, K. V., Beena, M., Ellangovan, K., Jose, D. C., Thennarasu, K. i Benegal, V. (2016). Prevalence and correlates of alcohol use among adolescents attending school in Kerala, India. *Drug and Alcohol Review*, 35, 523-529.

71. Jodkowska, M., Mazur, J. i Oblacińska, A. (2015). Perceived barriers to physical activity among Polish adolescents. *Przegląd Epidemiologiczny*, 69, 73-75.
72. Jodkowska, M., Oblacińska, A., Mikiel-Kostyra, K. i Tabak, I. (2012). Częstość występowania czynników ryzyka miażdżycy u młodzieży w wieku 16 i 18 lat – uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 16(2), 96-103.
73. Joffer, J., Burell, G., Bergström, E., Stenlund, H., Sjörs, L. i Jerdén, L. (2014). Predictors of smoking among Swedish adolescents. *BMC Public Health*, 14, e:1296.
74. Joumard, I., Andre, C., Nicq, C. i Chatal, O. (2008). *Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency* (OECD Economics Department Working Papers, No. 627).
75. Juczyński, Z. (2012). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
76. Jurczak, P., Cieślicka, M. i Napierała, M. (2013). Czas wolny i aktywność fizyczna młodzieży szkolnej. W: R. Muszkieta, M. Napierała, M. Cieślicka i W. Żukow (red.), *Uwarunkowania zdrowotne rekreacji ludzi w różnym wieku* (s. 70-94). Bydgoszcz-Poznań: Ośrodek Rekreacji, Sportu i Edukacji w Poznaniu.
77. Kaleta, D., Niedzin, M., Jankowska, A. i Polańska, K. (2019). Predictors of e-cigarette use susceptibility - a study of young people from a socio-economically disadvantaged rural area in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, e:3935.
78. Kar, S. B. i Berkanovic, E. (1987). Indicators of behaviour conducive to health promotion. W: T. Abelin, Z. J. Brzeziński i V. D. L. Carstaris (Eds.), *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series No. 22.
79. Karski, J. B. (2011). *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
80. Kaufmann, N. i Currie, D. (2017). The Scottish adolescent e-cigarette user: profiling from the Scottish Adolescent Lifestyle and Substance Use Survey (SALSUS). *Public Health*, 147, 69-71.
81. Kim, M. T., Song, H. J., Han, H. R., Song, Y., Nam, S., Nguyen, T. H., ... Kim, K. B. (2012). Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 165-170.
82. Kim, Y., Kwon, Y. S., Park, Y. H., Choe, J. S. i Lee, J. Y. (2015). Analysis of consumption frequencies of vegetables and fruits in Korean adolescents based on Korea youth risk behavior web-based survey (2006, 2011). *Nutrition Research and Practice*, 9(4), 411-419.
83. Kinnunen, J. M., Ollila, H., Minkkinen, J., Lindfors, P. L. i Rimpela, A. H. (2018). A longitudinal study of predictors for adolescent electronic cigarette experimentation and comparison with conventional smoking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, e:305.

84. Klimas, N. (2016). Zachowania zdrowotne młodzieży w aktualnym kontekście społecznym i ekonomicznym – przegląd wybranych koncepcji. W: A. Kaźmierczak, J. E. Kowalska, A. Maszorek-Szymala i A. Makarczuk. (red.), *Pedagogiczny wymiar kultury fizycznej i zdrowotnej w życiu współczesnego człowieka* (s. 199-213). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
85. Koutra, K., Kritsotakis, G., Linardakis, M., Ratsika, N., Kokkevi, A. i Philalithis, A. (2017). Social capital, perceived economic affluence, and smoking during adolescence: A cross-sectional study. *Substance Use & Misuse*, 52(2), 240-250.
86. Kozłowska, E., Kowalczyk, A. i Marzec, A. (2015). Aktywność fizyczna i niektóre jej uwarunkowania wśród młodzieży licealnej. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(9), 386-396.
87. Kozłowska, E., Marzec, A., Kalinowski, P. i Bojakowska, U. (2016). Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(9), 575-585.
88. Kulik, T. B., Skórzyńska H., Pacian, A., Krawczyk, M. i Ferenc, W. (2014). Wpływ środowiska rodzinnego na kształtowanie zachowań młodzieży. *Studia z Teorii Wychowania: półrocznik Zespołu Teorii Wychowania Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN*, 5/1 (8), 155-180.
89. Kuratorium Oświaty w Krakowie. *Szkoły i placówki oświatowe – dane identyfikacyjne*. Pobrane z: <https://kuratorium.krakow.pl/szkoły-i-placowki-oswiatowe-dane-identyfikacyjne/> (14.06.2017)
90. Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
91. Lee, Y. T., Huang, Y. H., Tsai, F. J., Liu, H. C., Sun, F. J., Tsai, Y. J. i Liu S. I. (2020). Prevalence and psychosocial risk factors associated with current cigarette smoking and hazardous alcohol drinking among adolescents in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(1), 265-274.
92. Levin, K. A. i Kirby, J. (2012). Irregular breakfast consumption in adolescence and the family environment: underlying causes by family structure. *Appetite*, 59, 63-70.
93. Levin-Zamir, D., Lemish, D. i Gofin, R. (2011). Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health Education Research*, 26(2), 323-335.
94. Li, J., Yuan, B. i Zeng, G. (2020). The attitude towards e-cigarettes, disengagement belief, e-cigarette health literacy and susceptibility among youths and adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 849-860.
95. Ling, M. Y. J., Hasani, W. S. R., Yusoff, M. F. M., Hamid, H. A. A., Lim, K. H., Tee, G. H., ... Saminathan, T.A. (2019). Cigarette smoking among secondary school-going male adolescents in Malaysia: findings from the National Health and Morbidity Survey 2017. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31(8), 80-87.
96. Lisinskiene, A. i Juskeliene, V. (2019). Links between adolescents' engagement in physical activity and their attachment to mothers, fathers, and peers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, e:866.

97. Liu, W., He, M. Z., Wang, Y., Wang, Y., Zhou, Y., Wu, M., ... Cheskin, L. J. (2017). Differences in health-related behaviors between middle school, high school, and college students in Jiangsu province, China. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 26(4), 731-737.
98. Lu, C., Stolk, R. P., Sauer, P. J. J., Sijtsma, A., Wiersma, R., Huang, G. i Corpeleijn, E. (2017). Factors of physical activity among Chinese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, e:36.
99. Maia, E. G., da Silva, L. E. S., Santos, M. A. S., Barufaldi, L. A., da Silva, S. U. i Claro, R. M. (2018). Dietary patterns, sociodemographic and behavioral characteristics among Brazilian adolescents. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(1), e:180009.supl.1.
100. Makara-Studzińska, M. (2013). Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat. *Psychiatria*, 10(2), 76-83.
101. Malara, B., Joško, J., Kasperczyk, J. i Kamecka-Krupa, J. (2010). Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania wśród młodzieży w wybranych miastach województwa śląskiego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(3), 388-392.
102. Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Porto, D. L., Barreto, S. M. i Neto, O. L. (2014). Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 1-10.
103. Mazur, J. (2014). Nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży z perspektywy całego życia. *Studia BAS*, 2(38), 65-87.
104. Mazur, J. (2017). Czynniki społeczno-ekonomiczne warunkujące zdrowie, nierówności społeczne i nierówności w zdrowiu. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, (s. 78-82). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
105. Mazur, J. (red.). (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
106. Mazur, J. i Małkowska-Szkutnik, A. (red.). (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
107. McCabe, S. E., West, B. T., Veliz, P. i Boyd, C. J. (2017). E-cigarette use, cigarette smoking, dual use, and problem behaviors among U.S. adolescents: results from a national survey. *Journal of Adolescent Health*, 61, 155-162.
108. Mendyk, K., Antos-Latek, K., Kowalik, M., Pagacz, K., Lewicki, M. i Obel, E. (2017) Zachowania prozdrowotne w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18. roku życia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 26(1), 13-17.
109. Merks, P., Świczkowski, D., Paluch, A., Szczeńsiak, K., Olszewska, A., Kaźmierczak, J. i Dehili, C. (2016). E-papierosy nowym wyzwaniem dla zdrowia publicznego krajów rozwiniętych – analiza wpływu na dobrostan populacji. *Farmacja Polska*, 72(1), 2-6.
110. Merry, S. i Bullen, C. (2018). E-cigarette use in New Zealand – a systematic review and narrative synthesis. *The New Zealand Medical Journal*, 131(1470), 37-50.

111. Mikulak, A., Cybulski, M., Witkowska, A., Krajewska-Kułak, E. (2016). Analiza aktywności fizycznej i żywienia uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Białymstoku. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 6(4), 275-284.
112. Mohammadi, S., Jalaludin, M. Y., Su, T. T., Dahlui, M., Mohamed, M. N. A. i Majid, H. A. (2019). Determinants of diet and physical activity in Malaysian adolescents: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, e:603.
113. Moor, I., Rathmann, K., Lenzi, M., Pfortner, T. K., Nagelhout, G. E., de Looze, M., ... Richter, M. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. *European Journal of Public Health*, 25(3), 457-463.
114. Morello, P., Pérez, A., Peña, L., Lozano, P., Thrasher, J. F., Sargent, J. D., Mejía, R. (2019). Prevalence and predictors of e-cigarette trial among adolescents in Argentina. *Tobacco Prevention & Cessation*, 2, e:80.
115. Myszowska-Ryciak, J., Harton, A., Lange, E., Laskowski, W. i Gajewska, D. (2019). Nutritional behaviors of polish adolescents: results of the wise nutrition – healthy generation project. *Nutrients*, 11, e:1592.
116. Nădășan, V., Foley, K. L., Péntzes, M., Paulik, E., Mihăicuță, S., Ábrám, Z., ... Urbán, R. (2016). Use of electronic cigarettes and alternative tobacco products among Romanian adolescents. *International Journal of Public Health*, 61(2), 199-207.
117. Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007 – 2015. Załącznik do Uchwały Rady Ministrów Nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na Lata 2007-2015.
118. Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016 – 2020. Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.
119. Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2021 – 2025. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025.
120. Nowak, M., Papiernik, M., Mikulska, A. i Czarkowska-Paczek, B. (2018). Smoking, alcohol consumption, and illicit substances use among adolescents in Poland. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13, e:42.
121. Nutbeam D. i Kickbusch I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183-184.
122. Obodyńska, E. (2016). Koncepcja edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole – geneza i celowość realizacji. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 4(18), 57-63.
123. Olejnik, B. J., Roszko-Kirpsza, I., Marcinkiewicz, S. i Maciorowska, E. (2012). Uwarunkowania środowiskowe a stan odżywienia dzieci i młodzieży województwa podlaskiego. *Pediatrics Polska*, 87(1), 41-46.
124. Oleszkowicz, A. i Senejko, A. (2011). Dorastanie. W: J. Trempała, M. Kielar-Turska, A. Niemyński i M. Czerwińska-Jasiewicz (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 259–286). Warszawa: PWN.

125. Olyani, S., Tehrani, H., Esmaily, H., Rezaii, M. M. i Vahedian-Shahroodi, M. (2017). Assessment of health literacy with the Newest Vital Sign and its correlation with body mass index in female adolescent students. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, e:20170103.
126. Opielak, G., Nadulska, A., Piotrkowicz, J. i Szeszko, Ł. (2014). Palenie tytoniu wśród młodzieży szkół średnich w świetle aktualnych badań. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8(4), 190-194.
127. Orkus, A. i Babiarczyk, M. (2015). Ocena wybranych zwyczajów żywieniowych młodzieży licealnej. *Nauki Inżynierskie i Technologie*, 2(17), 31-40.
128. Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M. i Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 2013, 16(13), e:658.
129. Ostaszewski, K. (red.). (2017). *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
130. Oti, J. A. (2020). Food literacy and dietary behaviour among day students of senior high schools in Winneba, central region of Ghana. *Journal of Food and Nutrition Research*, 8(1), 39-49.
131. Ozturk, F. O. i Ayaz-Alkaya, S. (2020). Health literacy and health promotion behaviors of adolescents in Turkey. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, 31-35.
132. Paakkari, L., Kokko, S., Villberg, J., Paakkari, O. i Tynjälä, J. (2017). Health literacy and participation in sports club activities among adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(8), 854-860.
133. Paakkari, L., Torppa, M., Paakkari, O., Välimaa, R., Ojala, K. i Tynjälä, J. (2019). Does health literacy explain the link between structural stratifiers and adolescent health? *European Journal of Public Health*, 29(5), 919-924.
134. Page, R. M., Piko, B. F., Balazs, M. A. i Struk, T. (2010). Media literacy and cigarette smoking in Hungarian adolescents. *Health Education Journal*, 70(4), 446-457.
135. Park, A., Eckert, T. L., Zaso, M. J., Scott-Sheldon, L. A. J., Vanable, P. A., Carey, K. B., ... Carey, M. P. (2017). Associations between health literacy and health behaviors among urban high school students. *Journal of School Health*, 87(12), 885-893.
136. Park, H. i Lee, K. S. (2020). The association of family structure with health behavior, mental health, and perceived academic achievement among adolescents: a 2018 Korean nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20, e:510.
137. Park, J. i You, S. (2017). Study on skipping breakfast in adolescents classified by household type. *Korean Journal of Community Living Science*, 28(2), 329-340.
138. Park, M. H. i Hwang, E. H. (2017). Effects of family affluence on the health behaviors of Korean adolescents. *Japan Journal of Nursing Science*, 14, 173-184.
139. Park, S. i Kim, Y. (2016). Prevalence, correlates, and associated psychological problems of substance use in Korean adolescents. *BMC Public Health*, 16, e:79.

140. Pearson, N., Atkin, A. J., Biddle, S. J. H., Gorely, T. i Edwardson, C. (2009). Parenting styles, family structure and adolescent dietary behaviour. *Public Health Nutrition*, 13(8), 1245-1253.
141. Pedersen, W. i van Soest, T. (2015). Adolescent alcohol use and binge drinking: an 18-year trend study of prevalence and correlates. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), 219-225.
142. Pelikan, J. M., Röthlin, F. i Ganahl K. (2012). *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU*. Maastricht: HLS-EU Consortium.
143. Pesko, M. F. i Robarts, A. M. T. (2017). Adolescent tobacco use in urban versus rural areas of the United States: The influence of tobacco control policy environments. *Journal of Adolescent Health*, 61, 70-76.
144. Petrou, S. i Kupek, E. (2018). Epidemiological trends and risk factors for tobacco, alcohol and drug use among adolescents in Scotland, 2002–13. *Journal of Public Health*, 41(1), 62-70.
145. Pilecka, W. (red.). (2011). *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży – perspektywa kliniczna*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego.
146. Piotrowicz, M. i Cianciara, D. (2011). Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby. *Przegląd Epidemiologiczny*, 65, 521-527.
147. Polańska, K., Wojtysiak, P., Bąk-Romaniszyn, L. i Kaleta, D. (2016). Susceptibility to cigarette smoking among secondary and high school students from a socially disadvantaged rural area in Poland. *Tobacco Induced Diseases*, 14, e:28.
148. Ponczek, D. i Olszowy, I. (2012a). Ocena stylu życia młodzieży i świadomości jego wpływu na zdrowie. *Hygeia Public Health*, 47(2), 174-182.
149. Ponczek, D. i Olszowy, I. (2012b). Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 93(2), 260-268.
150. Primack, B., Gold, M. A., Switzer, G. E., Hobbs, R., Land, S. R. i Fine, M. J. (2006). Development and validation of a smoking media literacy scale for adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 369-374.
151. Przewoźniak, L. (1996). Promocja zdrowia – zagadnienia ogólne. W: B. Bik, A. Henzel-Korzeniowska, L. Przewoźniak, K. Szczerbińska (red.), *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia* (s. 23-25). Kraków: Szkoła Zdrowia Publicznego – Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
152. Public Health Agency of Canada. *Social determinants of health and health inequalities*. Pobrane z: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html#a1> (10.07.2019).
153. Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne* (s. 23-57). Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
154. Puchalski, K. (2004). Zachowania antyzdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników przedsiębiorstw. *Medycyna Pracy*, 55(5), 417-424.

155. Puchalski, K. (2005). Spory o pojęcie promocji zdrowia. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D: Medicina*, 60(431), 418-420.
156. Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., Drew, B. L. i Aldalaykeh, M. (2019). Health literacy: exploring disparities among college students. *BMC Public Health*, 19, e:1401.
157. Rachiotis, G., Barbouni, A., Basagiannis, A., Katsioulis, A., Kostikas, K., Mouchtouri, V., ... Hadjichristodoulou, C. S. (2020). Prevalence and determinants of current cigarette smoking and secondhand smoking among Greek adolescents: the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2013 study. *BMJ Open*, 10, e:034760.
158. Ran, M., Peng, L., Liu, Q., Pender, M., He, F. i Wang H. (2018). The association between quality of life (QOL) and health literacy among junior middle school students: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1), e:1183.
159. Robert, P. O., Kuipers, M. A. G., Rathmann, K., Moor, I., Kinnunen, J. M., Rimpela, A., ... Lorant, V. (2019). Academic performance and adolescent smoking in 6 European cities: the role of friendships. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(1), 125-135.
160. Rohde, J. A., Noar, S. N., Horvitz, C., Lazard, A. J., Ross, J. C. i Sutfin, E. L. (2018). The role of knowledge and risk beliefs in adolescent e-cigarette use: a pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, e:830.
161. Rosaasen, N., Taylor, J., Blackburn, D., Mainra, R., Shoker, A. i Mansell, H. (2017). Development and Validation of the Kidney Transplant Understanding Tool (K-TUT). *Transplantation Direct*, 3(3), e:132.
162. Ruszkowska, J. (2011). Likwidowanie nierówności społecznych nowym priorytetem dla europejskiej i światowej promocji zdrowia. *Polityka Społeczna*, 10, 8-11.
163. Salgado, M. V., Pérez-Stable, E. J., Primack, B. A., Kaplan, C. P., Mejia, R. M., Gregorich, S. E. i Alderete, E. (2012). Association of media literacy with cigarette smoking among youth in Jujuy, Argentina. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(5), 516-521.
164. Saracen, A. (2010a). Używanie tytoniu, alkoholu i substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych. *Hygeia Public Health*, 45(1), 67-69.
165. Saracen, A. (2010b). Zachowania zdrowotne młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Hygeia Public Health*, 45(1), 70-73.
166. Sierosławski, J. (2015). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
167. Sierosławski, J. (2020). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
168. Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1), 1-10.

169. Sitko, D., Wojtaś, M. i Gronowska-Senger, A. (2012). Sposób żywienia młodzieży gimnazjalnej i licealnej. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 63(13), 319-327.
170. Słońska, Z. (2016). Promocja zdrowia i jej rola w zmniejszaniu społecznych nierówności w zdrowiu. *Postępy Nauk Medycznych*, 29(5), 350-355.
171. Śmigielska, K. (2015). Rozpowszechnienie używania środków psychoaktywnych wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Część II. Alkohol. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 96(3), 627-632.
172. Smith, M. D., Gawron, M., Balwicki, L., Sobczak, A., Matynia, M. i Goniewicz, M. L. (2019). Exclusive versus dual use of tobacco and electronic cigarettes among adolescents in Poland, 2010–2016. *Addictive Behaviors*, 90, 341-348.
173. Sobolewska, E., Rumińska, M. i Pyrzak, B.: Wpływ czynników środowiskowych na rozwój otyłości u dzieci i młodzieży. W: M. Maciąg i K. Maciąg (red.), *Medyczne aspekty kosmetologii i dietetyki* (s. 103-114). Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel sp. z o.o.
174. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Słońska, Z., ... Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 13, e:948.
175. Soteriades, S., Barbouni, A., Rachiotis, G., Grevenitou, P., Mouchtouri, V., Pinaka, O., ... Hadjichristodoulou, C. (2020). Prevalence of electronic cigarette use and its determinants among 13-to-15-year-old students in Greece: results from the 2013 Global Youth Tobacco Survey (GYTS). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, e:1671.
176. Soyoun, K., Youngmei, L., Jihyun, Y., Sang-Jin, C., Soo-Kyung, L. i Hyogyoo, K. (2013). Restriction of television food advertising in South Korea: impact on advertising of food companies. *Health Promotion International*, 28(1), 17-25.
177. St. Claire, A. W., Schillo, B. A., Lien, R. K., Keller, P. A., O'Gara, E., D'Silva, J., ... Sharma, E. (2019). Changing patterns in e-cigarette use among Minnesota adults between 2014 and 2018. *Preventive Medicine Reports*, 16, e:101014.
178. Starczewska, M., Tamulewicz, A., Stanisławska, M., Szkup, M., Grochans, E. i Karakiewicz, B. (2015). Analiza wybranych czynników wpływających na zachowania zdrowotne nastolatków. *Family Medicine & Primary Care Review*, 17(1), 39-42.
179. Šumskas, L. i Zaborskis, A. (2017). Family social environment and parenting predictors of alcohol use among adolescents in Lithuania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, e:1037.
180. Šumskas, L., Zaborskis A. i Grabauskas, V. (2012). Social determinants of smoking, alcohol and drug use among Lithuanian school-aged children: results from 5 consecutive HBSC surveys, 1994–2010. *Medicina (Kaunas)*, 48(11), 595-604.

181. Swendsen, J., Burstein, M., Case, B., Conway, K. P., Dierker, L., He, J. i Merikangas, K. R. (2012). Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey - Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 390-398.
182. Sygit, K. (2015). Wybrane zachowania ryzykowne dla zdrowia problemem współczesnej młodzieży ze środowiska wiejskiego. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 13(2), 153-164.
183. Sygit, K. M., Sygit, M., Wojtyła-Buciora, P., Lyubinets, O., Stelmach, W. i Krakowiak, J. (2019). Environmental variations of nutritional mistakes among Polish school-age adolescents from urban and rural areas. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(3), 483-488.
184. Sygit, K., Kołłątaj, W., Wojtyła, A., Sygit, A., Bojar, I. i Owoc, A. (2011). Engagement in risky behaviours by 15-19-year-olds from Polish urban and rural areas. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 18(2), 404-409.
185. Szafraniec, K. (2011). *Zdrowie i zachowania ryzykowne młodzieży*. Warszawa: Zespół Doradców Strategicznych przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
186. Tael-Öeren, M., Naughto, F. i Sutton, S. (2019). The relationship between parental attitudes and children's alcohol use: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 114, 1527-1546.
187. Teufl, L., Vrtis, D. i Felder-Puig, R. (2019). QUIGK-K. Quiz zur Erhebung von Gesundheitskompetenz bei Kindern. *Gesundheitsförderung und Prävention*, 15, 250-255.
188. Thapa, K., Bhandari, P. M., Neupane, D., Bhochhibhoya, S., Rajbhandari-Thapa, J. i Pathak, R. P. (2019). Physical activity and its correlates among higher secondary school students in an urban district of Nepal. *BMC Public Health*, 19, e:886.
189. Thongnopakun, S., Pumpaibool, T. i Somrongthong, R. (2018). The association of sociodemographic characteristics and sexual risk behaviors with health literacy toward behaviors for preventing unintended pregnancy among university students. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 149-156.
190. Toftegaard-Støckel, J., Nielsen, G. A., Ibsen, B. i Andersen, L. B. (2011). Parental, socio and cultural factors associated with adolescents' sports participation in four Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21, 606-611.
191. Tolstrup, J. S., Pisinger, V. S. C., Egan, K. K. i Christensen, A. I. (2018). Trends in smoking and smokeless tobacco use among Danish adolescents, 1997-2014. *Tobacco Prevention & Cessation*, 4, e:10.
192. Ustawa z dnia 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2016 poz. 1331).
193. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996 nr 10 poz. 55).

194. Valencia, M. L. C., Tran, B. T., Lim, M. K., Choi, K. S. i Oh, J. K. (2019). Association between socioeconomic status and early initiation of smoking, alcohol drinking, and sexual behavior among Korean adolescents. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31(5), 443-453.
195. Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. i Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379, 1641-1652.
196. Wallston, K. A., Wallston, B. S. i De Vellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
197. Wartberg, L., Brunner, R., Kriston, L., Durkee, T., Parzer, P., Fischer-Waldschmidt, G., ... Kaess, M. (2016). Psychopathological factors associated with problematic alcohol and problematic Internet use in a sample of adolescents in Germany. *Psychiatry Research*, 240, 272-277.
198. Wasilewska, M. i Bergier J. (2018). Physical activity and associated socio-demographic factors in adolescents from the eastern region of Poland. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 69(1), 55-61.
199. Wellman, R. J., Dugas, E. N., Dutczak, H., O'Loughlin, E. K., Datta, G. D., Lauzon, B., O'Loughlin, J. (2016). Predictors of the onset of cigarette smoking. A systematic review of longitudinal population-based studies in youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(5), 767-778.
200. Wells, L., Neramo, M. i Östberg, V. (2017). Physical inactivity from adolescence to young adulthood: The relevance of various dimensions of inequality in a Swedish longitudinal sample. *Health Education & Behavior*, 44(3), 376-384.
201. Wężyk-Caba, I., Kaleta, D., Zajdel, R., Balwicki, Ł. i Świątkowska, B. (2022). Do young people perceive e-cigarettes and heated tobacco as less harmful than traditional cigarettes? A survey from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), e:14632.
202. Witana, K. i Szpak A. (2009). Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne aktywności fizycznej młodzieży szkół średnich w Białymstoku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90(1), 42-46.
203. Wojtyła-Buciora, P., Wojtyła, A., Wojtyła, C. i Marcinkowski J. (2012). Rozpowszechnienie konsumpcji alkoholu w opinii uczniów szkół licealnych i ich rodziców. *Hygeia Public Health*, 47(4), 498-504.
204. Wong, D. N. i Fan, W. (2018). Ethnic and sex differences in e-cigarette use and relation to alcohol use in California adolescents: the California Health Interview Survey. *Public Health*, 157, 147-152.
205. World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: International Health Conference.
206. World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care.
207. World Health Organization (1986). *Ottawa Charter*. Ottawa: First International Conference on Health Promotion.
208. World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary* (WHO/HPR/HEP/98.1). Geneva: Division of Health Promotion, Education and Communications.

209. World Health Organization (2002). *Global consultation on adolescent friendly health services: a consensus statement* (WHO/FCH/CAH/02.18). Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development.
210. World Health Organization (2016): *World Health Statistics 2016. Monitoring health for the sustainable development goals*. Geneva: WHO Library.
211. World Health Organization (2017). Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promotion International*, 32(1), 7-8.
212. World Health Organization (2019): *Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Fact sheet – Poland 2016*, Pobrane z: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/574> (25.06.2020)
213. World Health Organization. *About social determinants of health*. Pobrane z: https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ (10.07.2019).
214. World Health Organization. *Adolescent Development*. Pobrane z: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/ (26.06.2020).
215. World Health Organization. *Overweight and obesity*. Pobrane z: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/ (13.11.2016).
216. Woynarowska, B. (2017). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
217. Woynarowska, B. i Oblacińska, A. (2014). Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. *Studia BAS*, 2(38), 41-64.
218. Woynarowska, B. i Woynarowska-Sołdan, M. (2015). Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce. Rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991–2015. *Pedagogika Społeczna*, 3(57), 163-184.
219. Woynarowska, B., Ostaszewski, K. i Kulmatycki, L. (2014). Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje. *Studia BAS*, 2(38), 169-187.
220. Woynarowska-Sołdan, M. (2015). Szkoła promująca zdrowie w Europie w świetle dokumentów czterech europejskich konferencji. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 1(235), 97-111.
221. Woynarowska-Sołdan, M. (2016). Ewaluacja wyników projektu promocji zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie. *Medycyna Pracy*, 67(2), 187-200.
222. Woynarowska-Sołdan, M. i Tabak, I. (2013). Zachowania prozdrowotne nauczycieli i innych pracowników szkoły. *Medycyna Pracy*, 64(5), 659-670.
223. Wypych-Ślusarska, A., Czech, E., Kasznia-Kocot, J., Słowiński, J., Kowalska, M., Niewiadomska, E., ... Malinowska-Borowska, J. (2013). Sytuacja społeczno-ekonomiczna rodzin a zachowania żywieniowe uczniów szkół gimnazjalnych w Bytomiu. *Medycyna Środowiskowa*, 16(4), 43-51.
224. Yannakoulia, M., Lykou, A., Kastorini, C. M., Papasaranti, E. S., Petralias, A., Veloudaki, A. i Linos, A. (2015). Socio-economic and lifestyle parameters associated with diet quality of children and adolescents using classification and regression tree analysis: the DIATROFI study. *Public Health Nutrition*, 19(2), 339-347.

225. Zadworna-Cieślak, M. i Ogińska-Bulik, N. (2011). *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
226. Zavala-Arciniega, L., Lozanob, P., Kollath-Cattanoc, C., Gutierrez-Torresa, D. S., Arillo-Santillána, E., Barrientos-Gutiérrez, ... Thrasher, J. F. (2019). E-cigarette use frequency and motivations among current users in middle school. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, e:107585.
227. Zhang, S. C., Tao, F. B., Wu, X. Y., Tao, S. M. i Fang, J. (2016). Low health literacy and psychological symptoms potentially increase the risks of non-suicidal self-injury in Chinese middle school students. *BMC Psychiatry*, 16(1), e:321.
228. Zhu, J., Li, J., Xu, G., Yu, J., Wang, Q. i He, Y. (2020). School-type differences in e-cigarette use and its correlates among Chinese adolescents. *Tobacco Induced Diseases*, 18, e:17.
229. Zięba-Kołodziej, B. (2012). Na marginesie zdrowia czyli o zachowaniach zdrowotnych młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Nowiny Lekarskie*, 81(4), 330–336.

8. Spis rycin

Ryc. 1. Samodzielność w PZ (Cianciara, 2010); rycina wykorzystana za zgodą autorki	11
Ryc. 2. Pola zdrowia wg Marca Lalonde'a (1974); opracowanie własne.	17
Ryc. 3. Model głównych determinant zdrowia wg Dahlgrena i Whitehead (1991); opracowanie własne.	18
Ryc. 4. Model stratyfikacji społecznej wg Diderichsena i in. (2001).	19

9. Spis tabel

Tab. 1. Definicje zachowań zdrowotnych, a relacja między wiedzą o zdrowiu i zachowaniami.....	14
Tab. 2. Mechanizmy powstawania społecznych nierówności w zdrowiu w grupie dzieci i młodzieży.....	20
Tab. 3. Sposób kodowania i grupowania kategorii zmiennych wykorzystanych do oceny uwarunkowań zachowań zdrowotnych.	36
Tab. 4. Sposób łączenia kategorii zmiennych związanych z zachowaniami zdrowotnymi.	37
Tab. 5. Charakterystyka grupy objętej badaniem.....	38
Tab. 6. Średni poziom KZ w zależności od kategorii zmiennych społeczno-demograficznych.....	39
Tab. 7. Rozkład kategorii KZ dla zmiennych społeczno-demograficznych.....	40
Tab. 8. Charakterystyka zachowań zdrowotnych małopolskiej młodzieży.....	41
Tab. 9. Uwarunkowania aktywności fizycznej.....	43
Tab. 10. Poziom KZ w zależności od aktywności fizycznej.....	44
Tab. 11. Uwarunkowania zwyczajów żywieniowych - liczba posiłków i stała pora ich spożywania.....	45
Tab. 12. Uwarunkowania zwyczajów żywieniowych - spożywanie warzyw i owoców oraz żywności typu fast food.....	46
Tab. 13. Poziom KZ w zależności od zwyczajów żywieniowych.....	47
Tab. 14. Uwarunkowania konsumpcji alkoholu.....	47
Tab. 15. Uwarunkowania palenia papierosów	49
Tab. 16. Uwarunkowania używania e-papierosów.....	50

10. Załącznik

Załącznik 1. Narzędzie badawcze

CZĘŚĆ A – Kwestionariusz osobowy

Proszę w pytaniach, gdzie znajduje się pole zaznaczyć właściwą odpowiedź stawiając „X”.

W pytaniach, gdzie pozostawiono puste miejsce „_____”, należy uzupełnić wymagane informacje.

1. Data badania _____

2. Miejsce badania (nr szkoły i miasto; np. I LO Kraków) _____

3. Płeć: kobieta mężczyzna

4. Wiek _____ lat

5. Wzrost _____ cm

6. Waga _____ kg

7. Miejsce pobierania nauki

liceum technikum zasadnicza szkoła zawodowa

8. Klasa _____ (1, 2 czy 3?)

9. Wykształcenie matki (opiekunki prawnej)

podstawowe zasadnicze zawodowe średnie wyższe

10. Wykształcenie ojca (opiekuna prawnego)

podstawowe zasadnicze zawodowe średnie wyższe

11. Miejsce zamieszkania

miasto powyżej 400 tys. mieszkańców miasto od 200 tys. do 400 tys. mieszkańców

miasto od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców miasto od 10 tys. do 100 tys. mieszkańców

miasto poniżej 10 tys. mieszkańców wieś

12. Miejsce zamieszkania

dom mieszkanie

13. Czy mieszkasz w internacie lub na stacji w trakcie nauki?

tak nie

14. Jaka jest powierzchnia użytkowa mieszkania/ domu w miejscu Twojego stałego zamieszkania?

poniżej 30 m² od 31 m² do 50 m² od 51 m² do 70 m²

od 71 m² do 90 m² powyżej 90 m²

15. Jaka jest łączna liczba osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym?

ile osób? _____

16. Z kim współmieszkaasz w miejscu zamieszkania? (zaznacz wszystkie możliwe)

mieszkam sam(a) rodzic(e) rodzeństwo, ile rodzeństwa? _____

babcie/dziadkowie znajomi/przyjaciele partner(ka)

17. Jaki jest status związku Twoich rodziców / opiekunów?

małżeństwo konkubinaty po rozwodzie lub w separacji

jedno z rodziców/opiekunów nie żyje obydwój rodzice/opiekunowie nie żyją

18. Jak jest źródło utrzymania rodziny? (zaznacz wszystkie możliwe)

pracują obydwój rodzice (opiekunowie)

pracuje jedno z rodziców (opiekunów), kto z rodziców? _____

obydwój rodzice (opiekunowie) są bezrobotni

renta/emerytura, kto z rodziców? _____

prowadzenie gospodarstwa rolnego

prowadzenie działalności gospodarczej

praca dorywcza, kto z rodziców? _____

praca za granicą, kto z rodziców? _____

19. Czy gospodarstwo domowe korzysta z pomocy z zewnątrz? Jaka jest jej forma? (np. od pomocy społecznej, zasiłki dla bezrobotnych itd.)

finansowa rzeczowa w formie usług nie uzyskuje pomocy

20. Jak oceniasz sytuację materialną/finansową w rodzinie?

bardzo dobra dobra średnia zła bardzo zła

21. Jakie dobra są w posiadaniu Twojej rodziny? (zaznacz wszystkie możliwe)

samochód osobowy, osobowo-dostawczy, ile? _____

iPad lub inny tablet, ile? _____

komputer stacjonarny, laptop, notebooki, ile? _____

dostęp do Internetu w domu

telewizja kablowa / satelitarna

telefon komórkowy, ile? _____

22. Jakie urządzenia elektroniczne posiadasz na własny użytek? (zaznacz wszystkie możliwe)

- telefon komórkowy
- iPad lub inny tablet
- komputer stacjonarny, laptop, notebook
- telewizor
- elektroniczny czytnik książek (e-book)

23. Jaką kwotę przeznaczasz miesięcznie na własny telefon komórkowy?

- do 5 zł 5–10 zł 10–30 zł
- 30–50 zł powyżej 50 zł nie posiadam telefonu komórkowego

24. Ile książek (bez podręczników szkolnych i e-booków) jest w Twoim domu?

- brak książek do 25 sztuk 26–50 sztuk
- 51–100 sztuk 101–500 sztuk ponad 500 sztuk

25. Gdzie spędzałeś/aś swoje ostatnie wakacje?

(zaznacz wszystkie możliwe)

- dom (brak wyjazdów wakacyjnych)
- dalsza rodzina (babcia, dziadek, ciocia, wujek itd.)
- kolonie / obozy
- sanatorium
- zorganizowane (np. przez biura podróży) wyjazdy na terenie Polski
- zorganizowane (np. przez biura podróży) wyjazdy zagraniczne
- wyjazdy z rodziną/znajomymi na terenie Polski (na własną rękę)
- zagraniczne wyjazdy z rodziną/znajomymi (na własną rękę)

26. Jak spędziłeś/aś wolny czas w ciągu ostatniego tygodnia?(zaznacz wszystkie możliwe)

- Internet gry komputerowe słuchanie radia / muzyki
- oglądanie telewizji czytanie książek sport / fitness
- spotkania ze znajomymi wyjście do pubu, dyskoteki, imprezy domowe

CZĘŚĆ B – Zachowania zdrowotne

Proszę w pytaniach, gdzie znajduje się pole zaznaczyć właściwą odpowiedź stawiając „X”.

W pytaniach, gdzie pozostawiono puste miejsce „_____”, należy uzupełnić wymagane informacje

1. Czy korzystasz z Internetu?

- tak nie (jeśli nie, przejdź do pytania 6)

2. Jak często korzystasz z Internetu?

- codziennie kilka razy w tygodniu raz w tygodniu
 kilka razy w miesiącu, ale nie w każdym tygodniu nie częściej niż raz w miesiącu

3. Ile godzin w tygodniu spędzasz w Internecie?

- do 2 godzin od 3 do 7 godzin od 8 do 14 godzin
 od 15 do 21 godzin od 22 do 35 godzin powyżej 36 godzin

4. Czy kiedykolwiek zakupiłeś/aś przez Internet leki, suplementy diety, odżywki dla sportowców itp.?

- tak nie

5. Jak często, w przypadku choroby lub innych dolegliwości, szukasz porad i sposobów leczenia w Internecie (fora, blogi)?

- zawsze często czasami rzadko nigdy

6. Z jakiego źródła przede wszystkim czerpiesz informacje dotyczące zdrowia, chorób i ich objawów?

- rodzina znajomi Internet
 książki i czasopisma telewizja inne, jakie? _____

7. Ile posiłków spożywasz dziennie?

- 1 2 3 4 5 lub więcej

8. Czy jadasz posiłki o stałych porach?

- tak nie

9. Który z Twoich posiłków jest zazwyczaj najobfitszy?

- śniadanie drugie śniadanie obiad podwieczorek kolacja

10. Jak często spożywasz warzywa i owoce?

- kilka razy dziennie raz dziennie kilka razy w tygodniu, ale nie codziennie
 kilka razy w miesiącu, ale nie w każdym tygodniu nie spożywam warzyw i owoców

11. Jak często spożywasz posiłki typu „Fast food”?

- co najmniej raz dziennie kilka razy w tygodniu, ale nie codziennie
 kilka razy w miesiącu, ale nie w każdym tygodniu nie spożywam „Fast foodów”

12. Czy uprawiasz regularnie jakiś sport lub aktywność fizyczną?

- tak nie

13. Ile czasu (średnio) dziennie poświęcasz na sport lub aktywność fizyczną?

- do 15 minut 15–30 minut 30–60 minut
 powyżej 60 minut nie uprawiam sportu lub aktywności fizycznej

14. Czy kiedykolwiek spożywałeś/aś alkohol?

- tak nie (jeśli nie, przejdź do pytania 17)

15. Kiedy ostatnio spożywałeś/aś alkohol?

- w ciągu ostatniego tygodnia w ciągu ostatniego miesiąca
 w ciągu ostatnich trzech miesięcy w ciągu ostatniego roku ponad rok temu

16. Ile miałeś/aś lat, kiedy po raz pierwszy spożywałeś/aś alkohol?

- _____ lat

17. Które z wymienionych substancji psychoaktywnych używałeś/aś przynajmniej raz w życiu? (zaznacz wszystkie możliwe)

- marihuana haszysz LSD amfetamina
 ekstazy grzyby halucynogenne kokaina dopalacze
 inne, jakie? _____ nie używałem/am substancji psychoaktywnych

18. Kiedy ostatnio używałeś/aś substancji psychoaktywnych (wspomnianych w pytaniu 17)?

- w ciągu ostatniego tygodnia w ciągu ostatniego miesiąca
 w ciągu ostatnich trzech miesięcy w ciągu ostatniego roku
 ponad rok temu nie używałem/am substancji psychoaktywnych

19. Czy kiedykolwiek używałeś/aś e-papierosów?

- tak nie (jeśli nie, przejdź do pytania 21)

20. Kiedy ostatnio używałeś/aś e-papierosów?

- w ciągu ostatniego tygodnia w ciągu ostatniego miesiąca
 w ciągu ostatnich trzech miesięcy w ciągu ostatniego roku ponad rok temu

21. Czy kiedykolwiek paliłeś papierosy?

- tak nie (jeśli nie, przejdź do pytania 25)

22. Kiedy ostatnio paliłeś papierosy?

- w ciągu ostatniego tygodnia w ciągu ostatniego miesiąca
 w ciągu ostatnich trzech miesięcy w ciągu ostatniego roku ponad rok temu

23. Ile wypalasz (średnio) papierosów w ciągu dnia?

- 1–10 10–20 powyżej 20
- palę okazynie (np. wyłącznie w trakcie imprez)
- nie palę już w ogóle

24. Ile miałeś/aś lat gdy po raz pierwszy zapaliłeś/aś papierosa?

- _____ lat

25. Czy uprawiałeś już seks?

- tak nie (*jeśli nie, przewróć stronę i przejdź do CZĘŚCI C kwestionariusza*)

26. Ile miałeś/aś lat w momencie inicjacji seksualnej?

- _____ lat

27. Ilu partnerów seksualnych miałeś/aś od momentu rozpoczęcia współżycia?

- _____ (liczba partnerów)

28. Czy podczas ostatniego współżycia używałeś/aś prezerwatywy?

- tak nie

29. Czy kiedykolwiek współżyłeś/aś bez używania prezerwatywy?

- tak nie

30. Czy kiedykolwiek uprawiałeś/aś seks z nowo poznaną osobą (tzw. „przygodny seks”)?

- tak nie

CZĘŚĆ C – Ocena kompetencji zdrowotnych - *European Health Literacy Survey Questionnaire*

Korzystając z poniższej skali:

- 1 – bardzo łatwe**
- 2 – łatwe**
- 3 – trudne**
- 4 – niemożliwe**
- 5 – trudno powiedzieć / nie dotyczy**

Proszę wpisując odpowiednią cyfrę w komórce po prawej stronie określić, **jak łatwe jest dla P. (Pana/Pani):**

1.	...znajdowanie informacji na temat objawów chorób, które u P. występują?	
2.	...znajdowanie informacji na temat leczenia chorób, które u P. występują?	
3.	...dowiedzenie się, co należy zrobić, kiedy pilnie potrzebna jest pomoc medyczna?	
4.	...dowiedzenie się, gdzie można uzyskać fachową pomoc, kiedy P. źle się czuje?	
5.	...rozumienie co mówi do P. lekarz?	
6.	...rozumienie treści ulotek dołączonych do P. leków?	
7.	...zrozumienie, co należy zrobić kiedy pilnie potrzebna jest pomoc medyczna?	
8.	...zrozumienie zaleceń lekarza lub farmaceuty na temat sposobu przyjmowania przepisanego leku?	
9.	...ocenie, jak informacja uzyskana od lekarza daje się zastosować w P. przypadku?	
10.	...ocenie zalet i wad różnych sposobów leczenia?	
11.	...ocenie, kiedy potrzebuje P. zasięgnąć opinii innego lekarza?	
12.	...ocenie czy wiarygodne są znajdowane w mediach informacje o chorobie (objawach, dolegliwościach)?	
13.	...wykorzystanie informacji uzyskanych od lekarza w trakcie podejmowania decyzji dotyczących P. choroby?	
14.	...stosowanie się do instrukcji dotyczących przyjmowania leków?	
15.	...wezwanie karetki pogotowia, kiedy pilnie potrzebna jest pomoc medyczna?	
16.	...stosowanie się do zaleceń lekarza lub farmaceuty?	
17.	...znajdowanie informacji dotyczących postępowania wobec niezdrowych zachowań takich jak palenie, niska aktywność fizyczna czy nadużywanie alkoholu?	
18.	...znajdowanie informacji dotyczących radzenia sobie ze stresem, depresją czy innymi podobnymi stanami?	
19.	...znajdowanie informacji na temat szczepień i badań przesiewowych (masowych, bezpłatnych), którym P. powinien być poddany?	
20.	...znajdowanie informacji dotyczących zapobiegania i radzenia sobie ze stanami, takimi jak nadwaga, wysokie ciśnienie czy wysoki cholesterol?	
21.	...zrozumienie ostrzeżeń dotyczących zagrożeń zdrowotnych związanych z takimi zachowaniami jak palenie, niska aktywność fizyczna czy nadużywanie alkoholu?	
22.	...zrozumienie, dlaczego P. powinien poddawać się szczepieniom?	

23.	...rozumienie, dlaczego powinien P. poddawać się badaniom przesiewowym (masowym, bezpłatnym)?	
24.	...ocenie wiarygodności ostrzeżeń dotyczących zagrożeń zdrowotnych takich jak palenie, niska aktywność fizyczna czy nadużywanie alkoholu?	
25.	...ocenie, kiedy powinien P. poddać się kontroli lekarskiej?	
26.	...ocenie, które szczepienia mogą być P. potrzebne?	
27.	...ocenie, którym badaniom przesiewowym (masowym, bezpłatnym) powinien się P. poddać?	
28.	...ocenie, czy wiarygodne są znajdowane w mediach informacje o czynnikach zagrażających zdrowiu?	
29.	...zdecydowanie, czy powinien się P. poddać szczepieniu przeciwko grypie?	
30.	...zdecydowanie, w oparciu o rady członków rodziny i znajomych, jak bronić się przed chorobą?	
31.	...zdecydowanie, w oparciu o informacje z mediów, jak bronić się przed chorobą?	
32.	...znajdowanie informacji na temat zachowań służących zdrowiu, takich jak ruch czy zdrowe odżywianie się?	
33.	...znajdowanie informacji na temat zachowań, które są korzystne dla stanu psychicznego?	
34.	...znajdowanie informacji o tym, co zrobić, aby uczynić najbliższe otoczenie bardziej przyjaznym dla zdrowia?	
35.	...znajdowanie informacji o zmianach politycznych i administracyjnych, które mogą mieć wpływ na zdrowie?	
36.	...znajdowanie informacji o działaniach podejmowanych w miejscu pracy, które mogą służyć P. zdrowiu?	
37.	...rozumienie porad dotyczących zdrowia otrzymywanych od członków rodziny i przyjaciół?	
38.	...rozumienie informacji na opakowaniach artykułów spożywczych?	
39.	...rozumienie informacji z mediów na temat sposobów poprawy zdrowia?	
40.	...rozumienie informacji o tym, jak zachować swoje zdrowie psychiczne?	
41.	...ocenie, jak miejsce, w którym P. mieszka, wpływa na P. zdrowie i samopoczucie?	
42.	...ocenie, na ile P. warunki mieszkaniowe sprzyjają P. zdrowiu?	
43.	...ocenie, które z codziennych zachowań wpływają na P. zdrowie?	
44.	...podejmowanie decyzji służących poprawie własnego zdrowia?	
45.	...zapisanie się do klubu sportowego albo na zajęcia ruchowe, jeśli P. tego chce?	
46.	...wpływanie na warunki życia, które oddziałują na P. zdrowie i samopoczucie?	
47.	...angażowanie się w działania, które poprawiają zdrowie i samopoczucie w społeczności do której P. należy?	

CZEŚĆ D – Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC - wersja B)

Przy każdym zdaniu należy wpisać liczbę, która wyraża właściwy stopień zgody. Należy podać jedną odpowiedź dla każdego stwierdzenia. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniem, a nie z tym – co powinno się sądzić. Poszczególne liczby oznaczają:

NIE Zdecydowanie nie zgadzam się 1	W pewnym stopniu nie zgadzam się 2	W małym stopniu nie zgadzam się 3	W małym stopniu zgadzam się 4	W pewnym stopniu zgadzam się 5	TAK Zdecydowanie zgadzam się 6
---	--	---	---	--	---

1. Jeżeli zachoruję, to do zdrowia powracam o własnych siłach.....
2. Często czuję, że jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego co zrobię.....
3. Jeżeli regularnie będę się konsultował z dobrym lekarzem, to zmniejszę prawdopodobieństwo zachorowania.....
4. Wydaje mi się, że na mój stan zdrowia duży wpływ mają przypadkowe zdarzenia.....
5. Swoje zdrowie mogę zachować jedynie konsultując się z lekarzem.....
6. Ponoszę pełną odpowiedzialność za swoje zdrowie.....
7. To, czy pozostanę zdrowy czy też zachoruję, zależy w dużej mierze ode innych ludzi (np. lekarzy, pielęgniarek, rodziny, przyjaciół)
8. Cokolwiek złego dzieje się z moim zdrowiem, to jest to moja wina.....
9. Kiedy zachoruję, muszę po prostu poczekać aż mi przejdzie.....
10. Lekarze utrzymują mnie w dobrym zdrowiu.....
11. Kiedy jestem zdrowy, mam po prostu szczęście.....
12. Moje samopoczucie fizyczne zależy od tego, jak dobrze dbam o siebie.....
13. Kiedy choruję, to wiem, że to dlatego, iż o siebie nie zadbałem.....
14. Opieka, którą otrzymuję od innych, decyduje o tym jak szybko powracam do zdrowia.....
15. Nawet jeśli dbam o siebie, łatwo mogę zachorować.....
16. Kiedy choruję, jest to sprawa losu.....
17. Pozostanę raczej zdrowy, jeżeli dobrze zadbam o siebie.....
18. Dokładne wypełnianie poleceń lekarza jest najlepszym sposobem zachowania zdrowia.....