



„Wychowanie w Rodzinie” t. XXXI (4/2024)

nadesłany: 24.08.2024 r. – przyjęty: 10.12.2024 r.

Barbara GRABOWSKA\*  
Klaudia BŁĄŻEJEWSKA\*\*  
Luba ŚLÓSZARZ\*\*\*

## Zachowania zdrowotne dzieci w okresie adolescencji oraz ich rodziców

Health behavior of children in adolescence and their parents

---

\* **e-mail: [barbara.grabowska@umw.edu.pl](mailto:barbara.grabowska@umw.edu.pl)**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,  
wyb. Ludwika Pasteura 1, 50-367 Wrocław, Polska  
Wrocław Medical University, Faculty of Health Sciences, Ludwika Pasteura 1 Street,  
50-367 Wrocław, Poland

**ORCID: 0000-0001-7466-1280**

\*\* **e-mail: [klaudia.blazejewska@student.umw.edu.pl](mailto:klaudia.blazejewska@student.umw.edu.pl)**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,  
wyb. Ludwika Pasteura 1, 50-367 Wrocław, Polska  
Wrocław Medical University, Faculty of Health Sciences, Ludwika Pasteura 1 Street,  
50-367 Wrocław, Poland

**ORCID: 0009-0009-3195-0299**

\*\*\* **e-mail: [luba.slosarz@umw.edu.pl](mailto:luba.slosarz@umw.edu.pl)**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Studium Nauk  
Humanistycznych i Społecznych, wyb. Ludwika Pasteura 1, 50-367 Wrocław, Polska  
Wrocław Medical University, Study of Humanities and Social Sciences, Ludwik Pasteur  
Street 1, 50-367 Wrocław, Poland

**ORCID: 0000-0002-0507-6595**

**Abstrakt**

**Wprowadzenie.** WHO definiuje zdrowie jako stan całkowitego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Wdrażanie zdrowych nawyków w dzieciństwie jest kluczowe dla przyszłego zdrowia i samopoczucia jednostki oraz społeczeństwa. Okres dorastania jest szczególnie istotny, ponieważ kształtuje nawyki zdrowotne, które pielęgnujemy jako dorośli przez całe życie.

**Cel.** Celem pracy było zbadanie i porównanie zachowań zdrowotnych wśród nastolatków i ich rodziców. Ponadto celem było sprawdzenie źródeł, z których nastolatki dowiadują się o zachowaniach zdrowotnych, oraz przyjrzenie się różnicowaniu zachowań zdrowotnych ze względu na BMI, wykształcenie (dorośli) i płeć (obie grupy).

**Metody i materiały.** W badaniu wzięło udział 250 uczniów klas 5–8 oraz 242 rodziców badanych nastolatków. Do przeprowadzenia badania rodziców wykorzystano standaryzowany kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. Do badania dzieci zastosowano jego nieznacznie zmodyfikowaną wersję.

**Wyniki i wnioski.** Badanie wykazało, że grupa rodziców charakteryzuje się średnim poziomem zachowań zdrowotnych, podczas gdy grupa dzieci cechuje się poziomem niskim. Kobiety i dziewczęta prezentowały wyższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych w porównaniu do mężczyzn i chłopców. Wskaźnik BMI i wykształcenie rodziców nie wpływa na poziom zachowań zdrowotnych u badanych rodziców. Głównym miejscem czerpania informacji o zachowaniach zdrowotnych przez dzieci jest rodzina. Niższy wynik zachowań zdrowotnych u dzieci w porównaniu do ich rodziców wskazuje, że należy poszerzać wiedzę z zakresu pozytywnych zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Warto rozważyć włączanie w to nowoczesnych aplikacji medycznych oraz informacji zawartych w mediach społecznościowych. Należy także zwrócić uwagę na szczególną rolę rodziny w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci.

**Słowa kluczowe:** dzieci, zachowania zdrowotne, adolescencja, IZZ, rodzice.

**Abstract**

**Introduction.** The WHO defines health as total physical, mental, and social well-being. The implementation of healthy habits in childhood is crucial to the future health and well-being of the individual and society. The adolescence period is particularly important because it shapes lifelong health habits that we nurture as adults.

**Aim.** The aim of this study is to analyze and compare the health behavior of pupils in grades 5–8 of elementary school, and their parents.

**Methods and materials.** The study involved 250 pupils in grades 5–8 and 242 parents of adolescents included in the study. The standardized questionnaire “Health Behavior Inventory” was used to survey the parents. A modified version of the questionnaire was used to survey the adolescents.

**Results and conclusion.** The study showed that the parents' group was characterized by a medium level of health behavior, while the adolescent group was characterized by a low level. Adolescents showed lower health behaviors than their parents. Women presented higher scores on proper eating habits and preventive behaviors compared to men. Girls showed higher scores on health practices than boys. BMI and parental education did not affect the level of health behaviors in the surveyed parents. The main source of information on health behaviors for adolescents is the family. It is necessary to expand the knowledge of children and adolescents' positive health behavior, including modern medical applications and information in social media. It is necessary to pay attention to the special role of the family in children's health education.

**Keywords:** children, parents, health behavior, adolescents, IZZ.

## Wprowadzenie

Zdrowie jest uważane za podstawową wartość, zwłaszcza w kontekście dbania o rozwój dzieci i młodzieży (Augustyn, Rutkowski, Pac-Pomarnacka, 2021). Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), uwzględniającą holistyczne podejście do rozumienia tej wartości, zdrowie jest „[...] stanem całkowitego dobrego samopoczucia (ang. *well-being*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem obiektywnie istniejącej choroby (ang. *disease*) czy niepełnosprawności (ang. *infirmity*)” (WHO, 2023). Takie rozumienie pozwala myśleć o zdrowiu jak o potencjale, który możemy mnożyć bądź rozwijać, o którym możemy myśleć ustawicznie na co dzień, a nie tylko w sytuacjach pojawiania się chorób czy zaburzeń. Kształtowanie zdrowego stylu życia jest procesem zaczynającym się na najwcześniejszych etapach rozwoju, a szczególnie przybierającym na sile w okresie adolescencji, kiedy nastolatki stają się coraz bardziej decyzyjne względem codziennych wyborów dotyczących odżywiania, snu i spędzania czasu wolnego. Adolescencja jest również czasem dużych zmian biologicznych i psychospołecznych. Ważną rolę zaczynają pełnić rówieśnicy i kultura popularna. Szkoła, obok rodziny, także staje się miejscem, gdzie zachodzą procesy wychowawcze, w tym zarówno procesy uczenia się i internalizacji korzystnych zachowań zdrowotnych, jak i zachowań czy nawyków niekorzystnych. Kształtujące się w tym czasie postawy wobec zdrowia mogą mieć istotne znaczenie dla dalszego życia młodych ludzi (Sikora, Ryba, Zoldi, 2017).

Dzieciństwo i adolescencja są szczególnie ważnymi okresami dla kształtowania zachowań zdrowotnych, ponieważ w tym czasie mamy do czynienia z ich zapoczątkowaniem (Brzezińska, 2000). Postawa zdrowotna kształtuje się pod wpływem zdobywania wiedzy i obserwacji wzorców z różnych środowisk: domu, przedszkola, szkoły, środowiska lokalnego, mediów. Okres adolescencji – gdy młody człowiek zaczyna

testować granice stawiane mu przez otoczenie – jest czasem nie tylko utrwalania się nawyków, lecz także pojawiania zachowań ryzykownych (Korpak, 2021). Dlatego zmiany zachodzące w tym czasie mogą albo ukierunkowywać w stronę korzystnych postaw zdrowotnych, albo przyczyniać się do powstawania czynników ryzyka względem zdrowia nie tylko własnego, lecz także innych osób (Wojnarowska, 2007). W tym kontekście profilaktyka w obszarze zdrowia fizycznego i psychicznego jest szczególnie skuteczna właśnie w okresie adolescencji.

## Zachowania zdrowotne – stan badań i problemy badawcze

Zachowania zdrowotne są określane jako „[...] wszystkie zachowania człowieka, które wpływają w sposób bezpośredni lub pośredni na jego zdrowie” (Marmola, Wańczyk-Welc, 2017, s. 186). Mogą one przybierać dwie postaci: prozdrowotną (obejmującą m.in. aktywność fizyczną, prawidłowe nawyki żywieniowe, profilaktykę) oraz antyzdrowotną (używki, przewlekły stres, niekorzystne nawyki żywieniowe) (Marmola, Wańczyk-Welc, 2017).

Z badań przeprowadzonych przez Health Behavior in School-aged Children (HBSC) we współpracy z Biurem Regionalnym WHO dla Europy w latach 2021–2022 wynika, że tylko 25% chłopców i 15% dziewcząt zażywa przez 60 minut dziennie umiarkowanego ruchu. Dwie piąte nastolatków nie spełnia wymogów dotyczących uprawiania intensywnej aktywności fizycznej trzy razy w tygodniu. Wskaźnik dotyczący zarówno umiarkowanej, jak i intensywnej aktywności fizycznej maleje wraz z wiekiem (Rakić i in., 2024).

Niepokojące wyniki dotyczą również nawyków żywieniowych: w więcej niż połowie badanych krajów zauważono znaczący spadek dziennego spożycia śniadań w latach 2018–2022. Ponadto z raportu wynika, że tylko 38% nastolatków deklaruje codzienne spożywanie owoców i warzyw. Obserwuje się natomiast spożywanie niezdrowych produktów, przy czym dziewczęta częściej jedzą słodkie, a chłopcy piją słodkie napoje. Wskazane trudności przyczyniają się do problemów zdrowotnych, w tym nadwagi i otyłości. Analizując zachowania zdrowotne dzieci, HBSC zaleca, by w przyszłości podjąć inicjatywę opodatkowania słodkich napojów i jedzenia typu *fast food* celem wpłynięcia na poprawę zachowań zdrowotnych u młodych osób (Rakić i in., 2024). Małgorzata Marmola i Anna Wańczyk-Welc (2017) podkreślają, że zachowania zdrowotne mają charakter powszechny i społeczny – powstają wskutek interakcji ze środowiskiem jednostki, w tym z rodziną. Ten wpływ może zarówno przyczyniać się do powstawania i internalizacji zachowań prozdrowotnych, jak i powodować zachowania antyzdrowotne.

Badania pokazują, że funkcjonowanie rodziców w niekorzystnym dla zdrowia środowisku oraz prezentowanie niezdrowych nawyków mogą przyczyniać się do rozwoju

chorób u członków rodziny oraz niekorzystnie wpływać na rozwój ich dzieci (Kim, Lee, 2023). Takimi predyktorami mogą być: zbyt długie godziny pracy, niekorzystne nawyki żywieniowe, używki. Jednym z negatywnych zachowań, zauważanym przez wyżej wspomnianych badawczy i innych (Wu, Sun, Xi, 2021; Wang, Ho, Lam, 2011), jest palenie tytoniu przez rodziców w obecności dzieci. Oprócz toksyczności bycia „biernym palaczem” u dzieci wzrasta tendencja do rozpoczęcia palenia już we wczesnym wieku. Dlatego tak ważne jest skoordynowanie zachowań dorosłych jako przykład do naśladowania przez dzieci i młodzież. Zachowując prozdrowotny styl życia, dajemy przykład młodym osobom, jak można się zachowywać i jakie wybory dokonywać, by być zdrowym. Relacja dziecko–rodzic jest niezwykle ważnym aspektem budowania zachowań zdrowotnych.

Zakładając, że zachowania zdrowotne rodziców mogą oddziaływać na zachowania zdrowotne ich dzieci sformułowano następujące pytania badawcze:

Problem główny: Czy istnieją znaczące różnice w prezentowaniu zachowań zdrowotnych pomiędzy pokoleniem rodziców a dzieci?

Zakładając, że w wyniku procesu wychowania (w tym przede wszystkim modelowania) dzieci naśladowują i internalizują zachowania rodziców, postawiono następującą hipotezę główną: Dzieci i rodzice prezentują zbliżony poziom zachowań zdrowotnych.

Pytania szczegółowe:

1. Czy rodzice i dzieci prezentują podobny poziom w ogólnych wynikach zachowań zdrowotnych?
2. Czy, a jeśli tak, to w których płaszczyznach (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne), występują różnice pomiędzy rodzicami a dziećmi?

Ponadto dodatkowo postawiono pytania:

Czy poziom wykształcenia rodziców wpływa na ich zachowania zdrowotne?

Założono, że wyższy poziom wykształcenia będzie się wiązał z wyższymi wynikami w zachowaniach prozdrowotnych.

Czy wskaźnik BMI koreluje z wynikami dotyczącymi zachowań zdrowotnych?

Założono, że wysokie wyniki wskaźnika BMI będą korelowały z niekorzystnymi wynikami dotyczącymi zachowań zdrowotnych.

Ostatnie pytanie dotyczyło źródła wiedzy o zachowaniach zdrowotnych. Autorzy badań HBSC twierdzą, że zachowania zdrowotne zależą od warunków zewnętrznych, w jakich funkcjonuje nastolatek – środowisk rodzinnego oraz lokalnego, szkoły (Mazur,

2015). W związku z tym wydaje się, że właśnie te środowiska będą stanowiły główne źródło wiedzy na temat opisywanych zachowań dla dzieci i młodzieży. W okresie adolescencji znaczącą rolę pełnią również media, przede wszystkim Internet. Z raportu *Nastolatki 3.0*. wynika, że dzieci korzystają samodzielnie z Internetu już od 7. roku życia, a czas spędzany przez nastolatków w Internecie rośnie – w 2022 r. było to średnio 5 godzin i 36 minut dziennie, w roku 2020 – 4 godziny i 50 minut, a w 2014 – 3 godziny i 40 minut. Internet oprócz rozrywki stanowi dla nastolatków też źródło wiedzy (Lange, 2023), dlatego w ostatnim pytaniu (Jakie są źródła wiedzy dzieci dotyczące zachowań zdrowotnych?) interesowało nas również, czy, a jeśli tak, to w jakim stopniu, obok szkoły i rodziny Internet stanowi źródło wiedzy o zachowaniach zdrowotnych.

## **Materiały i metody badań**

### ***Osoby badane***

Uczestnikami badań byli uczniowie klas 5–8 szkół podstawowych (132 dziewczęta i 118 chłopców) oraz ich rodzice (187 kobiet i 55 mężczyzn). Dzieci do badania zostały wybrane losowo, następnie zaproszono ich rodziców. W obu grupach sprawdzaną zmienną demograficzną była płeć, a w przypadku osób dorosłych dodatkowo wykształcenie i BMI.

### ***Zastosowane narzędzia badawcze***

W badaniach wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) (Juczyński, 2012). Kwestionariusz składa się z 24 itemów dotyczących zachowań zdrowych. Narzędzie zawiera cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), zachowania profilaktyczne (ZP), pozytywne nastawienie psychiczne (PNP) oraz praktyki zdrowotne (PZ). Pierwsza z nich dotyczy rodzaju spożywanej żywności (produktów i napojów), druga odnosi się do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz sposobów pozyskiwania informacji na temat zdrowia, trzecia obejmuje czynniki psychologiczne, takie jak unikanie zbyt silnych emocji, stresu, napięć ostatnia zaś dotyczy codziennych nawyków dotyczących snu i aktywności fizycznej (Marmola, Wańczyk-Welc, 2017). Inwentarz daje możliwość obliczenia wyniku ogólnego. W celu dostosowania pytań do dzieci i młodzieży kwestionariusz IZZ został nieznacznie zmodyfikowany (pozostawiono taką samą liczbę pytań, nie zmieniono sensu pytań, zmiany dotyczyły niektórych wyrazów). W przypadku dorosłych zastosowano oryginalną wersję.

W badaniach obu grup wykorzystano również ankietę własnego autorstwa, zawierającą pytania metryczkowe. Analiza statystyczna została przeprowadzona w oprogramowaniu IBM SPSS Statistics 29. Testy wykorzystane w obliczeniach to: t-Student, ANOVA, chi-kwadrat Pearsona oraz test Spearmana.

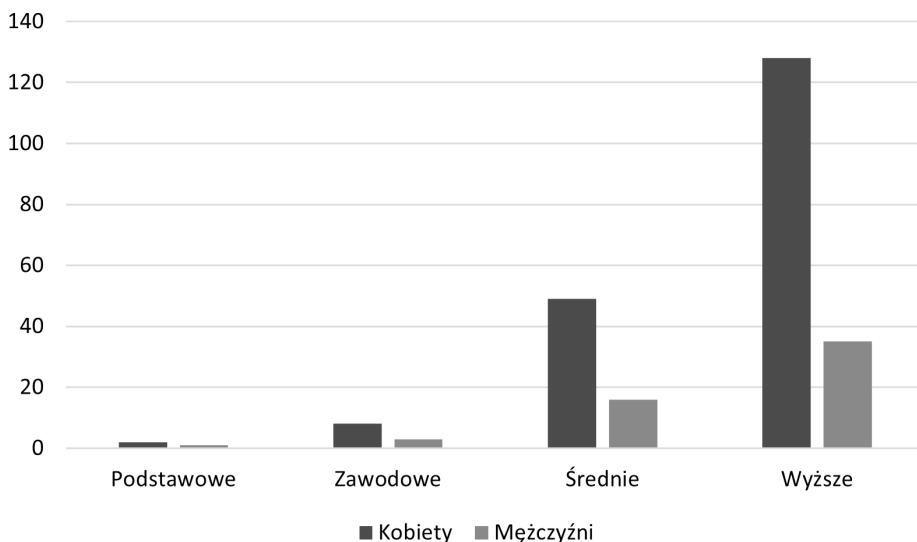
### **Cel pracy**

Celem pracy było zbadanie i porównanie zachowań zdrowotnych wśród nastolatków (uczniów klas 5–8 szkoły podstawowej) i ich rodziców. Ponadto celem było sprawdzenie źródeł, z których nastolatki dowiadują się o zachowaniach zdrowotnych, oraz przyjrzenie się różnicowaniu zachowań zdrowotnych ze względu na BMI, wykształcenie (dorośli) i płeć (obie grupy).

## **Wyniki**

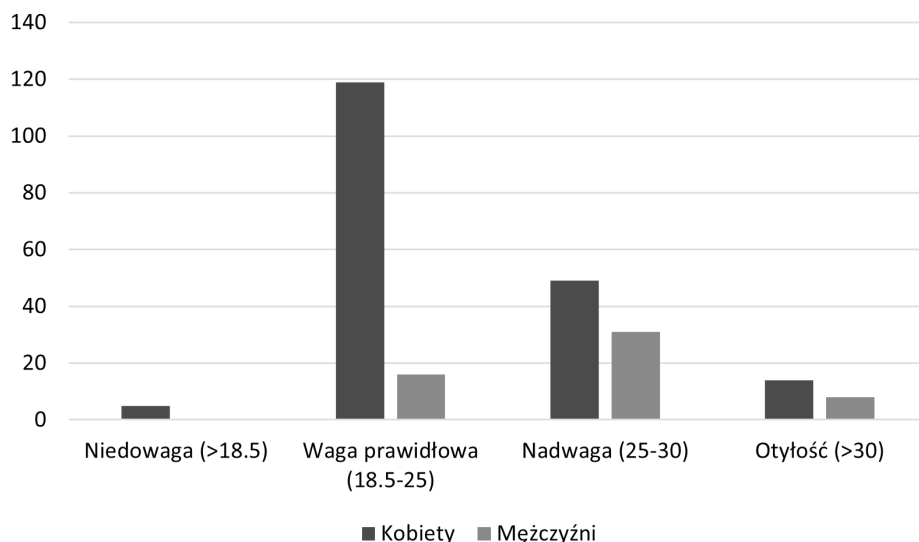
### **Charakterystyka osób badanych**

Z grupy dorosłych badanych większość stanowiły kobiety, u dzieci rozkład płci był z kolei prawie wyrównany (47% chłopców i 53% dziewcząt). Wśród osób dorosłych 69% zaznaczyło kategorię pomiędzy 36. a 45. rokiem życia, 25% wskazało na wiek 46+. Najmniejsza (5%) okazała się grupa uwzględniająca przedział od 26 do 35 lat. Aż 67% badanych ma wykształcenie wyższe, 27% średnie, zawodowe 5%, a podstawowe tylko 1% (wykres 1). Większość kobiet (64%) miała według BMI wagę prawidłową, lecz 26% badanych – nadwagę. Wśród mężczyzn wagę prawidłową miało 29% badanych, a większość z nich (56%) miała nadwagę. Niedowaga i otyłość w obu grupach pojawiła się u najmniejszej liczby osób (wykres 2).



Wykres 1. Rozkład liczbowy poziomu wykształcenia badanych rodziców.

Źródło: Badanie własne.



Wykres 2. Rozkład BMI badanych rodziców.

Źródło: Badanie własne.

### **Zachowania zdrowotne dzieci i rodziców – porównanie**

#### **Wynik ogólny zachowań zdrowotnych w grupie rodziców i dzieci**

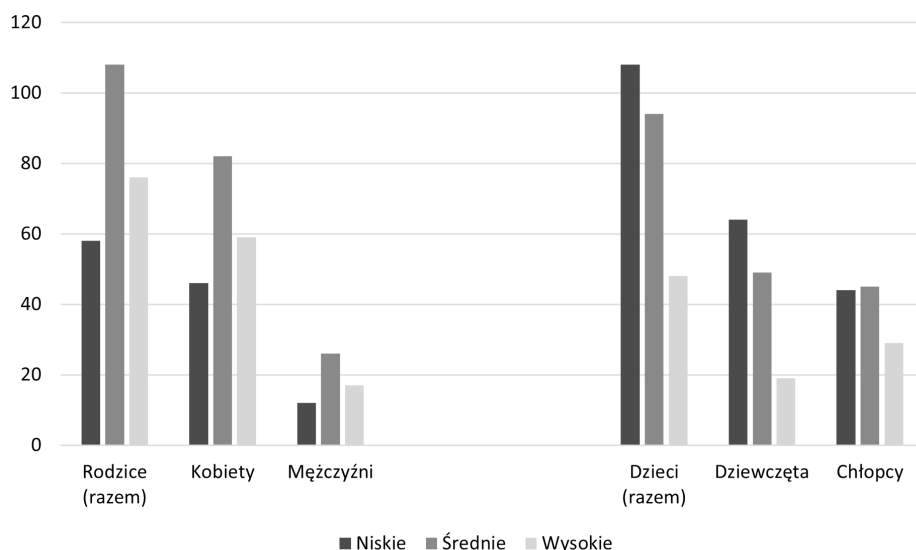
Badania pokazały, że rodzice i dzieci różnią się pod względem poziomu zachowań zdrowotnych. Niepokojące jest to, że w przypadku dzieci wynik (4,82 stena) wskazuje na poziom niski. Rodzice zaś uzyskali wynik, który można zaklasyfikować jako średni poziom zachowań zdrowotnych (5,76 stena)

#### **Różnice między grupą dzieci a grupą rodziców w poszczególnych wskaźnikach zachowań zdrowotnych**

Badania pokazały, że pomiędzy zachowaniami rodziców i dzieci występują istotne statystycznie różnice ( $p < 0,05$ ) we wszystkich skalach IZZ. Dzieci w każdej ze skal otrzymywały niższe wyniki (tabela 1).

U rodziców najczęściej były to wyniki średnie (108 osób, co stanowi 44,6% badanych), natomiast u dzieci – niskie (108 osób, co stanowi 43% badanych). U rodziców najrzadziej pojawiały się wyniki niskie (58 osób, 24% badanych), natomiast u dzieci – wysokie (48 osób, 19% badanych dzieci).





Wykres 3. Liczba badanych, którzy uzyskali niskie, średnie i wysokie wyniki na skali stenowej zachowań zdrowotnych.

Źródło: Badanie własne.

Tabela 1

Różnice w obszarach zachowań zdrowotnych pomiędzy grupą dzieci a grupą rodziców

		N	Średnia	Odchylenie standardowe	p
PNŻ	Dzieci	250	18,6	4,5	0,000
	Rodzice	242	21,2	4,3	
ZP	Dzieci	250	20,5	4,9	0,012
	Rodzice	242	21,5	4,1	
PNP	Dzieci	250	19,9	5,1	0,000
	Rodzice	242	22,2	3,6	
PZ	Dzieci	250	17,6	4,7	0,000
	Rodzice	242	20,0	3,8	
Wynik ogólny	Dzieci	250	76,6	15,1	0,000
	Rodzice	242	85,0	12,2	

		N	Średnia	Odchylenie standardowe	p
Wynik w stenach	Dzieci	250	4,8	2,0	0,000
	Rodzice	242	5,8	1,7	

Źródło: Badanie własne.

### **Poszczególne wskaźniki zachowań zdrowotnych dla rodziców**

Wśród osób dorosłych najwyższy wynik można zaobserwować w skali Pozytywne Nastawienia Psychiczne, natomiast najniższy – w skali Praktyki Zdrowotne (Tabela 2).

Tabela 2

*Wyniki dla poszczególnych wskaźników testu IZZ u osób dorosłych*

	PNŻ	ZP	PNP	PZ	IZZ	steny
Średnia	21,2	21,5	22,2	20,0	85,0	5,8
Odchylenie standardowe	4,3	4,1	3,6	3,8	12,2	1,7
Minimum	11	8	7	10	40	1
Maksimum	30	30	30	28	115	10

Źródło: Badanie własne.

Istotnie statystycznie różnice wystąpiły pomiędzy kobietami a mężczyznami w dwóch skalach. W obu z nich wyższe wyniki miały kobiety. Pierwsza skala to Prawidłowe Nawyki Żywieniowe:  $x = 21,8$ ;  $SD = 4,1$  (kobiety);  $x = 19,4$ ;  $SD = 4,4$  (mężczyźni), ( $p = 0,000$ ). Drugą skalą z przewagą wysokich wyników u kobiet były Zachowania Profilaktyczne:  $x = 21,9$ ;  $SD = 4,4$  (kobiety);  $x = 20,2$ ;  $SD = 4,4$  (mężczyźni); ( $p = 0,008$ ) (tabela 3).

Tabela 3

*Różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami we wskaźnikach testu IZZ (osoby dorosłe)*

Zmienne		N	Średnia	Odchylenie standardowe	p
PNŻ	Kobiety	187	21,8	4,1	0,000
	Mężczyźni	55	19,4	4,4	

	Zmienne	N	Średnia	Odchylenie standardowe	p
ZP	Kobiety	187	21,9	4,0	0,008
	Mężczyźni	55	20,2	4,5	
PNP	Kobiety	187	22,3	3,6	0,814
	Mężczyźni	55	22,1	3,5	
PZ	Kobiety	187	20,0	3,8	0,872
	Mężczyźni	55	19,9	3,7	
ZZ	Kobiety	187	86,0	11,9	0,021
	Mężczyźni	55	81,7	12,8	
Steny	Kobiety	187	5,7	1,7	0,704
	Mężczyźni	55	5,8	1,7	

Źródło: Badanie własne.

### **Wskaźnik BMI oraz poziom wykształcenia a wskaźnik ogólnych zachowań zdrowotnych u dorosłych**

W badanej grupie rodziców nie ma istotnych różnic pomiędzy rozkładami oczekiwanymi oraz obserwowanymi badającymi związek ogólnych zachowań zdrowotnych ani z wykształceniem (test chi-kwadrat Pearsona wynosi 0,465), ani z BMI (test chi-kwadrat Pearsona wynosi 0,447). To oznacza, że poziom wykształcenia i BMI nie są istotnymi wskaźnikami przy występowaniu zachowań zdrowotnych. Nie wykazano również związku pomiędzy poziomem wykształcenia a BMI.

### **Średnie wyniki poszczególnych wskaźników zdrowotnych u dzieci**

W przypadku dzieci najwyższy wynik obserwujemy w skali ZP, natomiast najniższy – podobnie jak w przypadku osób dorosłych – w skali PZ (tabela 4).

Tabela 4

Średnie wyniki dla poszczególnych wskaźników testu IZZ u dzieci

	PNŻ	ZP	PNP	PZ	IZZ	steny
Średnia	18,6	20,5	19,9	17,6	76,6	4,8
Odchylenie standardowe	4,5	4,9	5,1	4,7	15,1	2

	PNŻ	ZP	PNP	PZ	IZZ	steny
Minimum	6	6	6	6	24	1
Maksimum	30	30	30	30	116	10

*Źródło:* Badanie własne.

Istotna różnica statystyczna ze względu na płeć u dzieci wystąpiła tylko w przypadku jednej skali. Podobnie jak w przypadku osób dorosłych dziewczynki uzyskały większy wynik w skali PZ (dziewczęta:  $x = 18,2$ ;  $SD = 4,4$  vs chłopcy:  $x = 16,8$ ;  $SD = 4,9$ ) ( $p = 0,028$ ) (tabela 5).

Tabela 5

*Różnice pomiędzy dziewczętami a chłopcami we wskaźnikach testu IZZ (dzieci)*

	Płeć	N	Średnia	Odchylenie standardowe	P
PNŻ	Dziewczęta	139	19,0	4,2	0,109
	Chłopcy	111	18,1	4,8	
ZP	Dziewczęta	139	20,8	4,4	0,318
	Chłopcy	111	20,1	5,5	
PNP	Dziewczęta	139	19,9	5,0	0,989
	Chłopcy	111	19,8	5,1	
PZ	Dziewczęta	139	18,2	4,4	0,028
	Chłopcy	111	16,8	4,9	
ZZ	Dziewczęta	139	77,8	13,5	0,138
	Chłopcy	111	75,0	16,8	
steny	Dziewczęta	139	4,7	1,8	0,135
	Chłopcy	111	5,0	2,1	

*Źródło:* Badanie własne.

### ***Źródła wiedzy o zachowaniach zdrowotnych***

Ważną informacją jest to, że dla największej liczby uczniów (41,2%) źródło wiedzy na temat zachowań zdrowotnych stanowi rodzina. Na drugim miejscu (31,1%) jest Internet, w tym przede wszystkim media społecznościowe. Rówieśnicy stanowią 8%, natomiast tylko 5,8% uczniów zaznaczyło, że takim źródłem są programy/kampanie

społeczne promujące zdrowie. Niestety również mało osób wskazało, że dowiadują się o zachowaniu zdrowotnym od nauczycieli 11,3% (tabela 6).

Tabela 6

*Źródła informacji dot. zachowań zdrowotnych (dzieci)*

	n	%
Rówieśnicy	40	8,0
Nauczyciele	52	11,3
Programy/kampanie społeczne promujące zdrowie	29	5,8
Internet	134	31,1
Rodzina	187	41,2

*Źródło:* Badanie własne.

## Dyskusja

Badania wykazały, że istnieją różnice w prezentowanym poziomie zachowań zdrowotnych pomiędzy rodzicami a dziećmi. Zarówno w wyniku ogólnym, jak i w wyodrębnionych skalach dzieci otrzymywały niższe wyniki niż ich rodzice. Uwzględniając wagę oddziaływań wychowawczych, zakładano, że zachowania zdrowotne rodziców i dzieci będą zbliżone. Różnica na korzyść rodziców zastanawia, zwłaszcza że – jak wynika z naszych badań – głównym źródłem wiedzy na temat zachowań zdrowotnych dla dzieci jest rodzina. Te wyniki wskazują na potrzebę dalszych badań, które by identyfikowały przyczyny wspomianej rozbieżności.

Wyniki badań własnych pokazują, że rodzice prezentują średni poziom zachowań zdrowotnych. W przypadku mężczyzn wynik stanowił 81,65 punktów, co koresponduje z wynikami innych badań, np. autorstwa Celine Łepeckiej-Klusek i wsp. (Łepecka-Klusek, 2015), gdzie średni wynik wynosił 78,5 punktów, oraz Anny Arendt i wsp. (2014), gdzie mężczyźni uzyskali 76,28 punktów. W każdym z tych badań mężczyźni prezentowali średni poziom zachowań zdrowotnych na poziomie 5–6 stenów.

W przypadku większości kobiet (44%) wyniki badań własnych również wskazują na występowanie średniego poziomu zachowań zdrowotnych. Jest to bardziej korzystny wynik w porównaniu do badań Marleny Dudy (2021), zgodnie z którymi większość kobiet (53%) prezentowała niski poziom zachowania. Różnice widać również w przypadku częstotliwości występowania zachowań zdrowotnych na wysokim poziomie.

Badania własne pokazują, że takie zachowanie jest charakterystyczne dla 32%, natomiast we wspomnianych wyżej badanych wysoki poziom wykazano tylko u 11%.

Pozostałe dane metryczkowe brane pod uwagę u osób dorosłych (poziom wykształcenia i BMI) nie różnicowały osób badanych względem zachowań zdrowotnych. Nie wykazano także korelacji pomiędzy wskaźnikiem BMI a poziomem wykształcenia. W innych badaniach taki związek zauważano. Na przykład w badaniu, które prowadzili Silke Hermann i wsp. (2011), zauważono negatywną korelację pomiędzy wskaźnikiem BMI a poziomem wykształcenia u osób dorosłych. Niższy wskaźnik BMI częściej występował z wyższym poziomem wykształcenia. Co ciekawe, badania Chunxiao Liao i wsp. (2018) pokazały z kolei, że płeć może różnicować kierunek korelacji. Zgodnie z tymi badaniami w przypadku mężczyzn wyższe wykształcenie częściej występowało z wyższym wskaźnikiem BMI.

Wyniki badań uzyskanych przez dzieci korespondują z wynikami badań Aleksandry Michalak (2022) i badaniem Anny Witek i wsp. (2012). Badacze wykazują, że dla większości dzieci wyniki sytuują się na 4–5 stopniu, a więc oscylują pomiędzy niskimi i średnimi wynikami. W naszych badaniach dla większości dzieci (43%) charakterystyczny był niski poziom zachowań zdrowotnych, natomiast o 5% mniej dzieci prezentowało zachowanie średnie (38%), a tylko 19% – poziom wysoki.

W badaniach własnych zwrócono także uwagę na źródła wiedzy, z których dzieci dowiadują się o zachowaniach zdrowotnych. Informacja ta jest istotna z kilku powodów. Po pierwsze, dlatego że mogą one się różnić względem wiarygodności. Po drugie, ważne było sprawdzenie, jaką rolę w przekazywaniu wiedzy na ten temat ma rodzina. W badaniach własnych aż 41,2% dzieci wskazało rodzinę jako główne źródło wiedzy. Dużo mniej, bo tylko 11,3%, wskazało nauczycieli. Jeśli chodzi o pierwsze źródło, to koresponduje ono z wynikami badań Anny Bednarek i Magdaleny Bednarz (2013), w których 42% dzieci wskazało na rodzinę; w przypadku drugiego źródła różnica wynosi kilkanaście procent na korzyść badań A. Bednarek i M. Bednarz (2013), w których na nauczyciela i wychowawcę wskazało 23% badanych uczniów. W badaniach Ewy Czarnieckiej-Skubiny (2008) większość dzieci wybierając źródło wiedzy, wskazywało na Internet (w naszym badaniu Internet był na drugim miejscu). Internet z pewnością również może zawierać bardzo ważne i sprawdzone informacje, ale obok nich można się spotkać z informacjami nie tylko bezużytecznymi, lecz także szkodliwymi. Dzieci mają mniejszą zdolność filtracji tego typu danych.

## Wnioski

Badania wykazały dwie podstawowe różnice związane ze stosowaniem zachowań zdrowotnych: poziom zachowań zdrowotnych różnicowały wiek oraz płeć. Mimo że

rodzice prezentują zadowalający poziom zachowań zdrowotnych (średni), zachowania dzieci sytuują się na niskim poziomie. W kontekście wychowawczym ten fakt wydaje się zastanawiający. Powstają pytania: dlaczego dzieci nie internalizują zachowań prezentowanych w domu oraz dlaczego rodzice nie korygują zachowań zdrowotnych prezentowanych przez dzieci? W kontekście tych pytań warto zastanowić się nad kompetencjami wychowawczymi współczesnych rodziców oraz nad źródłem wiedzy dotyczącej zdrowego trybu życia. Nasze badania pokazują, że takim miejscem w przypadku dzieci ciągle jest rodzina. Warto by rodzice nie tylko przekazywali tę wiedzę, lecz także potrafili w umiejętny sposób uzasadnić oraz rozwinąć potrzebę kształtowania zdrowych nawyków u swoich dzieci od najmłodszych lat. Istotna jest także umiejętność określenia i utrzymania granic zapobiegających uleganiu pokusom związanym z niezdrowymi nawykami żywieniowymi i wyborem niekorzystnych dla rozwoju aktywności podczas spędzania czasu wolnego. Badania oraz obserwacja kliniczna pokazują, że coraz więcej dzieci w coraz młodszym wieku jako główną aktywność wybiera korzystanie z urządzeń elektronicznych (np. gry komputerowe, tzw. scrollowanie), przy czym często robią to kosztem snu, narażając kolejny ważny dla zdrowia obszar (Lange, 2023).

Następna różnica, którą ujawniły badania, jest taka, że kobiety prezentują wyższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych w porównaniu do mężczyzn. Co więcej, ta różnica jest obserwowalna również w przypadku dzieci: dziewczęta prezentują wyższe wyniki w zakresie praktyk zdrowotnych w porównaniu do chłopców. Opracowując programy/kampanie społeczne w zakresie zachowań zdrowotnych, warto wziąć pod uwagę różnice dotyczące płci.

Reasumując, widzimy, że wyniki badań wskazują, że należy poszerzać wiedzę z zakresu pozytywnych zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży, biorąc pod uwagę różnice w podejściu do problematyki ze względu na płeć. Warto rozważyć włączanie w transfer wiedzy nowoczesnych aplikacji medycznych oraz informacji zawartych w mediach społecznościowych. Należy zwrócić uwagę także na szczególną rolę rodziny w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci, w tym na kształtowanie kompetencji wychowawczych rodziców.

## Bibliografia

- Arendt, A., Laszczyńska, M., Bażydło, M., Kotwas, A., Karakiewicz, B. (2014). Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40 roku życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 95(3), 659–666.
- Augustyn, A., Rutkowski, D., Pac-Pomarnacka, L. (2021). Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych młodzieży na tle warunków życia i percepcji środowiska miejsca zamieszkania. *Studia Periegetica*, 3(35), 41–60. DOI: 10.5604/01.3001.0015.6039.

- Bednarek, A., Bednarz, M. (2013). Zachowania zdrowotne chłopców i dziewcząt w młodszym wieku szkolnym. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(3), 305–312.
- Brzezińska, A. (2000). *Spoleczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Czarniecka-Skubina, E., Namysław, I. (2008). Wybrane elementy zachowań żywieniowych uczniów szkół średnich. *Żywność: Nauka, Technologia, Jakość*, 6(61), 129–143.
- Duda, M. M. (2021). Personal factors as predictors of working women’s health behaviour [Czynniki podmiotowe jako predyktory zachowań zdrowotnych kobiet czynnych zawodowo]. *Social Dissertations*, 15(2), 100–116. DOI: 10.29316/rs/136361.
- Hermann, S., Rohrmann, S., Linseisen, J., May, A. M., Kunst, A., Besson, H., Romaguera, D., Travier, N., Tormo, M. J., Molina, E., Dorronsoro, M., Barricarte, A., Rodríguez, L., Crowe, F. L., Khaw, K.-T., Wareham, N. J., van Boeckel, P. G. A., Bueno-de-Mesquita, H. B., Overvad, K., Jakobsen, M. U., Tjønneland, A., Halkjær, J., Agnoli, C., Mattiello, A., Tumino, R., Masala, G., Vineis, P., Naska, A., Orfanos, P., Trichopoulou, A., Kaaks, R., Bergmann, M. M., Steffen, A., Van Guelpen, B., Johansson, I., Borgquist, S., Manjer, J., Braaten, T., Fagherazzi, G., Clavel-Chapelon, F., Mouw, T., Norat, T., Riboli, E., Rinaldi, S., Slimani, N., Peeters, P. H. M. (2011). The association of education with body mass index and waist circumference in the EPIC-PANACEA study [Związek wykształcenia ze wskaźnikami masy ciała i obwodem talii w badaniu EPIC-PANACEA], *BMC Public Health*, 11, 169. DOI: 10.1186/1471-2458-11-169.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kim, S. E., Lee, J. (2024). Children’s health affected by parent’s behavioral characteristics: A review [Zdrowie dzieci a cechy behawioralne rodziców: Przegląd]. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 67(5), 232–239. DOI: 10.3345/cep.2023.00115.
- Korpak, F. (2021). *Aktywność fizyczna uczniów jako element zachowań zdrowotnych*. Biała Podlaska: Wydawnictwo Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II.
- Lange, R. (red.). (2023). *Nastolatki 3.0: Raport z ogólnopolskiego badania uczniów i rodziców*. Warszawa: NASK – Państwowy Instytut Badawczy. Pobrane z: <https://www.nask.pl/pl/raporty/raporty/5315,Raport-quotNastolatki-30quot.html>.
- Liao, C., Gao, W., Cao, W., Lv, J., Yu, C., Wang, S., Li, C., Pang, Z., Cong, L., Dong, Z., Wu, F., Wang, H., Wu, X., Jiang, G., Wang, X., Wang, B., Li, L. (2018). Association of educational level and marital status with obesity: A study of Chinese twins [Związek poziomu wykształcenia i stanu cywilnego z otyłością: Badanie chińskich bliźniąt]. *Twin Research and Human Genetics*, 21(2), 126–135. DOI: 10.1017/thg.2018.8.



- Łepecka-Klusek, C., Pałucka, K., Pilewska-Kozak, A. B., Pawłowska-Muc, A. K. (2015). The health behaviors of ageing men [Zachowania zdrowotne starzejących się mężczyzn]. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(5), 496–509. DOI: 10.5281/zenodo.18170.
- Marmola, M., Wańczyk-Welc, A. (2017). Zachowania zdrowotne a poczucie satysfakcji z życia u młodych dorosłych. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 32(4), 185–196. Pobrane z: <https://fidesetratio.com.pl/ojs/index.php/FetR/article/view/625>.
- 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.
- Michalak, A. (2022). Ocena stanu odżywienia i nawyków żywieniowych młodzieży szkoły podstawowej w aspekcie ryzyka wybranych chorób cywilizacyjnych. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 7(1), 25–50. DOI: 10.21784/IwP.2022.002.
- Rakić, J. G., Hamrik, Z., Dzielska, A., Felder-Puig, R., Felder-Puig, R., Oja, L., Bakalár, P., Nardone, P., Ciardullo, S., Abdrakhmanova, S., Adayeva, A., Kelly, C., Fismen, A. S., Wilson, M., Brown, J., Inchley, J., Ng, K. (2024). *A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, Central Asia and Canada: Health behaviour in school-aged children: International report from the 2021/2022 survey* [Aktywność fizyczna nastolatków, zachowania żywieniowe, waga i wygląd ciała w Europie, Azji Środkowej i Kanadzie: Zachowania zdrowotne dzieci w wieku szkolnym: Międzynarodowy raport z badania przeprowadzonego w latach 2021/2022] (t. 4). World Health Organization. Regional Office for Europe. Pobrane z: <https://iris.who.int/handle/10665/376772>.
- Sikora, J., Ryba, J., Zoldi, D. (2017). Zachowania zdrowotne młodzieży szkół średnich z Dąbrowy Tarnowskiej. *Tarnowskie Colloquia Naukowe*, 3(2), 121–132. Pobrane z: [https://tcn.pwszta.edu.pl/wp-content/uploads/2017/02/09\\_sikora.pdf](https://tcn.pwszta.edu.pl/wp-content/uploads/2017/02/09_sikora.pdf).
- Wang, M. P., Ho, S. Y., Lam, T. H. (2011). Parental smoking, exposure to secondhand smoke at home, and smoking initiation among young children [Palenie przez rodziców, narażenie na bierne palenie w domu i inicjacja palacza wśród małych dzieci]. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 827–832. DOI: 10.1093/ntr/ntr083.
- WHO. (2023). *Health and well-being* [Zdrowie i dobrostan]. Pobrane z: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>.
- Witek, A., Lewandowska-Kidoń, T., Pawluk-Skrzypek, A. (2012). Percepcja otyłego rówieśnika a przekonania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(4), 276–280.
- Woynarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna: Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wu, H., Sun, J., Xi, B. (2021). Parental tobacco and indoor secondhand smoking exposure and the risk of offspring under-five mortality in low- and middle-income countries [Narażenie rodziców na tytoń i bierne palenie w pomieszczeniach a ryzyko śmiertelności dzieci poniżej piątego roku życia w krajach o niskich i średnich dochodach]. *Indoor Air*, 31(6), 2188–2199. DOI: 10.1111/ina.12897.