

Wybrane czynniki psychospołeczne a zachowania zdrowotne młodzieży licealnej

Część I. Poziom wiedzy a wybrane zachowania zdrowotne

Iwona Malinowska-Lipień¹, Ewa Kawalec-Kajstura¹,
Agata Reczek¹, Tomasz Brzostek¹, Teresa Gabryś¹,
Marek Motyka², Joanna Baran², Anna Piskorz³, Marta Kasper¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków; ² Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków; ³ Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Iwona Malinowska-Lipień, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, iwona.malinowska-lipien@uj.edu.pl

Abstract

Level of knowledge and selected health-related behaviours in secondary school students Initial study

Introduction. Health-related behaviours are one of the crucial factors in maintaining health. They play a significant role in healthcare and quality of life. Considering a change in health-related habits, individuals may take up actions aimed at achieving the optimal standard of life. All factors that are considered to be determinants of health have indirect or direct influence on health-related behaviours and lifestyle. Factors that influence the development of health-related behaviours are predisposing factors (e.g. knowledge, beliefs), enabling factors (skills important for health) and reinforcing factors (social norms). Early conscious implementation of prophylactic actions may contribute to improvement in health quality and a decrease in the level of morbidity in population.

Objective. To assess the relationship between the level of knowledge and health-related behaviours in secondary school students.

Material and methods. The study was carried out in a group of 1,036 students (688 girls and 348 boys) of the 1st, 2nd and 3rd form of a secondary school. The study was conducted by means of a diagnostic survey with the use of an anonymous own questionnaire assessing the students' knowledge in the scope of selected risk factors for diseases of affluence in an electronic form. Also, the Inventory of Health-Related Behaviours (IZZ) was used in the study.

Results. The mean score in the scope of knowledge of diseases of affluence was 14.17. The 1st-grade students demonstrated the lowest level of knowledge in comparison to the 2nd-grade students ($p = 0.0000$) and 3rd-grade students ($p = 0.0004$). A low level of health-related behaviours was observed in 42.52% of the respondents. In the students with a high level of knowledge the IZZ score (83.00 pts) was significantly higher in than the students with an average level of knowledge (77.54 pts), $p = 0.0000$ or with a low one (74.86 pts), $p = 0.0000$.

Conclusions. (1) The respondents demonstrated an average level of knowledge in the scope of the analyzed risk factors for diseases of affluence, and mostly a low level of health-related behaviours. The level of knowledge depends on the level of education. (2) The students' limited level of knowledge of risk factors for diseases of affluence and the correlated low level of health-related behaviours indicate a necessity to implement or enhance healthcare education as early as in the 1st grade of the secondary school.

Key words: level of knowledge, health-related behaviours, youth

Słowa kluczowe: poziom wiedzy, zachowania zdrowotne, młodzież

Wstęp

Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności) [1, s. 19]. Zdrowie w większości społeczeństw i kultur jest traktowane jako dobro, stan pożądany, ceniony. Rozumienie pojęcia *zdrowie* zależy od wielu różnych czynników, w tym od wieku, poziomu wykształcenia, statusu ekonomiczno-społecznego oraz doświadczeń życiowych [1]. Każdy człowiek prezentuje indywidualny stosunek do własnego zdrowia. Poznanie sposobu opisywania zdrowia pozwala lepiej zrozumieć potencjalne lub faktyczne zachowania ludzi i ich gotowość do kształtowania zachowań prozdrowotnych [1]. Istotnym bezpośrednim czynnikiem determinującym zdrowie człowieka są zachowania zdrowotne [2]. Na ich kształtowanie wpływają czynniki predysponujące (w tym wiedza, przekonania, wartości, postawy); czynniki umożliwiające (umiejętności ważne dla zdrowia, przepisy prawne itd.) i czynniki wzmacniające (normy obyczajowe – społeczna akceptacja lub jej brak w stosunku do danego zachowania w rodzinie, grupie rówieśniczej, w szkole czy też w miejscu pracy) [1, s. 54].

Wyróżnia się dwie grupy zachowań: zachowania pozytywne (prozdrowotne) i zachowania negatywne (antyzdrowotne) [1]. Do zachowań prozdrowotnych należą: aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, dbanie o higienę osobistą, radzenie sobie ze stresem, właściwe kontakty międzyludzkie, przeprowadzanie badań profilaktycznych. Do negatywnych zachowań należą między innymi: palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, używanie narkotyków [3], brak aktywności fizycznej, niewłaściwy sposób odżywiania, ryzykowne zachowania seksualne, przemoc.

Zachowania zdrowotne ulegają modelowaniu przez całe życie [3], niemniej bardzo ważnym okresem kształtowania zachowań zdrowotnych jest dzieciństwo i adolescencja [1]. W tych okresach kształtują się zachowania zdrowotne, które w zależności od ich pozytywnego lub negatywnego kontekstu mogą być przyczyną problemów zdrowotnych lub społecznych w późniejszym okresie życia człowieka [4].

Zachowania zdrowotne kształtują się pod wpływem informacji i wzorców przekazywanych przez rodziców, szkołę, rówieśników, środki masowego przekazu i służby medyczne [3]. Szkoła stwarza unikatową szansę na przekazywanie wiedzy o zdrowiu oraz kształcenie umiejętności i wartości ważnych dla zdrowego życia teraz, a także w przyszłości. Zidentyfikowanie nieprawidłowości daje szansę ich skorygowania, zanim zostaną one w pełni ukształtowane [5]. Zaobserwowanie wśród młodzieży nawet pojedynczych ryzykownych zachowań zdrowotnych nie wyklucza prawdopodobieństwa wystąpienia kolejnych negatywnych zachowań [6]. Często podejmowanie przez dorastającą młodzież takich zachowań wiąże się z poszukiwaniem własnej tożsamości, sprawdzaniem swoich możliwości i sposobów radzenia sobie z trudnościami [7]. Zdarza się, że młodzi ludzie nie zauważają bezpośredniego związku między swoim zachowaniem

a konsekwencjami dla zdrowia [3]. Tym bardziej zasadne wydaje się kształtowanie u młodzieży umiejętności, przekonań i postaw, które sprzyjają poprawie zdrowia i jakości życia. Niezbędnym warunkiem pozytywnych zmian jest odpowiednia wiedza [6].

Celem pracy była ocena związku pomiędzy poziomem wiedzy a zachowaniami zdrowotnymi młodzieży licealnej.

Materiał i metoda

Na pierwszym etapie badań, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (KBET/279/B/2012), dyrekcji szkoły i respondentów, przeprowadzono badania pilotażowe w jednym z krakowskich liceów ogólnokształcących. Celem pilotażu była weryfikacja kwestionariusza ankiety pod względem zrozumienia go przez młodzież.

Badania zasadnicze przeprowadzono w trzech krakowskich liceach ogólnokształcących wśród 1036 uczniów (688 dziewcząt i 348 chłopców), grupa ta stanowiła 66,84% spośród wszystkich uczęszczających do tych szkół uczniów. Wiek badanych wahał się między 16 a 19 lat. Badaną grupę stanowiło 662 (tj. 64,15%) uczniów klas pierwszych liceum, 201 (tj. 19,48%) uczniów klas drugich liceum i 169 (tj. 16,38%) uczniów klas trzecich liceum.

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem anonimowego kwestionariusza ankiety w wersji elektronicznej. Respondenci otrzymali na lekcji informatyki adres strony internetowej, pod którym znajdowała się ankieta, i podczas zajęć ją wypełniali. W trakcie wypełniania zwracano szczególną uwagę uczniom na niemożność konsultowania się z sobą. Każdy z badanych posiadał specjalny kod, który wyróżniał ankietowanego. Do oceny wiedzy wykorzystano autorski kwestionariusz zawierający 22 pytania oceniające wiedzę uczniów w zakresie wybranych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (głównie chorób układu krążenia i nowotworowych). Pytania dotyczyły zakresu wiedzy dotyczącej epidemiologii chorób cywilizacyjnych, znajomości wpływu czynników predysponujących do występowania tego typu schorzeń, a także zachowań prewencyjnych. Odpowiedzi zawarte były na trzystopniowej skali uwzględniającej odpowiedzi „tak”, „nie”, „nie wiem”. Za każdą prawidłową odpowiedź przyznawano jeden punkt, za nieprawidłowe odpowiedzi lub brak odpowiedzi – zero punktów. Maksymalnie respondent mógł uzyskać 22 punkty. Na podstawie otrzymanych wyników wyznaczono trzy szeregi rozdzielcze. W przypadku uzyskania 18–22 punktów stan wiedzy respondentów uznawano za wysoki. Przedział punktowy 13–17 punktów oceniono jako przeciętny poziom wiedzy, natomiast niski poziom wiedzy prezentowali badani, którzy uzyskali poniżej 13 punktów.

W celu oceny zachowań w badaniach posłużono się Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych według Zygryfda Juczyńskiego [8]. Inwentarz składa się z 24 stwierdzeń i mierzy ogólny wynik zachowań zdrowotnych, a także zachowania w czterech kategoriach:

- 1) prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ);
- 2) zachowania profilaktyczne (ZP);
- 3) pozytywne nastawienie psychiczne (PNP);
- 4) praktyki zdrowotne (PZ).

Wskaźnik zachowań zdrowotnych mierzony Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych (IZZ) mieści się w granicach 24–120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań. Otrzymaną liczbę punktów przeliczono na skalę stenową podaną przez Juczyńskiego. Wyniki w granicach 1–4 sten świadczą o niskim poziomie zachowań zdrowotnych. Steny 5–6 stanowią wartości przeciętne deklarowanych zachowań zdrowotnych, natomiast steny 7–10 świadczą o wysokim poziomie zachowań zdrowotnych. Oddzielnie oblicza się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych (PNŻ, ZP, PNP, PZ). Wskaźnik stanowi średnia liczba punktów każdej kategorii podzielona przez 6 [8].

Analiza statystyczna danych

Obliczenia i analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 10.0 PL. Dla zebranego materiału wyliczono statystyki opisowe (średnia, odchylenie standardowe, minimum oraz maksimum). Dla zmiennych jakościowych wyliczono wartości procentowe. Do porównania dwóch grup wykorzystano test t-Studenta, a w przypadku braku normalności rozkładu – nieparametryczny test U Manna-Whitneya. Weryfikację normalności rozkładu przeprowadzono za pomocą testu Shapiro-Wilka.

We wszystkich analizach jako istotne przyjęto efekty, dla których wartość prawdopodobieństwa p była mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05 ($p < 0,05$).

Wyniki

Wiedza na temat chorób cywilizacyjnych

Średni wynik prawidłowych odpowiedzi udzielonych przez badanych uczniów na temat chorób cywilizacyjnych wyniósł 14,17 punktów ($SD = 3,48$) na 22 punkty

możliwe do uzyskania. Zatem jest to przeciętny poziom wiedzy. Dziewczeta uzyskały wyższe wartości punktowe niż chłopcy – 14,35 pkt ($SD = 3,40$) vs 13,81 ($SD = 3,61$), różnica okazała się istotna statystycznie, $p = 0,022$.

Niski poziom wiedzy (0–12 pkt) wykazało 286 badanych uczniów (27,61%). Poziom przeciętny (13–17 pkt) wykazało 587 badanych (56,66%). Najmniej liczną grupę 163 (15,73%) stanowili uczniowie, którzy wykazywali się wysokim poziomem wiedzy, uzyskując od 18 do 22 pkt. Maksymalną liczbę 22 punktów uzyskało tylko 3 badanych (0,29%) (**Tabela I**).

Największy deficyt zaobserwowano w zakresie wiedzy na temat epidemiologii chorób układu krążenia – 857 ankietowanych (82,72%), umiejętności obliczenia i interpretacji wskaźnika WHR – 848 ankietowanych (81,74%), wiedzy na temat ilości umiarkowanego spożycia alkoholu – 729 ankietowanych (70,36%), znajomości naturalnych antyoksydantów – 626 ankietowanych (60,42%), interpretacji wartości ciśnienia tętniczego krwi – 567 ankietowanych (54,73%). Zakres wiedzy i odsetek respondentów wykazujących wiedzę w aspekcie czynników chorób cywilizacyjnych pozytywnie i negatywnie oddziałujących na zdrowie przedstawia **Tabela II**.

Zachowania zdrowotne

Średnia liczba punktów w IZZ uzyskana przez badaną młodzież wynosiła 77,66 pkt ($SD = 14,15$); odpowiednio 78,10 pkt ($SD = 13,87$) w grupie dziewcząt i 76,79 pkt ($SD = 14,66$) w grupie chłopców, $p = 0,20$.

Wysokie wartości deklarowanych zachowań zdrowotnych (7–10 sten) uzyskało 193 badanych uczniów (18,87%), w tym 113 dziewcząt i 80 chłopców. Wyniki na poziomie wartości przeciętnej (5–6 sten) uzyskało 395 uczniów (38,61%), w tym 240 dziewcząt i 155 chłopców. Wyniki świadczące o niskim poziomie zachowań zdrowotnych (1–4 sten) uzyskało 435 uczniów (42,52%), w tym 325 dziewcząt i 110 chłopców.

W zakresie PNŻ badani uczniowie uzyskali wartość średnią na poziomie 3,26 pkt ($SD = 0,70$). Dziewczeta w tym aspekcie uzyskały istotnie wyższą wartość punk-

Przedział punktowy	Interpretacja	N = 1036 K : N = 688 M : N = 348	%
0–12 punktów	Poziom niski	286 K = 176 M = 110	27,61 25,58 31,61
13–17 punktów	Poziom przeciętny	587 K = 394 M = 193	56,66 52,91 55,46
18–22 punkty	Poziom wysoki	163 K = 118 M = 45	15,73 17,15 12,93

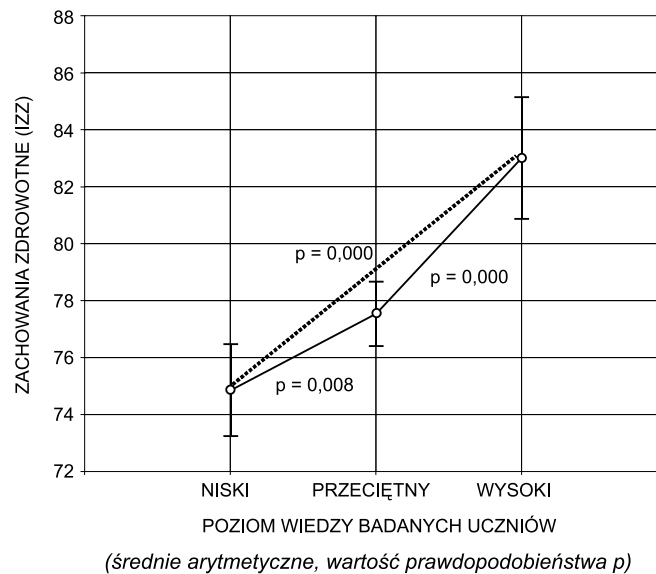
Tabela I. Poziom wiedzy uczniów na temat chorób cywilizacyjnych, w tym układu sercowo-naczyniowego.

Źródło: Opracowanie własne.

Wiedza respondentów w zakresie	N (%)
Nadwagi i otyłości będącej czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia wielu chorób cywilizacyjnych (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze itp.)	972 (93,82%)
Palenia tytoniu jako jednej z głównych przyczyn powstawania chorób nowotworowych i układu krążenia	894 (86,29%)
Szkodliwości „palenia biernego”	920 (88,80)
Podwyższonego poziomu cholesterolu całkowitego we krwi jako jednej z przyczyn chorób układu krążenia	785 (75,77%)
Zalecanej częstości spożywania warzyw i owoców	821 (79,25%)
Radzenia sobie ze stresem jako elementu dbania o własne zdrowie	982 (94,79%)

Tabela II. Zakres wiedzy i odsetek respondentów wykazujących wiedzę w aspekcie czynników chorób cywilizacyjnych pozytywnie i negatywnie oddziałujących na zdrowie.

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 1. Poziom wiedzy badanych a wskaźnik zachowań zdrowotnych (IZZ).

Źródło: Opracowanie własne.

ową aniżeli badani chłopcy, tj. 3,31 pkt (SD = 0,67) vs 3,15 (SD = 0,73), $p = 0,0005$. W zakresie ZP badana młodzież uzyskała 3,06 pkt (SD = 0,77). Dziewczeta w tym aspekcie uzyskały istotnie wyższą wartość punktową aniżeli badani chłopcy, tj. 3,10 pkt (SD = 0,75) vs 2,98 (SD = 0,79), $p = 0,0110$. W kategorii PNP badani uczniowie uzyskali średnio 3,27 pkt (SD = 0,75); wartości w grupie chłopców były istotnie wyższe aniżeli wśród dziewcząt (3,35 pkt vs 3,24 pkt), $p = 0,0269$. W zakresie PZ średnie wartości punktowe w badanej grupie wynosiły 3,13 pkt (SD = 0,69); odpowiednio w grupie dziewcząt 3,13 pkt (SD = 0,70) i chłopców 3,14 pkt (SD = 0,66), $p = 0,7679$.

Ocena wpływu wiedzy na zachowania zdrowotne badanej młodzieży

Uczniowie posiadający wysoki poziom wiedzy prezentowali istotnie wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych (IZZ) aniżeli uczniowie z niskim ($p = 0,0000$) czy przeciętnym poziomem wiedzy ($p = 0,000$). Także osoby, które wykazywały przeciętny poziom wiedzy, prezentowały wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych aniżeli osoby z niskim poziomem wiedzy ($p = 0,008$) (**Rysunek 1, Tabela III**).

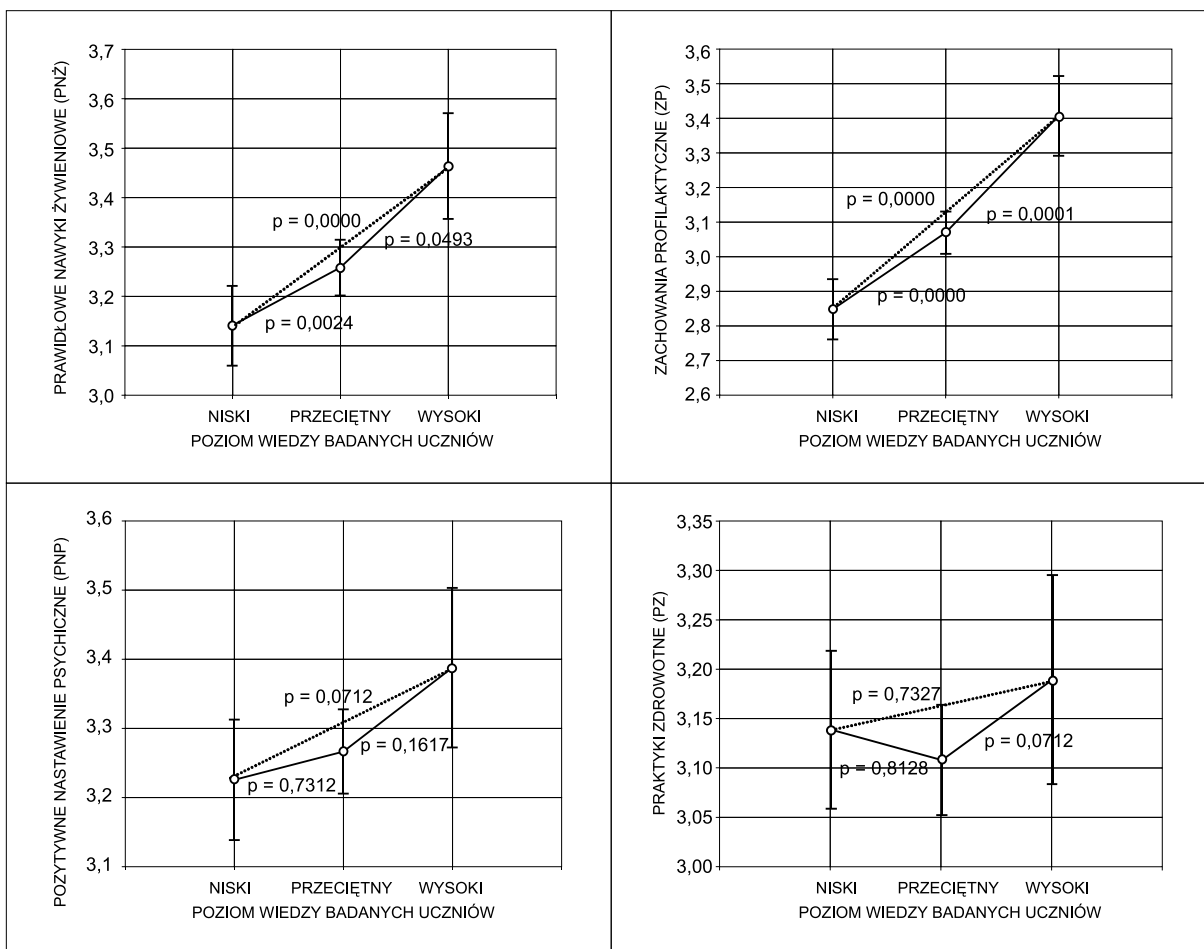
Uczniowie posiadający wysoki poziom wiedzy prezentowali istotnie wyższy wskaźnik PNŻ aniżeli uczniowie z przeciętnym ($p = 0,0493$) oraz z niskim ($p = 0,0000$) poziomem wiedzy. Także osoby posiadające przeciętny poziom wiedzy wykazały znamienne wyższy wskaźnik PNŻ aniżeli osoby z niskim poziomem wie-

Zachowania zdrowotne	Niski poziom wiedzy	Przeciętny poziom wiedzy	Wysoki poziom wiedzy
IZZ	74,86	77,54	83,00
PNŻ	3,14	3,26	3,46
ZP	2,85	3,07	3,41
PNP	3,23	3,27	3,39
PZ	3,14	3,11	3,19

IZZ – wskaźnik zachowań zdrowotnych, PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe, ZP – zachowania profilaktyczne, PNP – pozytywne nastawienie psychiczne, PZ – praktyki zdrowotne

Tabela III. Poziom wiedzy a średnie wyniki uzyskane w poszczególnych wymiarach określających zachowania zdrowotne.

Źródło: Opracowanie własne.



(średnie arytmetyczne, wartość prawdopodobieństwa p)

Rysunek 2. Poziom wiedzy badanych w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych.

Źródło: Opracowanie własne.

dzy ($p = 0,0024$). Uczniowie posiadający wysoki poziom wiedzy prezentowali istotnie wyższy wskaźnik ZP aniżeli uczniowie z przeciętnym ($p = 0,0001$) czy niskim poziomem wiedzy ($p = 0,0000$). Także osoby wykazujące przeciętny poziom wiedzy prezentowały wyższy wskaźnik ZP

aniżeli osoby z niskim poziomem wiedzy ($p = 0,0000$). Nie wykazano zależności pomiędzy poziomem wiedzy badanych a wskaźnikiem PNP ani wskaźnikiem PZ (Rysunek 2).

Dyskusja

Analizując materiał z badań własnych, ocenie podano poziom wiedzy badanych uczniów liceów na temat chorób cywilizacyjnych. Badani uczniowie w przeważającej większości wykazali się przeciętnym i niskim poziomem wiedzy. Wysoki poziom wiedzy prezentowało tylko kilkanaście procent badanych uczniów. Najniższy poziom wiedzy wśród całej grupy badanych prezentowali uczniowie klas pierwszych liceum. W badanej grupie młodzież żeńska miała znamienne wyższy poziom wiedzy niż młodzież męska.

W grupie badanych uczniów stwierdzono deficyty wiedzy z zakresu chorób cywilizacyjnych, szczególnie w zakresie epidemiologii chorób układu krążenia oraz ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu.

Zbliżone wnioski ze swoich badań przedstawił G. Adamczyk i wsp. Mimo że badana przez nich grupa uczniów była zdecydowanie mniejsza niż w badaniach własnych, to autorzy stwierdzili, że poziom wiedzy dotyczącej chorób cywilizacyjnych młodzieży w wieku 16–17 lat był również niski. Zwrócili równocześnie uwagę, że 2/3 respondentów przyznało, że ich wiedza na temat profilaktyki i promocji zdrowia jest niewystarczająca. Badana przez nich grupa zaprezentowała wyższy poziom wiedzy na temat roli wysiłku fizycznego; niemniej posiadana wiedza w tym zakresie i tak nie determinowała zachowań zdrowotnych badanych respondentów [9]. Również A. Owoc i wsp. [10] dokonali oceny poziomu wiedzy młodzieży na temat wybranych zagadnień profilaktyki chorób układu krążenia. Jednym z elementów badania była ocena wiedzy na temat wpływu czynników ryzyka na występowanie chorób układu krążenia. Badaniu poddali zdecydowanie mniej liczną grupę osób niż w badaniach własnych (w wieku 16–19 lat). Badanie wykazało ogólnie zadowalający poziom wiedzy o podstawowych czynnikach ryzyka chorób układu krążenia oraz o zasadach racjonalnego żywienia. W tym przypadku również posiadana przez respondentów wiedza o zagrożeniach zdrowotnych nie zawsze pozwalała im określić niekorzystny wpływ omawianych czynników na organizm człowieka. Poziom kształcenia (rodzaj klasy) w opinii autorów opisywanego badania nie miał istotnego wpływu na poziom wiedzy respondentów, z wyjątkiem znajomości zasad prawidłowego żywienia oraz wiedzy na temat szkodliwości zażywania narkotyków i picia alkoholu [10]. Bardziej liczną grupę poddali badaniu J. Piwoński i wsp. Wyszuli wniosek, że badana młodzież wykazała zadowalający poziom wiedzy w zakresie czynników ryzyka chorób serca i racjonalnego żywienia. Niestety i w tym przypadku nie zawsze posiadana wiedza o zagrożeniach zdrowotnych była zgodna z zachowaniami zdrowotnymi badanej młodzieży [4].

Autorzy wspomnianych badań uzyskiwali dane, używając specjalnie opracowanych kwestionariuszy ankiet przygotowanych na potrzeby prowadzonych przez siebie badań, stąd też porównanie wyników niestety nie było jednoznaczne.

W naszych badaniach zachowania zdrowotne respondentów były oceniane za pomocą wystandaryzowanego

IZZ, który mierzy ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych i cztery podstawowe formy zachowań zdrowotnych [11]. Może być pomocny w programowaniu działań profilaktycznych, w ustalaniu kierunków modyfikacji zachowań i w monitorowaniu zmian w praktykach zdrowotnych [8, s. 121].

W naszych badaniach ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych uczniów wyniósł 77,66 pkt i był wyższy wśród uczennic. Badane przez nas uczennice prezentowały wyższy wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w porównaniu ze wskaźnikami zaprezentowanymi w badaniach A. Walentukiewicz i wsp., przeprowadzonymi w grupie dziewcząt klas trzecich szkół ponadgimnazjalnych [12], jak również przeprowadzonymi przez wspomnianych autorów w innej grupie badanych (w grupie studentów) [13]. Także w badaniach R. Rasińskiej ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych był niższy, choć badania były przeprowadzone w grupie studentów [14].

Analizując szczegółowe wyniki, zauważono, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w prezentowanych badaniach był zbliżony, aczkolwiek najwyższy w badaniach własnych. Być może na jego wartość miała wpływ liczebność badanej przez nas grupy. Także w badaniach Z. Juczyńskiego [8] średnie wyniki grupy normalizacyjnej kształtowały się różnie w zależności od grupy poddanej badaniu. Interesujący wydaje się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych w grupie studentek, który wynosił 80,62 i był wyższy niż we wszystkich cytowanych powyżej badaniach.

Uzyskane przez nas wyniki zostały przeliczone na steny. W badaniach własnych wyniki świadczące o niskim poziomie zachowań zdrowotnych (sten 1–4) uzyskało aż 42,52% badanych uczniów, natomiast 38,61% prezentowało przeciętną wartość zachowań zdrowotnych (sten 5–6). Niestety, tylko 18,87% badanych wykazało wysoki poziom zachowań zdrowotnych (sten 7–10). Również w innych analizowanych w literaturze przedmiotu badaniach młodzież często prezentowała niski i przeciętny poziom zachowań zdrowotnych; zdecydowanie najmniejszy odsetek badanych wykazał wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Zwróciła na to uwagę A. Walentukiewicz i wsp. [12, 13]. Podobne wyniki uzyskała młodzież badana przez D. Naszydlowską i wsp. [15]. Młodzież ta prezentowała w większości niskie i przeciętne zachowania zdrowotne. Niewielka liczba badanych osiągnęła wysokie wartości stenowe, które miały przełożenie na wartość zachowań zdrowotnych. Również w badaniu R. Rasińskiej [16] wysokie wartości stenowe zostały przypisane najmniejszej liczbie badanych.

Oczywiście reasumując, można zadać pytanie o przyczyny tego stanu rzeczy, o poziom edukacji zdrowotnej prowadzonej w szkole, jak również pytanie, czy niski poziom zachowań zdrowotnych u badanej młodzieży nie powinien sugerować podjęcia dalszych działań edukacyjnych w zakresie zachowań zdrowotnych. Należy pamiętać, że na zachowania zdrowotne wpływa wiele różnych czynników, jednak wiedzy nie można pominąć. Nie można zapominać, że pierwotna prewencja chorób sercowo-naczyniowych rozpoczyna się od wyeliminowania

wania antyzdrowotnych zachowań i kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych [17].

Badanie przy użyciu IZZ pozwala określić stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych (prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego), dlatego też poddano je szczegółowej analizie.

W materiale własnym uczniowie liceów (szczególnie w grupie chłopców) uzyskali najwyższy wynik w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego. Również w omawianych wcześniej doniesieniach innych autorów pozytywne nastawienie psychiczne było także kategorią ocenianą najwyżej (A. Walentukiewicz i wsp. [13], Naszydłowska i wsp. [15], R. Rasińska [14, 16]). Pozytywne nastawienia psychiczne obejmują takie czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów czy też napięć lub sytuacji wpływających przygnębiająco [11]. Niepokojący jest fakt, że zachowania profilaktyczne, które dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby, zostały ocenione najniżej wśród wymienionych kategorii, szczególnie w grupie chłopców. Jednocześnie stwierdzono, że badani prezentujący wysoki poziom wiedzy na temat chorób cywilizacyjnych uzyskiwali wyższą liczbę punktów niż badani o przeciętnym i niskim poziomie wiedzy; zależności te były istotne statystycznie dla kategorii PNŻ i ZP. Badani uczniowie z niskim poziomem wiedzy prezentowali najniższe wartości w kategorii ZP. Pomimo wysokich wartości w kategorii PNP w całej grupie badanych nie wykazano istotnego związku z poziomem wiedzy badanych. Reasumując, można stwierdzić, że niski poziom wybranych zachowań zdrowotnych nie jest dobrym czynnikiem prognostycznym i nie sprzyja utrzymaniu zdrowia. D. Chlebna-Sokół i wsp. po przeanalizowaniu licznych badań stwierdzili, że nierzadko stan świadomości uczniów w zakresie szeroko pojętego zdrowia jest bardzo zróżnicowany, a poziom zachowań zdrowotnych raczej niski [18]. Przedstawione wyniki sugerują konieczność podjęcia stosownych działań edukacyjnych. Zadaniem systematycznej edukacji zdrowotnej powinno być identyfikowanie czynników wpływających na zdrowie i zachowania zdrowotne wśród badanych grup młodzieży [16].

Wnioski

Badana młodzież prezentuje przeciętny poziom wiedzy w zakresie analizowanych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz w większości niski wskaźnik zachowań zdrowotnych. Poziom wiedzy na temat chorób cywilizacyjnych jest zależny od klasy, do której uczęszczają uczniowie.

Ograniczony poziom wiedzy na temat czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz skorelowany z nim niski poziom zachowań zdrowotnych uczniów wskazują na konieczność wprowadzenia lub wzmocnienia zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej w okresie nauki w szkołach ponadgimnazjalnych.

Piśmiennictwo

1. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 18–54.
2. Wojtyła A., Kapka-Skrzypczak L., Paprzycki P., Diatczyk J., Bylina J., *Zachowania zdrowotne młodzieży*, Raport. Instytut Medycyny Wsi, Lublin 2011: 4–5.
3. Ponczek D., Olszowy I., *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012; 93 (2): 260–268.
4. Piwoński J., Pytlak A., *Zachowania zdrowotne i poziom wiedzy na temat wybranych zagadnień profilaktyki chorób serca młodzieży warszawskich szkół gimnazjalnych prawobrzeżnej Warszawy*, „Polski Przegląd Kardiologiczny” 2003; 5 (3): 301–308.
5. Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., *Zachowania zdrowotne nastolatków w Polsce w opinii młodzieży i ich rodziców*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2011; 92 (2): 327–334.
6. Wojtyła-Buciora P., *Badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży licealnej i ich rodziców w celu poznania możliwości optymalizacji programów edukacyjnych i działań z zakresu promocji zdrowia*. Rozprawa doktorska. Promotor: prof. UM dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski, Poznań 2011, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/237628/index.pdf>; dostęp: 17.03.2014.
7. Wojtyła A., Kapka-Skrzypczak L., Paprzycki P., Diatczyk J., Bylina J., *Zachowania zdrowotne młodzieży*. Raport, Instytut Medycyny Wsi, Lublin 2011: 4–5.
8. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001: 116–122.
9. Adamczyk J.G., Grzesiuk J., Boguszewski D., Ochal A., Grzechnik-Siewierska M., Siewierski M., *Aktywność fizyczna młodzieży w wieku 16–17 lat, a jej wiedza na temat roli wysiłku fizycznego w profilaktyce wybranych chorób cywilizacyjnych*, <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2012-10/12ajgpic.pdf>; dostęp: 19.03.2014.
10. Owoc A., Maliszewska D., Bojar I., Pawełczak-Barszczowska A., *Ocena poziomu wiedzy młodzieży warszawskich szkół średnich na temat wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia*, „Medycyna Ogólna” 2010; 16 (XIV), 4: 581–594.
11. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*, „Przegląd Psychologiczny” 1999; 42 (4): 43–56.
12. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B., *Uwarunkowania zdrowia gdańskich 18-latek – zachowania zdrowotne*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2011; 92 (3): 482–485.
13. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B., *Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013; 21 (4): 484–488.
14. Rasińska R., Nowakowska I., Nowomiejski J., *Diagnoza stanu zdrowia studentów i ich opinie o zagrożeniach zdrowotnych*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013; 2 (48): 79–84.
15. Naszydłowska E., Kozieł D., Trawczyńska M., *Ocena zachowań zdrowotnych młodzieży oraz ustalenie kierunków ich modyfikacji*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, vol. LVIII, suppl. XIII, 169, sec-tio d 2003, 354–358.

16. Rasińska R., *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej*. Praca doktorska. Promotor: dr hab. Maria Danuta Głowacka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2010.
17. Ślusarska B., Kulik T.B., Piasecka H., Pacian A., *Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012; 18 (1): 19–26.
18. Chlebna-Sokół D., Zbęk E., Sobczak M., *Zachowania zdrowotne dzieci, młodzieży i wybranych grup młodych dorosłych w Polsce – przegląd piśmiennictwa*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2007; 117 (1): 63–67.