

## Zdrowie własnej rodziny w świetle opinii włoskich i polskich uczniów The opinions of Italian and Polish students on their families' health

Marianna Charzyńska-Gula<sup>1</sup>, Magdalena Gębka<sup>2</sup>, Hanna Kachaniuk<sup>3</sup>,  
Agnieszka Szymczak<sup>2</sup>, Beata Zięba-Kołodziej<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu/Professor Stanisław Tarnowski State Higher Vocational School in Tarnobrzeg

<sup>2</sup> Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie/ Independent Public Teaching Hospital No. 4 in Lublin

<sup>3</sup> Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Lublinie/Department of Oncology and Community Health Care, Medical University of Lublin

### Streszczenie

Rodzina jest dla dziecka miejscem „tworzenia się zdrowia” w największym stopniu zaspokajającym jego psychospołeczne potrzeby i dającym początek najwcześniejszym przyzwyczajeniom i nawykom wypełniającym później pro- lub anty-zdrowotny styl życia.

Celem badań było poznanie opinii na temat zdrowia własnej rodziny wyrażanych przez włoskich i polskich uczniów i ustalenie, na ile wybrane cechy społeczno-demograficzne oraz zachowania zdrowotne członków tych rodzin wiążą się ze stosunkiem uczniów do zadania, jakim jest dbałość o zdrowie przez całe życie.

Badano 175 uczniów (90 z Polski i 85 z Włoch (średnia wieku 16,95 lat). Zastosowano sondaż diagnostyczny z autorskim kwestionariuszem ankiety. Badania prowadzono w Polsce i Włoszech w okresie od marca 2014 do marca 2015 roku.

Wyniki wskazują na brak związku między wybranymi cechami rodzin a świadomością zdrowotną uczniów. Włoscy rodzice, mimo, że są lepiej wykształceni od polskich częściej palą tytoń, a ich dzieci wyraźnie częściej niż ich rówieśnicy z Polski nie widzą potrzeby dbania o zdrowie przez całe życie. Polscy rodzice mimo słabszego wykształcenia, rzadziej są osobami palącymi tytoń i ich dzieci znacząco częściej, niż włoscy rówieśnicy mają właściwy stosunek do dbałości o zdrowie.

Uzyskane dane wskazują na różną w obu społecznościach aktywność szkół w działaniach profilaktycznych, która mogła wypełniać luki rodzinnej edukacji na rzecz zdrowia.

**Słowa kluczowe:** zdrowie rodziny, zachowania zdrowotne, uczeń.

### Abstract

For children family is a source of health; it meets their psychosocial needs and shapes their earliest habits, which later can turn into a healthy or unhealthy lifestyle.

The objectives of the study was to identify the opinions of Italian and Polish students on their families' health and to determine the extent to which selected socio-demographic

characteristics and health behaviour of the analysed families are related to the students' attitude towards the duty of caring for their health throughout their lives.

The surveyed group included 175 students (90 from Poland and 85 from Italy (average age: 16.95 years). The diagnostic survey method was applied, with the use of a self-designed questionnaire. The surveys were carried out in Poland and Italy from March 2014 to March 2015.

The results point to the lack of correlation between the selected characteristics of the analysed families and the students' health awareness. Italian parents, despite their higher education in comparison to Polish parents, more often smoke tobacco and are more frequently unable to assess their body weight. Their children substantially more often than their peers from Poland do not consider it necessary to care for their health throughout their lives. Polish parents, in spite of having lower education, less frequently smoke tobacco. Their children significantly more often than their Italian peers have an appropriate attitude to caring for their health.

The obtained data show differences observed in both communities in the activity of schools in terms of prophylactic measures, which could fill the gaps in family health education.

**Key words:** family's health, health behaviour, student.

## **Wprowadzenie**

Kształtowanie nawyków sprzyjających zachowaniu i umacnianiu zdrowia jest nadzieją na poprawę niekorzystnych tendencji zdrowotnych społeczeństwa. Szczególne znaczenie mają działania zogniskowane na grupie dzieci i młodzieży, co zostało podkreślone w szeregu dokumentach określających kierunki polityki zdrowotnej wielu krajów europejskich. [12,16]

Wiedza o zdrowiu jest zdobywana w procesie edukacji zdrowotnej przez całe życie a proces ten odbywa się w sposób zorganizowany lub naturalny w miejscach zwanych siedliskami, gdzie człowiek żyje, dorasta, uczy się. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży przebiega w kilku etapach zgodnych z aktywnością i fazami rozwoju młodego człowieka. Jej miejscem jest rodzina, szkoła, środowiska pozaszkolne a źródłem - przekaz najbliższych osób, wszelkie media oraz rówieśnicy. Etap heteroedukacji (0- 3 lata), to czas gdzie dziecko w sposób nieuświadomiony odtwarza zachowania dorosłych, robiąc to regularnie z czasem wykonuje proste czynności automatycznie. W etapie pośrednim (okres przedszkolny i młodszy szkolny) dziecko świadomie powiela zachowania rodziców, podejmuje próby naśladowania rówieśników, a oddziaływanie szkoły i mediów ma odzwierciedlenie w jego zachowaniach. Kreowanie pozytywnych wzorców w rodzinie, wsparcie i nadzór rodziców w zakresie samodzielnego podejmowania wyborów zdrowotnych, kształtowanie umiejętności troski o swoje ciało i umiejętności psychospołecznych w tym okresie przynosi trwałe rezultaty. W okresie dojrzewania człowiek świadomie wpływa na swoje zdrowie i niekiedy jest to związane z działaniami prozdrowotnymi. Silny wpływ grupy rówieśniczej i mediów (głównie Internetu) wiąże się z praktykowaniem zachowań ryzykownych dla zdrowia, konfliktami z dorosłymi i odrzucaniem ich zaleceń. Ten etap zwany autoedukacją jest okazją dla rodziców do krytycznej oceny i ewentualnej zmiany swoich zachowań zdrowotnych, gdyż nałogi, niewłaściwe nawyki zdrowotne są dzielone przez wszystkich członków rodziny. Najbardziej pożądanym zjawiskiem z punktu widzenia edukacji zdrowotnej jest heteroedukacja odwrócona, gdzie młody człowiek świadomie chce

inicjować działania związane ze zdrowiem. Nie jest tylko biernym odbiorcą, ale neguje działania praktykowane przez członków rodziny lub rówieśników i zachęca do zmian prozdrowotnych oraz posiada wiedzę i kompetencje do działania. [25]

Rodzina pełni zasadniczą rolę w oddziaływaniu na jej członków w bardzo wielu obszarach życia – także w obszarze zdrowia. To szczególne miejsce „tworzenia się zdrowia”. w największym stopniu zaspokajające psychospołeczne potrzeby jednostki oraz dające początek najwcześniejszym przyzwyczajeniom i nawykom tworzącym podstawę właściwej postawy wobec zdrowia w dorosłym życiu . [1,2] Socjologia charakteryzując funkcje rodziny wskazuje na to, że wszystkie z nich w mniejszym lub większym stopniu związane są z edukacją zdrowotną. Najistotniejsza w kontekście edukacji zdrowotnej jest funkcja socjalizacyjno-wychowawcza. Polega ona na rozwoju osobowości dziecka, przekazywaniu wartości oraz kształtowaniu przekonań, nawyków i zachowań w tym również zdrowotnych. [19] Mimo późniejszych licznych wpływów ze strony otoczenia i przeorientowania niektórych przekonań, elementy przyswojone w procesie socjalizacji w dzieciństwie i młodości rzutują na przyszłe wybory w sferze zdrowia.

Zwykle edukację zdrowotną w siedlisku, jakim jest rodzina rozpatruje się w pod kątem dzieci i młodzieży, dotyczy ona jednak wszystkich członków rodziny, którzy świadomie bądź nie, uczestniczą w tym procesie. Zgodnie z hasłem WHO „Zdrowie zaczyna się w domu”, rodzice są pierwszymi edukatorami do zdrowia swych dzieci i rola ich nie kończy się w momencie rozpoczęcia nauki dziecka w szkole. Głównie rodzice, ale także inni członkowie rodziny (starsze rodzeństwo) są odpowiedzialni za właściwe zapoczątkowanie edukacji zdrowotnej najmłodszych. Jak pokazują badania, bodźce do zachowań pochodzące ze środowiska rodzinnego są determinantami tych zachowań. Dlatego dzieci palących rodziców częściej i wcześniej sięgają po papierosy, niż te z rodzin niepalących. Rodzina jest w stanie kontrolować w domu wiele potencjalnych bodźców do zachowań, ponadto wzory wyniesione ze środowiska rodzinnego redukują wpływ negatywnych oddziaływań z otoczenia. Jeśli w rodzinie młodej osoby standardem jest przygotowywanie zdrowych posiłków i wspólne jedzenie w domu, prawdopodobnie nie skorzysta ona z propozycji obiadu w restauracji typu fast-food. Wzory jakie stwarza dana rodzina stymulują dzieci do ich powielania, dlatego rodzice muszą przekazywać podstawową wiedzę i umiejętności chroniące przed zagrożeniami zdrowia. Największą siłę oddziaływania na dzieci mają ich rodzice, a zachowania zdrowotne rodziny w dużej mierze są uzależnione od wpływu kobiet, które stoją na ich straży. [10,2]

Fakt zaistnienia edukacji zdrowotnej w rodzinie i jej skuteczność wynika z różnych czynników, które wzajemnie się zająwiają. W każdej rodzinie uznawany jest określony system wartości, także związanych ze zdrowiem, który przekazywany dzieciom wpływa na ich działania, zachowania i aspiracje. Rodzice w wychowaniu swoich dzieci zazwyczaj sugerują się zaczerpniętymi z domu rodzinnego doświadczeniami i umiejętnościami, które często są stereotypowe i ograniczone. Trudno mówić o wychowaniu do zdrowia i przekazywaniu właściwych zachowań zdrowotnych, gdy rodzice nie posiadają własnej hierarchii wartości i nie są konsekwentni w swoim postępowaniu. Wymagania wobec dziecka i postawy rodziców nie mogą ze sobą kolidować, rodzic ma być przykładem silnej woli i pozytywnych cech w otoczeniu dziecka. [5] Obserwuje się znaczną rozbieżność między czasem poświęconym na rozwój osobisty i zawodowy a przygotowaniem rodziców do właściwego pełnienia roli w edukacji zdrowotnej, gdzie kluczowe są kompetencje rodziców do zaspokajanie potrzeb zdrowotnych dziecka. Z uzyskaniem efektów rodzicielskiej edukacji jest związany także ich poziom wykształcenia, sytuacja materialna, postawa wobec zdrowia, poglądy oraz oddziaływanie otoczenia (innego siedliska). [2,25]

## Cel pracy

Zasadniczym celem badań było poznanie opinii na temat zdrowia własnej rodziny wyrażanych przez włoskich i polskich uczniów i ustalenie, na ile wybrane cechy społeczno-demograficzne członków tych rodzin wiążą się ze stosunkiem uczniów do zadania, jakim jest dbałość o zdrowie przez całe życie. Podjęto także próbę porównania cech rodzin polskich i włoskich - charakteryzowanych przez uczniów – pod kątem wybranych zachowań zdrowotnych.

## Material, metoda, organizacja badań

W celu zgromadzenia materiału badawczego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z techniką badawczą w postaci ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety w języku polskim i włoskim, skierowany do młodzieży w wieku 16-18 lat – sprawdzony w badaniach pilotażowych. Badaniami objęto 175 osób: 90 polskich uczniów i 85 uczniów włoskich. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic pomiędzy porównywanymi grupami użyto testu Chi<sup>2</sup> Pearsona. Analizę ilościową przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 10.0 (StatSoft, Polska).

Badania młodzieży polskiej przeprowadzono w miejskich szkołach ponadgimnazjalnych położonych na terenie województwa lubelskiego w grupie młodzieży w wieku 16- 18 lat. We Włoszech badania prowadzono w prowincji Lecce w regionie Apulia oraz w miejscowości Cosenza w regionie Kalabria położonych na południu Włoch w szkole II stopnia tzw. *secondo ciclo di istruzione*, gdzie odbywa się drugi cykl edukacji - kształcenie ponadobowiązkowe dla młodzieży w wieku 14- 19 lat. W doborze próby do badań w obu krajach zachowano porównywalność wieku uczniów w obu grupach.

Ankietowani brali udział w badaniach dobrowolnie, zarówno respondentów w Polsce jak i we Włoszech poinformowano o celu i istocie badań oraz o sposobie prawidłowego wypełniania kwestionariuszy ankiet, wyjaśniono również zagadnienia mogące sprawiać trudność, a w konsekwencji negatywnie wpłynąć na udzielane odpowiedzi. Uczniowie samodzielnie uzupełniali kwestionariusze w szkole podczas godziny wychowawczej. W Polsce badania zostały przeprowadzone po wcześniejszym uzyskaniu koniecznej zgody dyrektorów szkół, we Włoszech uzyskanie zgody osób zarządzających placówkami nie było wymagane.

## Wyniki badań

Charakterystyka grupy badanej

Ponad połowę grupy badanej zarówno w Polsce (52,22% ; n=47), jak i we Włoszech (50,59% ; n=43) stanowiły kobiety. (Tab.1)

Tabela 1. Płeć badanych uczniów

Płeć	n	%	Polska		Włochy	
			n	%	n	%
Kobieta	90	51,43	47	52,22	43	50,59
Mężczyzna	85	48,57	43	47,78	42	49,41
Ogółem	175	100,00	90	100,00	85	100,00

Największy odsetek respondentów był w wieku 17 lat (58,29%); 21,71% badanych miało 16 lat, a 17,14% - 18 lat. Liczebność grup wiekowych w obu krajach była porównywalna. Wśród badanych uczniów pięciu (2,86%) nie udzieliło informacji o swoim wieku, nie miało to jednak znaczenia w analizie ilościowej uzyskanych danych. (Tab. 2)

Tabela 2. Wiek respondentów

Wiek	n	%
16	38	21,71
17	102	58,29
18	30	17,14
Brak odpowiedzi	5	2,86
Ogółem	175	100,00

Średnia wieku w całej badanej grupie wyniosła 16,95, odchylenie standardowe 0,63. Najmłodszy uczestnicy mieli po 16 lat, a najstarsi 18. W polskiej grupie średnia wieku wyniosła 17,05, a odchylenie standardowe 0,54, natomiast we włoskiej średnia wieku była nieco niższa 16,85, a odchylenie standardowe było większe 0,70. (Tab.3)

Tabela 3. Wiek respondentów - analiza statystyczna

Wiek	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Ogółem	16,95	0,63	16	18
Polska	17,05	0,54	16	18
Włochy	16,85	0,70	16	18

W obu grupach poddanych uczniów największy odsetek respondentów zadeklarował, że na stałe mieszka na wsi. W Polsce było to 63,33% uczniów, we Włoszech 44,71% co stanowi 54,29% całej próby. (Tab.4)

Tabela 4. Miejsce stałego zamieszkania ankietowanych

Miejsce zamieszkania	n	%	Polska		Włochy	
			n	%	N	%
Wieś	95	54,29	57	63,33	38	44,71
Miasto do 20 tys. mieszkańców	17	9,71	6	6,67	11	12,94
Miasto 20- 200 tys. mieszkańców	39	22,29	10	11,11	29	34,12
Miasto 200-500 tys. mieszkańców	17	9,71	12	13,33	5	5,88
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	7	4,00	5	5,56	2	2,35
Ogółem	175	100,00	90	100,00	85	100,00

Ze względu na cel badań, istotną informacją dotyczącą rodziny badanych uczniów była informacja o poziomie wykształcenia ich rodziców.

Największą grupę polskich i włoskich matek stanowiły osoby z wykształceniem średnim (odpowiednio: 38,89% i 52,94%). Wykształcenie wyższe nieco częściej miały matki polskich uczniów. Natomiast już wyraźnie liczniejszą - niż analogiczna grupa z Włoch - stanowiły w Polsce matki z wykształceniem zawodowym. (Tab.5)

Tabela 5. Wykształcenie matek badanych

Wykształcenie MATKI	n	%	Polska		Włochy	
			n	%	n	%
Podstawowe	3	1,71	3	3,33	0	0,00
Zasadnicze zawodowe	36	20,57	24	26,67	12	14,12
Średnie	80	45,71	35	38,89	45	52,94
Wyższe	54	30,86	28	31,11	26	30,59
Brak odpowiedzi	2	1,14	0	0,00	2	2,35
Ogółem	173	98,86	90	100,00	83	97,65

Podobnie jak w grupie matek – ojcowie z Włoch także istotnie częściej mieli wykształcenie średnie, niż ojcowie z Polski (37,78% ojcowie z Polski i 52,94% z Włoch). Także w grupie osób z wykształceniem wyższym wyraźnie dominowali ojcowie z Włoch (Polska - 18,89 %; Włochy - 29,41 ). Zasadnicze wykształcenie swoich ojców, istotniej częściej niż ich rówieśnicy z Włoch, potwierdzali uczniowie z Polski. (Tab.6)

Tabela 6. Wykształcenie ojców respondentów

Wykształcenie OJCA	n	%	Polska		Włochy	
			n	%	n	%
Podstawowe	5	2,86	5	5,56	0	0,00
Zasadnicze zawodowe	45	25,71	32	35,56	13	15,29
Średnie	79	45,14	34	37,78	45	52,94
Wyższe	42	24,00	17	18,89	25	29,41
Brak odpowiedzi	4	2,29	2	2,22	2	2,35
Ogółem	175	100,00	90	100,00	85	100,00

Podsumowując wyniki dotyczące poziomu wykształcenia obojga rodziców badanych uczniów należy stwierdzić, że rodzice z Włoch – szczególnie ojcowie - byli lepiej wykształceni –zarówno w kategorii „wykształcenie średnie” jak też w kategorii „wyższe”.

Styl życia i wybrane przejawy zdrowia rodziny w ocenie uczniów

Analiza statystyczna wykazała istnienie istotnych zależności pomiędzy krajem pochodzenia ucznia , a odpowiedzią na pytanie o to, „Czy Twoja rodzina prowadzi zdrowy styl życia?” Ankietowani z Polski istotnie częściej ( $p=0,011$ ) niż badani z Włoch deklarowali, że ich rodziny prowadzą zdrowy styl życia. Jednocześnie ponad 30% uczniów w obu krajach nie miało zdania na ten temat. (Tab.7)

Tabela7. Ocena stylu życia własnej rodziny a kraj pochodzenia ucznia

„Czy Twoja rodzina prowadzi zdrowy styl życia?”	Razem	Polska	Włochy
Tak	67	42	25
%	38,3	46,67	29,41
Nie	49	17	32
%	28,0	18,89	37,65
Nie mam zdania	59	31	28
%	33,7	34,44	32,94
Ogółem	175	90	85
Statystyka	-	8,922238	$p=0,011$

W badaniach nad przejawami zdrowia rodziny uwzględniono następujące elementy: palenie tytoniu przez domowników, fakt bycia czynnym i biernym palaczem tytoniu przez ucznia i miejsce ekspozycji ucznia na dym tytoniowy – z rozróżnieniem na dom i miejsca poza domem oraz miejsce spożywania rodzinnych posiłków przez członków rodziny ucznia. Końcowym elementem badań było określenie stosunku badanych uczniów do zadania jakim jest dbałość o zdrowie i zestawienie go z oceną stylu życia własnej rodziny.

#### Palenie tytoniu

Czynnymi palaczami tytoniu najczęściej okazali się - zarówno w polskiej jak i włoskiej próbie - ojcowie badanych uczniów (w Polsce 27,78%; we Włoszech 34,12%) , a także bracia włoskich uczniów (22,35%). Uzyskane dane wyraźnie potwierdzają większe nasilenie rodzinnego problemu tytoniowego we włoskich rodzinach badanych uczniów aniżeli w polskich. Istnieje statystyczna zależność pomiędzy paleniem tytoniu, a krajem pochodzenia. Matki ankietowanych z Włoch istotnie częściej ( $p=0,030$ ) niż matki respondentów z Polski palą aktualnie papierosy, a także istotnie częściej paliły kiedyś. Również istotnie częściej ( $p=0,001$ ) bracia badanych z Włoch palą aktualnie papierosy, niż bracia ankietowanych Polaków. (Tab.8)

Tabela 8. Palenie tytoniu przez członków rodzin uczniów z uwzględnieniem kraju pochodzenia ankietowanych

Palenie tytoniu	Matka		Ojciec		Babcia		Dziadek		Brat		Siostra	
	Polska	Włochy	Polska	Włochy	Polska	Włochy	Polska	Włochy	Polska	Włochy	Polska	Włochy
Pali aktualnie	9	14	25	29	7	5	10	11	4	19	3	6
%	10,00	16,47	27,78	34,12	7,78	5,88	11,11	12,94	4,44	22,35	3,33	7,06
Kiedyś paliła/palił	18	27	30	21	6	6	41	42	10	10	8	5
%	20,00	31,76	33,33	24,71	6,67	7,06	45,56	49,41	11,11	11,76	8,89	5,88
Nigdy nie paliła/ palił	59	44	32	34	64	64	21	20	50	31	43	42
%	65,56	51,76	35,56	40,00	71,11	75,29	23,33	23,53	55,56	36,47	47,78	49,41
Nie wiem	0	0	1	1	10	8	16	9	26	22	35	29
%	0,00	0,00	1,11	1,18	11,11	9,41	17,78	10,59	28,89	25,88	38,89	34,12
Brak odpowiedzi	4	0	2	0	3	2	2	3	0	3	1	3
%	4,44	0,00	2,22	0,00	3,33	2,35	2,22	3,53	0,00	3,53	1,11	3,53
Ogółem	90	85	90	85	90	85	90	85	90	85	90	85
Statystyka	8,935	$p=0,030$	3,805	$p=0,432$	0,613	$p=0,961$	2,102	$p=0,717$	17,444	$p=0,001$	3,126	$p=0,536$

#### Czynne i bierne palenie tytoniu przez ucznia i miejsce ekspozycji ucznia na dym tytoniowy

Wykazano istotne zależności pomiędzy regularnością palenia tytoniu a krajem pochodzenia ucznia. Włosi, istotnie częściej niż Polacy, deklarują, że palą tytoń regularnie i są palaczami biernymi oraz, że często palą przy nich inne osoby – w tym - domownicy ( $p=0,021$ ). (Tab.9)

Tabela 9. Palenie tytoniu w Polsce i Włoszech

Palenie tytoniu	Razem	Polska	Włochy
Tak, palę tytoń regularnie	21	6	15
%	12,0	6,67	17,65
Tak, palę tytoń, ale nieregularnie	23	15	8
%	13,1	16,67	9,41
Pałałam/palałam kiedyś, ale już nie palę	13	9	4
%	7,4	10,00	4,71
Nie, nigdy nie pałałam/ palałam	64	37	27
%	36,6	41,11	31,76
Jestem palaczem biernym, często przy mnie pała inne osoby.	52	21	31
%	29,7	23,33	36,47
Brak odpowiedzi	2	2	0
%	1,1	2,22	0,00
Ogółem	175	90	85
Statystyka	-	13,264	p=0,021

Mimo, że analiza statystyczna nie wykazała zależności pomiędzy miejscem ekspozycji ucznia na dym, a krajem pochodzenia, to wartości całkowite wyraźnie wskazują na to, że palaczami biernymi częściej są uczniowie z Włoch (16,47% Włochów i 10% Polaków). Natomiast z dymem tytoniowym poza domem ma kontakt 24,71% respondentów z Włoch i 11,11% z Polski. Uzyskane wyniki korespondują z wcześniejszymi danymi dotyczącymi nasilenia palenia tytoniu w rodzinach badanych uczniów. (Tab.10)

Tabela 10. Miejsce ekspozycji na dym tytoniowy, a kraj pochodzenia

Miejsce ekspozycji na dym tytoniowy	Razem	Polska	Włochy
W domu	23	9	14
%	13,1	10,00	16,47
Poza domem	31	10	21
%	17,7	11,11	24,71
Ogółem	54	19	35
Statystyka	-	0,273	p=0,601

#### Miejsce spożywania posiłków przez rodzinę

W przypadku pytania dotyczącego miejsca, w którym rodzina najczęściej spożywa posiłki analiza statystyczna również wykazała istotne różnice między oboma grupami. Uczniowie z Polski na pytanie „*Gdzie Twoja rodzina najczęściej spożywa posiłki?*” istotnie częściej ( $p=0,001$ ) niż uczniowie włoscy odpowiedzieli, że jest to dom, i że jedzone są posiłki przygotowane przez kogoś z domowników. Włoskie rodziny natomiast – w świetle informacji uczniów z Włoch - istotnie częściej niż polskie korzystają z barów, stołówek szkolnych, a także z restauracji szybkiej obsługi typu fast-food. (tab.11)



Tabela 11. Miejsce spożywania posiłków przez rodzinę z uwzględnieniem kraju pochodzenia respondentów

Miejsce spożywania posiłków przez rodzinę	Razem	Polska	Włochy
W domu przygotowane przez kogoś z rodziny	152	88	64
%	86,9	97,78	75,29
W domu zakupione w sklepie	4	1	3
%	2,3	1,11	3,53
W restauracjach, barach, stołówkach szkolnych lub w zakładach pracy	12	0	12
%	6,9	0,00	14,12
W restauracjach szybkiej obsługi typu fast-food	4	0	4
%	2,3	0,00	4,71
Brak odpowiedzi	3	1	2
%	1,7	1,11	2,35
Ogółem	175	90	85
Statystyka	-	20,997	p=0,001

Stosunek uczniów do zadania jakim jest dbałość o zdrowie a ocena stylu życia własnej rodziny

Tak jak zaznaczono wcześniej, w ostatniej fazie badań określono stosunek badanych uczniów do zadania jakim jest dbałość o zdrowie i zestawiono go z oceną własnej rodziny. Uczniów poproszono o wybranie jednego z czterech zdań, zawierających w sobie określony stosunek do zdrowia i dbania o nie. Wykazano istnienie istotnych zależności. Polacy zdecydowanie częściej niż Włosi stwierdzali że o zdrowie należy dbać przez całe życie niezależnie od jego stanu i wieku oraz że trzeba edukować dzieci w tym zakresie już od pierwszych lat życia (p=0,001). Natomiast Włosi istotnie częściej deklarowali, że o zdrowie trzeba dbać szczególnie wtedy gdy wystąpi jakaś choroba (p=0,001). (Tab. 12).

Tabela 12. Stosunek do dbałości o zdrowie a narodowość badanych uczniów

Stosunek do zdrowia	Razem	Polska	Włochy
Należy dbać o zdrowie przez całe życie niezależnie od jego stanu i wieku oraz edukować dzieci w tym zakresie od pierwszych lat życia.	124	73	51
%	70,9%	81,11	60,00
Nie przywiązuję większej wagi do stanu swojego zdrowia.	32	12	20
%	18,3	13,33	23,53
Nie widzę potrzeby szczególnej dbałości o zdrowie. Dobrze się czuję a w mojej rodzinie nikt poważnie nie choruje.	9	5	4
%	5,1	5,56	4,71
O zdrowie szczególnie trzeba dbać tylko w przypadku wystąpienia jakiejś choroby.	10	0	10
%	5,7	0,00	11,76
Ogółem	175	90	85
Statystyka	-	15,884	p=0,001

<b>„Czy Twoja rodzina prowadzi zdrowy styl życia?”</b>	<b>Polska</b>	<b>Włochy</b>
Tak	42	25
%	46,67	29,41
Nie	17	32
%	18,89	37,65
Nie mam zdania	31	28
%	34,44	32,94
Ogółem	90	85
Statystyka	8,922238	p=0,011

Stosunek uczniów do zdrowia zestawiony z ocenę stylu życia własnej rodziny wyraźnie wskazał na to, że uczniowie z Polski, którzy istotnie częściej niż uczniowie z Włoch deklarowali, że ich rodziny prowadzą zdrowy styl życia, sami mieli także znacząco częściej właściwy stosunek do zdrowia. Z kolei włoska młodzież mimo, że krytycznie oceniała styl życia swoich rodzin, sama niestety nie przejawiała właściwego stosunku do zdrowia.

## **Dyskusja**

Przeprowadzone badania wskazują na dosyć trafną ocenę stylu życia swojej rodziny dokonaną w kontekście zdrowia przez badanych młodych ludzi. Zdecydowanie bardziej krytyczna ocena włoskich uczniów, niż ich rówieśników z Polski ma swoje odzwierciedlenie w wybranych przejawach stylu życia członków ich rodzin. Jednocześnie jednak ponad 30% uczniów w obu krajach nie potrafiło dokonać takiej oceny, co może wskazywać na niską świadomość zdrowotną i nieumiejętność kwalifikowania określonych zachowań jako antyzdrowotne lub obojętne dla zdrowia.

Krytyczna ocena włoskich uczniów odnosząca się do swoich rodzin łączy się jednocześnie z przeciętnie wyższym wykształceniem ich rodziców, niż rodziców uczniów polskich. Przypomnijmy: szczególnie włoscy ojcowie - byli lepiej wykształceni –zarówno w kategorii „wykształcenie średnie” jak też w kategorii „wyższe” aniżeli ojcowie z Polski. Informacje uzyskane od włoskich uczniów wskazały na brak związku między poziomem wykształcenia a zachowaniami zdrowotnymi ich rodziców - szczególnie gdy chodzi o problem palenia tytoniu – zarówno przez samych rodziców i innych członków rodziny jak też palenie tytoniu w obecności osób niepalących w domu. Związek wykształcenia z zachowaniami zdrowotnymi potwierdzany jest w wielu badaniach i odnosi się do różnych grup społecznych. Nisko wykształceni ludzie rzadziej zastanawiają się, na ile ich zdrowie zależy od stylu życia – bo ogólnie częściej nie wiążą go ze swoim zdrowiem. Gorzej oceniają swoją wiedzę na temat tego, jak dbać o zdrowie, a jednocześnie rzadziej chcą ją doskonalić. Trudniej docierać do nich z edukacją zdrowotną a oni sami rzadziej i słabiej oddziałują na swoje dzieci prozdrowotnie. [3, 4, 8, 29]

Obraz rodziny badanych uczniów wyłaniający się z uzyskanych wyników wyraźnie wskazuje na większe nasilenie rodzinnego problemu tytoniowego we włoskich rodzinach aniżeli w polskich - mimo przeciętnie wyższego poziomu wykształcenia rodziców włoskich od polskich. Włoscy uczniowie istotnie częściej deklarują, że często palą przy nich inni domownicy.

Literatura przedmiotu – polska i włoska - wskazuje na powiązania wyników różnych badaczy z uzyskanymi w badaniach własnych. Odnoszą się one zarówno do związków między cechami rodzin a zachowaniami zdrowotnymi uczniów jak również do opinii młodzieży na temat własnych rodzin. I tak na przykład z badań własnych wynika, że 46,67% młodzieży polskiej i tylko 29,41% włoskiej ocenia styl życia swojej rodziny jako zdrowy.

Rezultat ten zbiega się z wynikami Enza Sidoti i in., którzy po przeanalizowaniu nawyków żywieniowych, zachowań zdrowotnych w zakresie aktywności fizycznej oraz masy ciała młodych osób, stwierdzili, że styl życia włoskich rodzin jest niezadowolający i sprzyja otyłości wśród dzieci i młodzieży.[22] Natomiast Torre G. La i wsp., uzyskał wyniki wskazujące na zależność między poziomem wykształcenia rodziców, wykonywaną przez nich pracą i sytuacją ekonomiczną rodziny a podejmowaniem aktywności fizycznej przez młodych ludzi. [13] W przytaczanych badaniach również nie zawsze potwierdzano związek wykształcenia rodziców z ich zachowaniami zdrowotnymi.

Nobile i wsp., badając grupę 700 włoskich uczniów w wieku 14-18 lat. Wykazał, silny wpływ rodziny na proces wchodzenia młodych ludzi w nałóg tytoniowy. Dowiedziono, że gdy starsze rodzeństwo pali, to młodsze rodzeństwo z dużym prawdopodobieństwem również zacznie palić. Jednak jeśli rodzic porzuci palenie, to takie zachowanie jest w stanie chronić dzieci przed rozpoczęciem palenia. [17] Analogiczne badania przeprowadzone w Polsce przez I. Rotter i wsp., wykazały zależność między paleniem papierosów przez młodzież a paleniem przez rodziców. [21]

Uczniowie z Polski na pytanie o miejsce spożywania rodzinnych posiłków istotnie częściej, niż Włosi, odpowiedzieli, że jedzą posiłki w domu i są one przygotowane przez kogoś z domowników. Włoskie rodziny istotnie częściej niż polskie korzystają z barów, stołówek szkolnych, a także z restauracji szybkiej obsługi typu fast-food. Należy przypuszczać, że wynik ten zaważył także na krytycznej ocenie stylu życia rodziny przez włoskich uczniów daleko bardziej aniżeli w grupie uczniów polskich. Posiłki rodzinne stanowią jeden z podstawowych elementów funkcjonowania rodziny i zachowań żywieniowych dzieci i młodzieży. [11] Sprzyjają kontaktom rodzinnym i podtrzymywaniu więzi między członkami rodziny. Umożliwiają modelowanie korzystnych wzorców w zakresie zachowania podczas ich spożywania oraz stosowania korzystnej diety. Wykazano, że przez zachowania rodziców kształtowane są zachowania młodzieży dotyczące nawyków żywieniowych, w tym spożywania śniadań. [18] Wiele międzynarodowych opracowań wykorzystujących wyniki badań HBSC koncentruje się na problematyce wspólnych posiłków rodzinnych.[ 6,14,26] Dane kanadyjskie z 2010 roku wskazały na pozytywne znaczenie wspólnych posiłków dla zdrowia emocjonalnego, prospołecznych zachowań i satysfakcji z życia wśród młodzieży oraz na większą częstotliwość spożywania wieczornych posiłków wśród chłopców niż dziewcząt [25]. Mniej więcej jedna trzecia badanej młodzieży deklarowała spożywanie kolacji w towarzystwie rodziców codziennie, a blisko dwie trzecie – co najmniej 5 razy tygodniowo. W opracowaniach krajowych, wykorzystujących wyniki innych dużych badań populacyjnych, podkreślono silny związek regularnych posiłków rodzinnych ze statusem socjoekonomicznym rodziny [7,9,15]. Z badań HBSC z 2014 roku wynika, że prawie co piąty nastolatek nigdy nie je śniadania i kolacji w towarzystwie rodziców (odpowiednio 18,5% i 17,6%). Uwagę zwracają: zmniejszenie częstotliwości spożywania porannego i wieczornego posiłku w towarzystwie rodziców wraz z wiekiem ankietowanych oraz różnice zależne od płci. [23,27]

Badania własne wskazały na to, że ten bardzo ważny element kreujący zdrowy klimat rodzinnych spotkań i właściwe zachowania żywieniowe jakim są wspólne rodzinne posiłki związane ze spożywaniem potraw przygotowanych przez domowników był częściej obecny w grupie polskich uczniów.

## **Wnioski**

- Badani uczniowie znacząco różnili się w ocenie stylu życia swoich rodzin w kontekście zdrowia: bardziej krytyczni w tej ocenie byli uczniowie z Włoch. Ta krytyczna ocena znajdowała potwierdzenie w różnych przejawach zachowań zdrowotnych domowników – mimo braku analogicznych badań w grupie rodziców - i należy ją tym samym uznać za

uzasadnioną. Szczególnie istotne było nasilenie problemu palenia tytoniu przez domowników włoskich uczniów jak również zdecydowanie częstszy problem palenia biernego w środowisku domowym potwierdzany znacząco częściej przez włoskich uczniów niż polskich. Badania potwierdziły częstsze istnienie rodzinnego problemu tytoniowego w rodzinach włoskich aniżeli w rodzinach polskich.

- Bardzo ważny dla zdrowia całej rodziny fakt spożywania posiłków przygotowywanych przez domowników w domu rodzinnym miał istotnie częściej miejsce w rodzinach polskich uczniów.
- Mimo bardziej krytycznej oceny stylu życia swoich rodzin włoscy uczniowie znacząco częściej niż ich rówieśnicy z Polski mieli niewłaściwy stosunek do dbałości o własne zdrowie.
- Częstsza ocena negatywna stylu życia swojej rodziny i także częstszy niewłaściwy stosunek do zdrowia wiązał się w przypadku uczniów z Włoch z przeciętnie wyższym poziomem wykształcenia ich rodziców, niż rodziców polskich.
- Polscy uczniowie wykazali się większą świadomością zdrowotną niż uczniowie z Włoch.
- Przeprowadzone badania wskazują na potrzebę pogłębienia badań nad znaczeniem środowiska szkolnego badanych uczniów w procesie kształtowania ich świadomości zdrowotnej i dojścia do etapu heteroedukacji odwróconej. Uzyskane wyniki mogą wskazywać na efektywniejszą pracę w tym obszarze polskich szkół.

### **Piśmiennictwo**

1. Charzyńska-Gula M., Rodzina - szczególne miejsce „tworzenia się” zdrowia, w: Zrozumieć promocję zdrowia. Przewodnik do zajęć, red. M. Charzyńska-Gula, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010: 21
2. Charzyńska-Gula M., Jaworska M., Bogusz R., Bartoszek A., Kocka K., Rodzina i szkoła jako źródła informacji zdrowotnej – opinie uczniów, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2013, Tom 19, (3): 242–250
3. Corradini L., Educazione alla salute nella scuola, un iceberg in cerca di un approdo istituzionale: dai progetti “Giovani” e “Genitori” ai forum nazionali, Rivista Italiana di Educazione Familiare 2007, (1): 7-26
4. Dal Maso L., Guzzinati S., De Angelis R., I tumori in Italia- rapporto 2014, Epidemiologia & Prevenzione 2014; (38) : 6
5. Dolata A., Wpływ rodziny na kształtowanie się zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży, Lider 2003, (4): 25- 26
6. Elgar F.J., Craig W., Trites S.J. Family dinners, communication, and mental health in Canadian adolescents. Journal of Adolescent Health 2013; 52: 433–438.
7. Goryńska-Goldmann E., Sznajder M. Zróżnicowanie w sposobach odżywiania się biednych i bogatych kategorii społecznych w Polsce. Roczniki Naukowe SERiA 2005; 7(3): 35–41.
8. Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R., Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia, Hygeia Public Health 2015, 50(4): 558-565
9. Korzycka-Stalmach M., Mikiel-Kostyra K., Oblacińska A. i wsp. Regularność spożywania posiłków przez 13-latków a wybrane cechy społeczno-ekonomiczne rodziny. Medycyna Wieku Rozwojowego 2010; 14(3): 303–309.7.
10. Kózka M., Jałocha M., Mrozowska A., Wybrane determinanty zachowań zdrowotnych uczniów szkół gimnazjalnych, Pielęgniarstwo XXI wieku, Nr 1 (46)/2014, s.5-9
11. Książyk J., Zasady żywienia dzieci i młodzieży. Aktualne (2005) stanowisko American Heart Association poparte przez American Academy of Pediatrics.

- Medycyna Praktyczna Pediatria, uzyskano dnia 16.07.2016 z <http://www.mp.pl/artykuly/?aid=27339>.]
12. Kulik T. B., Zdunek K., Pacian A., Polityka zdrowotna w krajach Unii Europejskiej, „Zdrowie i Dobrostan” 4 /2013, s. 157-164
  13. La Torre G., Masala D., De Vito E., Langiano E., Capelli G., Ricciardi W., Extra-curricular physical activity and socioeconomic status in Italian adolescents, BMC Public Health 2006, 6, 22, s. 3-5
  14. Levin K.A., Kirby J., Currie C. Adolescent risk behaviours and mealtime routines: does family meal frequency alter the association between family structure and risk behaviour? Health Education Research 2012; 27(1): 24–35.5.
  15. Michalak K. Wpływ środowiska rodzinnego na zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej (na przykładzie środowiska warszawskiego), uzyskano dnia 12.04.2016 z [http://kpaim.sggw.waw.pl/acta/e107\\_plugins/content/images/file/211\\_05\\_michalak.pdf](http://kpaim.sggw.waw.pl/acta/e107_plugins/content/images/file/211_05_michalak.pdf).
  16. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, Zestawienie zadań na 2014 r., <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/narodowy-program-zwalczenia-chorob-nowotworowych> dostęp z dnia 15.03. 2016 r.
  17. Nobile C.G.A., Trani F., Di Stasio S.M., Angelillo I.F., Cigarette smoking and alcohol behaviour among adolescents in Italy, Public Health 2006, 120: 943–944
  18. Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. a systematic review. Appetite 2009; 52(1): 1–7.
  19. Przewoźniak L., Wybrane zagadnienia socjologii i promocji zdrowia rodziny, w: Zdrowie publiczne wybrane zagadnienia, Tom II, pod red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001: 77-78
  20. Puchalski K, Korzeniowska E., Zróżnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie. Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii , Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom IX, nr 2/2011: 85–96
  21. Rotter I., Kemicer-Chmielewska E., Przybylska A., Laszczyńska M., Jasińska M., Żułtak- Bączkowska K., Mroczek B., Wiedza na temat szkodliwości nikotynizmu wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych, Medycyna Środowiskowa 2013, 16, (1): 51- 52, 55-56
  22. Sidoti E., Mangiaracina P., Paolini G., Tringali G., Body Mass Index, family lifestyle, physical activity and eating behavior on a sample of primary school students in a small town of Western Sicily, Italian Journal of Public Health 2009, 6, (3): 205, 210-211, 215
  23. Tabak I, Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K., Czy spożywanie wspólnych posiłków z rodziną może chronić nastolatki przed otyłością? Developmental Period Medicine, 2012, XVI, (4): 313-322
  24. Wojtczak A., Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009 : 109
  25. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012 : 215, 216, 217- 219
  26. Zaborskis A., Zemaitiene N., Borup I. et al. Family joint activities in a cross-national perspective. Public Health 2007; (7): 94
  27. Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych, red. J.Mazur, Wyniki Badań HBSC 2014, IMiDz, Warszawa 2015: 44-51  
zdrowotnych uczniów szkół gimnazjalnych, Pielęgniarstwo XXI wieku, Nr 1 (46)/2014: 5-9