

Szymon Maciolek
ZSP nr 2 w Siedlcach

**Ewolucja kultury bezpieczeństwa
zdrowotnego młodzieży szkół
ponadgimnazjalnych w latach 2010-2015**

**Evolution of health safety culture among upper
secondary school youth between 2010-2015**

Streszczenie

W 2015 r. roku minęło pięć lat od przekazania do publikacji artykułu pt. „Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży szkół ponadgimnazjalnych”. Mimo upływu czasu to ciągle aktualny temat. Na co dzień możemy zaobserwować szybkie zmiany technologiczne, społeczne i ekonomiczne. Mają one wpływ na codzienne życie większości Polaków, w tym na ich zdrowie. Zmiany nie omijają młodzieży. Dotyczą stanu ich zdrowia i nawyków, które na to wpływają.

Dlatego przeprowadzono badania, które były swoistą kontynuacją i nawiązywały do problematyki sprzed pięciu lat. Celem było porównanie aktualnego poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży z wynikami sprzed pięciu lat.

Zakres badań obejmował takie zagadnienia jak: stan zdrowia, odżywianie, aktywność fizyczna, otyłość i nadwaga, uzależnienia, alkohol, palenie papierosów, narkotyki

Słowa kluczowe:

kultura bezpieczeństwa, bezpieczeństwo zdrowotne, młodzież, zdrowie, szkoła, nadwaga, otyłość, odżywianie, aktywność ruchowa, nawyki, uzależnienia, narkotyki, alkohol, papierosy, wady postawy

Abstract

In 2015, five years passed since the publication of the article entitled "Culture of health safety among upper secondary school students". In spite of the passing of time it is still a current issue. On a daily basis, we can observe rapid technological, social and economic changes. They affect the daily life of most Poles, including their health. These changes also influence the youth. The changes concern youth's health and their habits.

Therefore, the research, being a continuation referring to the previous studies initiated five years earlier, has been conducted. The aim of this work is to compare the current level of youth's health safety culture with the results obtained five years ago.

The scope of the study covers such issues as: health status, nutrition, physical activity, obesity and overweight, alcohol addiction, smoking cigarettes, and drugs.

Keywords: health culture, health safety, youth, health, school, overweight, obesity, nutrition, physical activity, habits, addictions, drugs, alcohol, cigarettes, faulty posture.

Wprowadzenie

W 2015 roku minęło pięć lat od przekazania do publikacji artykułu pt. „Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży szkół ponadgimnazjalnych”¹. Mimo upływu czasu temat ten wydaje się ciągle aktualny. Dodatkowo obserwujemy szybkie zmiany, które zachodzą w życiu codziennym polskich obywateli. Są to zmiany m.in. technologiczne, społeczne i ekonomiczne. Dlatego podjęto decyzję o przeprowadzeniu badań, które będą nawiązywać i jednocześnie kontynuować podjętą wtedy problematykę. Artykuł ma na celu porównanie aktualnego poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży z wynikami sprzed pięciu lat.

¹ S. Maciołek, *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce*, red. M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny, Siedlce 2011, s. 181-226.

Jeżeli instytucje i organizacje powtórzyły swoje badania, które były cytowane i na które powoływano się w pierwszym artykule, ich wyniki zostały porównane. Jednak oś niniejszego opracowania stanowi porównanie wyników badań prowadzonych z wykorzystaniem metody badawczej, którą była ankieta. W tym celu przeprowadzono badanie metodą ankietową w jednej z siedleckich szkół na przełomie grudnia 2015 r. i stycznia 2016 r., wykorzystując kwestionariusz ankiety z pierwszej edycji.

W 2010 roku przeprowadzono badania wśród młodzieży jednej z siedleckich szkół ponadgimnazjalnych. Próbą objęto 177 uczniów klas pierwszych i drugich z Liceum Ogólnokształcącego, Technikum i Zasadniczej Szkoły Zawodowej w wieku 16-18 lat. Wśród badanych chłopcy stanowili 28,8% (51 osób), a dziewczęta 71,2% (126 osób). Pięć lat później próbą objęto 90 uczniów klas pierwszych i drugich z Technikum i Liceum Ogólnokształcącego tej samej szkoły ponadgimnazjalnej. Wśród nich 65,55% (59 osób) stanowiły dziewczęta, a 34,45% (31 osób) chłopcy².

Zakres obejmował takie zagadnienia jak: stan zdrowia, odżywianie, aktywność fizyczna, otyłość i nadwaga, wady postawy, próchnica i higiena jamy ustnej, uzależnienia (papierosy, alkohol, narkotyki).

Podsumowując teoretyczne rozważania dotyczące pojęć bezpieczeństwa, obronności, kultury bezpieczeństwa i zdrowia oraz zależności między nimi przedstawione w artykule sprzed pięciu lat, należy stwierdzić, że szeroko rozumiane bezpieczeństwo w dzisiejszych czasach to wielowymiarowe, dotyczące różnych obszarów życia zjawisko. W literaturze zajmującej się bezpieczeństwem jest ono opisywane na wiele sposobów. Występuje wiele definicji, podziałów i charakterystyk bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo może być postrzegane w ujęciu negatywnym lub pozytywnym. Możemy je także analizować w znaczeniu subiektywnym (jego poczuciu) i obiektywnym (jakie jest i będzie rzeczywiście). O bezpieczeństwie możemy mówić w wymiarze podmiotowym i przedmiotowym. W odniesieniu do zagadnień omawianych w artykule podmiotem będzie uczeń, a jednym z elementów jego środowiska bezpieczeństwa będzie szkoła. W aspekcie przedmiotowym mówimy o bezpieczeństwie ekologicznym, **zdrowotnym**, ekonomicznym, gospodarczym,

² Brak klas zawodowych w szkole objętej badaniem to przykład jednej ze zmian jakie nastąpiły w okresie między badaniami.

politycznym, militarnym, publicznym itd. Ze względu na podmiotowy charakter bezpieczeństwa w literaturze wyodrębniono podział bezpieczeństwa na wewnętrzne i zewnętrzne. Ponadto bezpieczeństwo uznaje się za podstawową potrzebę danego podmiotu. Bezpieczeństwo to druga w hierarchii potrzeb Masłowa. Jest także podstawową wartością dla danego podmiotu i stanowi dla niego cel, który wynika z uświadomionych potrzeb i wyznawanych wartości. Sposób osiągania celów jest określany przez obowiązujące w środowisku i uznawane przez podmiot normy i zasady. Bezpieczeństwo rozumiane jest również jako stan, jednocześnie możemy myśleć o nim jako o procesie.

W ślad za M. Cieślarczykiem należy przyjąć, że „Bezpieczeństwo to także skutek funkcjonowania podmiotu w jego środowisku (otoczeniu), rozpatrywany w czasoprzestrzeni (w określonym miejscu i czasie), będący efektem istnienia i jakości relacji (albo ich braku) między podmiotem a jego otoczeniem (środowiskiem)”³, natomiast „zapewnienie trwania, przetrwania i rozwoju danego podmiotu i jego środowiska to trzy podstawowe funkcje bezpieczeństwa”⁴.

Natomiast obronność pojmowana w najszerszy i najbardziej wyczerpujący sposób to „całokształt właściwości danego podmiotu oraz stan jego relacji z otoczeniem, przejawiających się w podejmowanych przez ten podmiot działaniach w sferach: obiektywnej (kultury materialnej), subiektywnej (świadomościowej, kultury mentalnej, duchowej) i obiektywno-subiektywnej (kultury organizacyjnej), oraz stwarzanych i wykorzystanych sytuacji w relacjach z otoczeniem, służących zapewnieniu bezpieczeństwa danego podmiotu w różnych jego wymiarach (ekologicznym i zdrowotnym, ekonomicznym, politycznym, kulturowym, militarnym, itd.), a szczególnie zapewnienie względnie harmonijnego rozwoju w różnych sferach życia osobistego i społecznego, w różnych wymiarach bezpieczeństwa”⁵.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie „to całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania. Korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludz-

³ M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Siedlce 2009, s. 129.

⁴ Tamże.

⁵ M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Siedlce 2007, s. 253-254.

kiej bez różnicy rasy, płci, pochodzenia, warunków społecznych i ekonomicznych [...] zdrowy rozwój dziecka ma znaczenie podstawowe”⁶.

Stan zdrowia społeczeństwa ma wpływ zarówno na bezpieczeństwo państwa i narodu, a także międzynarodowe. Cytując za WHO: „Zdrowie wszystkich ludów jest podstawą dla osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa, a zależne jest od najpełniejszej współpracy jednostek i państw. Osiągnięcia każdego państwa w popieraniu i ochronie zdrowia stanowią wartość dla wszystkich. Nierówny rozwój w różnych krajach w ochronie zdrowia i zapobieganiu chorobom, zwłaszcza zakaźnym stanowi wspólne niebezpieczeństwo”⁷.

Wzajemnie na siebie i swój poziom wpływają: bezpieczeństwo zdrowotne i edukacja obronna, która oznacza „przygotowanie społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem systemu kształcenia młodzieży szkolnej i akademickiej, do spełniania zadań humanitarnych mających na celu zminimalizowanie następstw i skutków awarii, katastrof, klęsk żywiołowych w czasie pokoju, a także czynników rażenia broni podczas działań wojennych”⁸. W przypadku edukacji obronnej młodzieży zadanie to jest realizowane przede wszystkim **w szkołach**. Mimo realizacji na wszystkich poziomach nauczania (obecnie jako edukacja dla bezpieczeństwa), główny ciężar spoczywa na szkołach ponadgimnazjalnych. Istotnym elementem jest nauczanie w ramach przedmiotu edukacja dla bezpieczeństwa (pięć lat temu jeszcze jako przysposobienie obronne) zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, których znajomość jest niezbędna i która zwiększa poziom bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkich podmiotów.

W literaturze występuje także pojęcie kultury bezpieczeństwa, które oznacza „wzór podstawowych założeń, wartości, norm, reguł, symboli i przekonań wpływających na sposób postrzegania wyzwań, szans i(lub) zagrożeń, a także sposób odczuwania bezpieczeństwa i myślenia o nim (sfera kultury mentalnej – subiektywna) oraz związany z tym sposób zachowania i działania (współdziałania) podmiotów (osób, grup społecznych, instytucji i organizacji, społeczności i społeczeństw), w różny sposób przez te podmioty „wyuczonych” i wyartykułowanych w procesach szeroko rozumianej edukacji, w tym również w naturalnych

⁶ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Dz. U. 1948 nr 61 poz. 477, s. 2.

⁷ Tamże.

⁸ T. Siuda, K. Żaczek-Zaczyński, [w]: R. Stępień (red.), *Współczesne zagadnienia edukacji dla bezpieczeństwa*, AON, Warszawa 1999, s. 98-99.

procesach wewnętrznej integracji i zewnętrznej adaptacji oraz w innych procesach organizacyjnych (sfera kultury organizacyjnej – subiektywno-obiektywna), a także w procesie umacniania szeroko (nie tylko militarnie) rozumianej obronności (sfera kultury materialnej – obiektywna), służących w miarę harmonijnemu rozwojowi tych podmiotów i osiągnięciu przez nie najszerzej rozumianego bezpieczeństwa, z pożytkiem dla siebie, ale i otoczenia”⁹.

Kultura bezpieczeństwa obejmuje wszystkie aspekty sposobów ujmowania bezpieczeństwa w różnych wymiarach, czynniki mające wpływ na bezpieczeństwo oraz pojęcia ściśle z nim powiązane. Może być rozumiana jako podstawa szeroko rozumianej obronności i uznać ją można za fundament dla szeroko rozumianego bezpieczeństwa. W odniesieniu do różnych grup społecznych, społeczności lokalnych i społeczeństw oraz w stosunku do różnych wymiarów bezpieczeństwa i obronności, dla struktur organizacyjnych i świadomości pełni funkcje integracyjną, adaptacyjną, stymulacyjną i regulacyjną¹⁰.

W związku z powyższym bezpieczeństwo zdrowotne (przedmiot) młodzieży (podmiot) należy ujmować szeroko i przy przedstawianiu poszczególnych obszarów związanych ze zdrowiem młodzieży¹¹ trzeba pamiętać, że to nie tylko stan ale i dynamiczny proces oraz uwzględnić wpływ na nie wielu czynników, takich jak:

- motyw, postawy i nastawienia określonego podmiotu;
- rodzaje, proporcje i kolejność aktywności podejmowanej przez podmiot oraz wynikających z tych aktywności zachowań i działań;
- zasoby i dobra występujące w otoczeniu podmiotu, ich siła i potencjał;
- współdziałanie i kooperacja pomiędzy podmiotami;
- środowiska w jakich funkcjonuje podmiot;
- czas i przestrzeń;
- relacje między podmiotem a otoczeniem (środowiskiem) i jego specyficznym rodzajem w odniesieniu do innych podmiotów funkcjonujących w otoczeniu, czyli zaufania.

⁹ M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Siedlce 2007, s. 210.

¹⁰ Tamże, s. 211.

¹¹ Np. otyłość, aktywność fizyczna i inne.

Przy omawianiu i porządkowaniu zjawisk, które są i/lub powinny zostać uznane za zagrożenie dla zdrowia młodzieży należy brać pod uwagę:

- przepisy prawa, które mają wpływ na działania i funkcjonowanie państwa, szkoły i rodziny, dotyczące zdrowia młodych ludzi;
- wynikające z nich działania profilaktyczne i zmniejszające skutki występowania zagrożeń;
- postawy młodzieży dotyczące stylu życia i omawianych zagrożeń;
- rzeczywisty stan zdrowia młodzieży.

Analiza różnych zjawisk związanych ze zdrowiem młodzieży przy uwzględnieniu ww. czynników pozwala mówić o kulturze bezpieczeństwa (jej poziomie) w wymiarze zdrowotnym.

„W państwach najwyżej rozwiniętych, charakteryzujących się najwyższym poziomem kultury bezpieczeństwa obywateli [...] u podstaw bezpieczeństwa każdego podmiotu, charakteryzującego się strategicznym myśleniem o bezpieczeństwie, leży bezpieczeństwo ekologiczne i zdrowotne. Dopiero na tej podstawie można budować bezpieczeństwo ekonomiczne i polityczne oraz kolejne przedmiotowe segmenty bezpieczeństwa, takie jak: bezpieczeństwo publiczne, militarne i inne jeszcze wymiary bezpieczeństwa”¹².

Analiza konkretnych, wyodrębnionych z istniejących podziałów zagrożeń i ich opisów już na wstępie pozwala zaobserwować pozorny chaos w obrazie zagrożeń jako ogólnej całości. Zauważyć można, że każde z zagrożeń generuje inne lub kilka innych zagrożeń, które mogą generować kolejne. Te natomiast mogą potęgować skutki lub częstość występowania tych pierwszych. Przypomina to tzw. „efekt motyla” lub „efekt domina”. Często otyłość, nikotynizm i inne problemy zdrowia młodzieży są przedstawiane jako zagrożenia, które mają wpływ na bezpieczeństwo tylko jednego podmiotu – ucznia. Nie wolno zapomnieć o wpływie zdrowia młodzieży na bezpieczeństwo ogółu społeczeństwa oraz państwa. Jak mówi przysłowie „W zdrowym ciele zdrowy duch” i jak pisał A.F. Modrzewski „Takie będą Rzeczypospolite, jakie ich młodzieży chowanie” Aktywność ruchowa natomiast przedstawiana jest jako lek. Natomiast jej brak lub niski poziom jako przyczyna większości problemów zdrowotnych ucznia oraz zagrożenie samo w sobie. Wymienione zjawiska należy omawiać jako stany i procesy, których wielkość

¹² Tamże, s. 150.

zależy od wielu czynników m.in. od stylu życia i otoczenia ucznia, które na ten styl życia i postawy ma pośredni lub bezpośredni wpływ. Mogą to być inne podmioty (np. koledzy, rodzina, nauczyciele), uwarunkowania mieszczące się w sferze materialnej (np. dochody w rodzinie, geograficzne ukształtowanie i infrastruktura w pobliżu miejsca zamieszkania ucznia¹³) oraz rozwiązania formalno-prawne w kraju, mieście i szkole.

W związku z tym na ucznia i jego zdrowie należy patrzeć szeroko, poprzez pryzmat kultury bezpieczeństwa młodzieży i jego otoczenia. Przedstawione poniżej porównanie wyników badań z różnych okresów stanowi próbę określenia zmian, jakie zachodzą w kulturze bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży oraz ich kierunku.

Stan zdrowia dzieci i młodzieży wczoraj i dziś

Stan zdrowia i poziom sprawności fizycznej oraz społeczeństwa są miarodajnymi wskaźnikami bezpieczeństwa zdrowotnego. Razem z danymi o postawach, nawykach i wiedzy podmiotów nt. sprawności fizycznej, higieny osobistej, zdrowia (jego zagrożeń i działań profilaktycznych) oraz informacjami nt. rozwiązań formalno-prawnych i zasobach materialnych przedstawia obraz kultury bezpieczeństwa zdrowotnego.

Według informacji Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) na koniec 2008 r. Polskę zamieszkiwało 7349,7 tys. osób do lat osiemnastu. W tej grupie osób ponad 1 mln stanowili uczniowie w wieku 16-17 lat¹⁴. W roku szkolnym 2008/2009 do szkół ponadgimnazjalnych (zasadniczych szkół zawodowych, liceów ogólnokształcących, liceów profilo-

¹³ Może to być duża aglomeracja miejska z wieloma obiektami sportowymi i szeroką ofertą dla młodzieży, jednocześnie aglomeracja, w której z powodu m.in. większej liczby populacji i anonimowości w większym stopniu występują zjawiska negatywne, lub odwrotnie – mała miejscowość, gdzie liczba populacji sprawia, że wszyscy się znają, ale niestety oprócz komputera, chipsów i piwa na przystanku autobusowym dla młodzieży nie ma innej alternatywy. W odniesieniu do geograficznego ukształtowania może to być występowanie lub nie atrakcyjnych dla wypoczynku i rekreacji miejsc, które sprzyjają pozytywnym dla zdrowia aktywnościom takim jak sport i turystyka (góry – piesze wędrówki, wspinaczka, jeziora i morze – sporty wodne).

¹⁴ G. Marciniak, *Dzieci – rodzina, zdrowie, wychowanie i edukacja*, Notatka Informacyjna, Wyniki Badań GUS, materiał na konferencję prasową 25 listopada 2009, GUS, Departament Badań Społecznych, 2009, s. 1.

wanych, techników) uczęszczało prawie 1,6 mln młodzieży¹⁵. Natomiast na koniec roku 2014 Polskę zamieszkiwało 7367,1 tys. osób do lat osiemnastu. Młodzież w wieku licealnym (16-18 lat) stanowiła 3,2% ogółu ludności w kraju i liczy ona około 1,2 miliona¹⁶. Różnice między 2009 a 2014 r. w liczbie osób do 18 roku życia są niewielkie (+17,4 tys.). W przypadku osób w wieku 16-18 lat różnice wynoszą prawie 400 tys. osób na minus.

W Polsce system opieki zdrowotnej obejmuje wszystkie dzieci do ukończenia 18. roku życia, a w przypadku kontynuowania nauki do ukończenia 26 roku życia¹⁷. Wyniki badań przeprowadzone przez GUS w jednostkach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia za 2009 r. wskazują, że w zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży do 18 lat udzielono 37,3 mln porad w podstawowej opiece zdrowotnej, w opiece specjalistycznej – 14,9 mln, czyli 15,0% wszystkich porad lekarskich udzielonych w tej formie opieki.¹⁸ W systemie ratownictwa medycznego 192 tys. poszkodowanym dzieciom udzielono pomocy podczas przeprowadzanych akcji ratowniczych, natomiast w ramach izby przyjęć lub szpitalnych oddziałów ratunkowych pomocy udzielono ponad 980 tys. osób w wieku do lat 18¹⁹.

Natomiast w 2014 r. w zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej ogółem udzielono ponad 311,8 mln porad²⁰, z czego 22,7% dzieciom i młodzieży do 18 lat (70,78 mln – Sz. M.), a w opiece specjali-

¹⁵ Tamże, s. 5.

¹⁶ J. Stańczak (koordynacja prac), *Dzieci w Polsce w 2014 roku Charakterystyka demograficzna*, GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2015, Tablica 1. Stan i struktura dzieci i młodzieży według płci i wieku w 2014 r. s. 1; [w]: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/dzieci-w-polsce-w-2014-roku-charakterystyka-demograficzna,20,1.html> (dostęp 01.08.2016 r.).

¹⁷ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135., art. 2, pkt.2, par. 3; art. 5, pkt.3; art. 27, pkt. 3; art. 31, pkt. 3.

¹⁸ G. Nałęcz (kier.), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, GUS, Departament Badań Społecznych, Warszawa 2010, s.72-73; <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/podstawowe-dane-z-zakresu-ochrony-zdrowia-w-2009-r,3,5.html> (dostęp 01.08.2016 r.).

¹⁹ Tamże, s. 74-75.

²⁰ M. Żyra (red.), E. Malesa (kier.), *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2014 r.*, GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa 2015 s. 107; <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html> (dostęp 01.08.2016 r.).

stycznej – 13,3% (41,46 mln – Sz. M.) wszystkich porad lekarskich udzielonych w tej formie opieki. W systemie ratownictwa medycznego udzielono pomocy 3,1 mln osobom podczas przeprowadzanych akcji ratowniczych, w tym 6,5% stanowiły dzieci i młodzież do 18 roku życia (201,5 tys. – Sz. M.)²¹. W ramach izby przyjęć lub szpitalnych oddziałów ratunkowych pomocy udzielono w sumie ponad 4,5 mln osobom, w tym 19,5% stanowiły dzieci i młodzież do 18 roku życia (877,5 tys. – Sz. M.)²².

Porównując dane widać, że w 2014 roku procentowy udział młodzieży wśród osób, którym udzielono porad i opieki i w opiece specjalistycznej jest nieznacznie mniejszy niż w 2009 r. Natomiast **liczba młodzieży, której udzielono takiej pomocy jest prawie dwa razy większa w przypadku porad w zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i aż trzykrotnie większa w przypadku opieki specjalistycznej**. To duży wzrost. W tym kontekście ciekawe wydają się wyniki dotyczące pomocy udzielonej w ramach akcji ratunkowych oraz przyjęć do szpitalnych oddziałów ratunkowych i na izbie przyjęć. W 2014 roku udzielono pomocy w tej formie 93000 mniejszej liczbie osób do lat 18 w porównaniu z rokiem 2009.

Wyniki dotyczące stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych mieszkańców Polski drugiej edycji badania przeprowadzonego przez GUS pod koniec 2014 roku „EHIS”²³ obejmują również dzieci i młodzież. Pierwsze badanie tego typu w Polsce odbyło się 5 lat temu. Jest ono realizowane na podstawie zharmonizowanej europejskiej metodolo-

²¹ Tamże, s. 118-119.

²² Tamże, s. 124.

²³ „Europejskie ankietowe badanie zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) to kluczowe narzędzie realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego, jakim jest stworzenie systemu monitoringu zdrowia obejmującego takie elementy jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktyka zdrowotna oraz styl życia. Badanie realizowane jest cyklicznie, co 5 lat w krajach UE. Wyniki badania umożliwiają poznanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców Unii oraz jej uwarunkowań w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania” [za]: Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r., GUS, Notatka informacyjna, Warszawa 1 grudnia 2015 r., s. 2;

<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> (dostęp 01.08.2016 r.).

gii. To doskonały materiał porównujący stan zdrowia na przestrzeni pięciu lat.

W 2014 r. „dla blisko 50% ogółu dzieci do lat 14 uzyskano bardzo dobrą ocenę stanu zdrowia, dobrą - dla 42%, średnią (ani dobrą ani złą) – dla 8%, zaś ocenę złą lub bardzo złą – dla nieco więcej niż 1% dzieci. Dla porównania, w poprzednim badaniu odsetki wynosiły odpowiednio 48%, 44%, 6% oraz 1,3%. Najwyżej oceniano zdrowie dzieci w grupie wieku 0-9 lat, zaś nieznacznie niższe oceny uzyskały dzieci w wieku 10-14 lat. Ogólnie lepiej oceniane było zdrowie dziewczynek niż chłopców”²⁴.

Z badania wynika, że „mimo poprawy subiektywnej oceny stanu zdrowia, u co drugiego mieszkańca Polski (52%) występowały długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. [...] Co czwarte dziecko ma długotrwałe dolegliwości zdrowotne lub choroby przewlekłe. Częściej dotyczą one chłopców niż dziewczynek (odpowiednio 29% i 23%). [...] 15% dzieci choruje na różnego rodzaju alergię, tj. nieznacznie mniej niż w końcu 2009 r. (17%). Kolejne najczęściej występujące schorzenia wśród dzieci to choroby oka – prawie 5% oraz astma – 4%. Na częste bóle głowy cierpi blisko 2% dzieci, a na choroby kręgosłupa 1,6%”²⁵. Natomiast cytowane pięć lat wcześniej dostępne wtedy wyniki z przeprowadzonego w 2004 r. badania stanu zdrowia ludności Polski wykazały, że „na długotrwałe problemy zdrowotne uskarżało się 15,8% badanych dzieci, częściej dzieci w grupie wieku 5-9 lat i 10-14 lat niż młodsze czy starsze, i równocześnie te grupy wieku charakteryzują się najwyższymi wśród dzieci odsetkami chorujących przewlekłe”²⁶. Porównując powyższe dane, oznacza to **wzrost o prawie 10% liczby dzieci, które mają długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe.**

Powyższe wyniki przedstawiają się bardzo interesująco w zestawieniu z danymi dotyczącymi stanu zdrowia (m.in. otyłości, wad postawy, chorób, uzależnień) i stylu życia (aktywności fizycznej, higieny osobistej, działań profilaktycznych).

²⁴ Tamże, s. 4.

²⁵ *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski...*, dz. cyt., s. 4-5.

²⁶ G. Marciniak, *Dzieci – rodzina, zdrowie...*, op. cit., s. 3.

Odżywianie dzieci i młodzieży wczoraj i dziś

Ocena sposobu odżywiania się młodzieży pozwala scharakteryzować stan zdrowia młodzieży i jej kulturę bezpieczeństwa zdrowotnego. Instytut Żywności i Żywienia (IZZ) zaleca²⁷ (m.in. w celu utrzymania prawidłowej wagi ciała) dbać o różnorodność spożywanych posiłków, co pozwoli zapewnić kompleksowe dostarczenie niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu składników. W przypadku dzieci i młodzieży (ale nie tylko) należy uwzględniać w jadłospisie minimum pięć porcji dziennie produktów zbożowych i różnorodnych warzyw i owoców. Zawierają one błonnik, witaminy i minerały, w przypadku owoców duże ilości witamin antyoksydacyjnych: C, E i karotenów. W diecie dzieci i młodzieży istotną rolę powinno odgrywać mleko i produkty mleczne, które dostarczają wapń, witaminy A, B2 i D oraz dobrej jakości białko). W menu młodego człowieka powinny występować takie produkty, jak: orzechy, nasiona strączkowe i mięso (najlepiej wołowina i cielęcina), drób, ryby, jaja. Dostarczają one młodemu organizmowi pełnowartościowe białko, cynk, żelazo, witaminy z grupy B, a w przypadku ryb dodatkowo nienasycone kwasy tłuszczowe omega-3 i witaminę D. W przypadku tłuszczu, jego źródłem powinny być głównie ryby, orzechy, rośliny. Tłuszcz ma być tylko dodatkiem do wybranych potraw. Do smażenia powinno stosować się oliwę z oliwek lub olej rzepakowy. Należy unikać potraw zawierających dużo cholesterolu (podrobów) i izomery trans nienasyconych kwasów tłuszczowych (ciastek, słodyczy, margaryn, fast foodów, tj. cheeseburgerów, frytek, chipsów, pizzy²⁸). Spożycie słodyczy powinno być ograniczone do minimum ze względu na duże ilości cukru, którego nadmiar odkłada się w postaci tkanki tłuszczowej. Powyższe zalecenia powinny być znane i realizowane przez możliwie największą część społeczeństwa. Niestety w przypadku polskich dzieci i młodzieży wiedza na temat zdrowego stylu życia (nie wspominając o stosowaniu na co dzień jego zasad) jest niewielka.

²⁷ Komentarz do Piramidy Zdrowego Żywienia dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, http://www.izz.waw.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=227&Itemid=5&lang=pl (dostęp 01.08.2016 r.).

²⁸ Ograniczenie spożycia tego typu produktów przez dzieci i młodzież bezwzględnie przyniosłoby pozytywne skutki w walce z nadwagą i otyłością, produkty te mogą zawierać w sobie prawie 50% tłuszczu (33-48% wg IZZ).

W opublikowanym w 2009 roku raporcie²⁹ Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS) nt. zwyczajów żywieniowych i zdrowotnych młodzieży w gimnazjach stwierdzono, że dwie trzecie uczniów lubi słone potrawy, trzy czwarte się odchudzało, połowa uważa, że je zbyt dużo, a dwie piąte obawia się przybrania na wadze. Najczęściej dzieci jedzą białe pieczywo, owoce, warzywa mleko i słodczyce, natomiast rzadko mięso, jaja i ryby. Codziennie śniadanie jada trzy czwarte gimnazjalistów, co dwudziesty jada je raz w miesiącu lub wcale. Zaledwie połowa jada drugie śniadanie. Prawie jedna trzecia jada podwieczorki. Trzy czwarte kolacje. Obiady jadają prawie wszyscy (92,5%). Jednak istnieje prawdopodobieństwo, że aż dla jednej czwartej młodzieży to jedyny posiłek dziennie. Taka część badanych jada tylko raz dziennie.

Natomiast wyniki badań³⁰ Health Behaviour a School Children (HBSC) z 2014 r. wskazują, że „63,9% młodzieży w dni szkolne spożywa śniadanie codziennie, pozostała młodzież zjada śniadania nieregularnie, w tym 18,4% nigdy nie je śniadania, gdy idzie do szkoły”.

Zdaniem większości młodzieży z siedleckiej szkoły objętej badaniem w 2010 r. (92,5%) odżywianie wywierało istotny wpływ na stan zdrowia. W 2015 r. odsetek ten wynosi 94,4%. Na pytanie dotyczące stosowania się do zasad racjonalnego odżywiania w 2010 r. już tylko 10,1% osób odpowiedziało tak (47,5% raczej tak). Nie stosowało się do nich 6,7%, a 20,3% uważało, że raczej nie. Pięć lat później odsetek ten wyniósł odpowiednio 15,5% deklarujących stosowanie się do tych zasad (46,6% raczej tak), a nie stosuje się do nich 5,5% (a 26,7% raczej nie). Różnice między wynikami wskazują na nieznaczny procentowy wzrost w ocenie wpływu odżywiania na stan zdrowia. Jednak ważniejszy wydaje się **ponad pięcioprocentowy wzrost osób deklarujących stosowanie się do zasad zdrowego odżywiania**. Odsetek osób, które nie stosują tych zasad lub raczej ich nie stosują pozostaje na podobnym poziomie.

W 2010 roku jedzenie typu fast foods (np. hamburgery, hot dogi, zapiekanki, pizze, kebaby, „chińszczyzna”) codziennie spożywało 1,6%

²⁹ Raport z analizy danych ankietowych pochodzących z badania zwyczajów żywieniowych i zdrowotnych młodzieży w gimnazjach, GIS, Warszawa 2009, s. 32, 41, 54, 71-72, 82.

³⁰ Mazur J. (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/Zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_www.pdf (dostęp 01.08.2016 r.).

codziennie, a 3,3% kilka razy w tygodniu. Raz w tygodniu takie produkty spożywało 20,3% uczniów, a 1-2 razy na miesiąc 37,2% badanych, rzadziej niż raz w miesiącu 25,4%. Zwracał wtedy uwagę niewielki odsetek jedzących często tego typu potrawy oraz całkowity brak osób niejedzących takiego jedzenia. Natomiast w 2015 r. trzech uczniów (3,3%) zadeklarowało, że nie jada takich potraw. Nieznacznie wzrosła częstotliwość ich spożywania – 4,5% więcej uczniów jada kilka razy w tygodniu takie dania. Pozostałe wyniki są do siebie zbliżone.

Natomiast w przypadku słodyczy porównanie wyników wskazuje na spadek częstotliwości ich spożywania przez młodzież. W 2015 roku liczba uczniów niejedzących słodyczy wzrosła z zera do 4,4%, jedzących rzadziej niż raz w miesiącu dwukrotnie (z 3,2% do 6,7%), a 1-2 razy w miesiącu zmniejszyła się prawie trzykrotnie (z 23,7% do 8,9%). Ponadto mimo kilkuprocentowego wzrostu jedzących je raz w tygodniu (z 15,2% do 27,8%), **aż o jedną czwartą spadła liczba uczniów spożywających słodycze częściej niż raz na tydzień** (z 75,5% do 52,2%³¹).

Podobną tendencję można zauważyć w odniesieniu do słonych przekąsek (paluszki, chipsy). Mimo, że młodzież nadal ich sobie nie odmawia³², to spada częstotliwość ich spożycia. Ponad trzy razy więcej badanych zadeklarowało, że jada je rzadziej niż raz w miesiącu (21,1% w 2015 r., 6,7% w 2010 r.). Nadal około jedna piąta młodzieży jada je 1-2 razy w miesiącu³³. Natomiast **o prawie 10% zmniejszyła się liczba ilość uczniów, którzy sięgają po słone przekąski co najmniej raz w tygodniu lub częściej** (z 66,2% do 56,2%³⁴).

To pozytywny kierunek zmian w kulturze odżywiania młodzieży. Natomiast ciężko stwierdzić, czy wyżej opisane zmiany to efekt wprowadzonego od 1 września 2015 roku zakazu sprzedaży w sklepikach szkolnych wysoko przetworzonej żywności o dużej kaloryczności, zawierającej nadmiar cukru, soli, tłuszczów trans. O takie rozwiązania postulowało wielu naukowców i lekarzy. Także w artykule, który stanowi

³¹ Odsetek wszystkich osób, które zadeklarowały spożycie słodyczy 2-3 razy w tygodniu, 4-5 razy w tygodniu, codziennie lub kilka razy dziennie.

³² Podobnie jak kilka lat temu niewiele ponad 1% uczniów deklaruje, że nie jada słonych przekąsek.

³³ 21,1% w 2015 r., 20,3% w 2010 r.

³⁴ Odsetek wszystkich osób, które zadeklarowało spożycie słonych przekąsek 1 raz w tygodniu, 2-3 razy w tygodniu, 4-5 razy w tygodniu, codziennie lub kilka razy dziennie.

punkt wyjścia do niniejszej analizy postulowano takie rozwiązania. Gdyby wprowadzenia w życie tego rozporządzenia³⁵ okazało się przyczyną sporego spadku częstotliwości spożywania tego typu jedzenia w tak krótkim czasie, należałoby to uznać za ogromny sukces. Wymaga to jednak dalszych badań ukierunkowanych przede wszystkim na działalność sklepików szkolnych oraz obejmujących o wiele dłuższy okres czasu i dużo większą próbę przy badaniu nawyków żywieniowych młodzieży.

Na przestrzeni pięciu lat niewiele zmieniły się nawyki dotyczące napojów wypijanych przez młodzież z siedleckiej szkoły ponadgimnazjalnej. Wśród zimnych napojów, które uczniowie zazwyczaj piją nadal prym wiodą soki owocowe. Niezmiennie sięga po nie średnio siedmiu z dziesięciu uczniów³⁶. Cieszyć może spadek spożycia o blisko 10% napojów gazowanych (z 54,2% do 44,4%). Martwić może to, że zajmują one ciągle drugie miejsce wśród napojów zazwyczaj wybieranych przez młodzież. Kolejne to nektary i napoje energetyczne. Spożycie tych pierwszych utrzymuje się na tym samym poziomie – pije je prawie co trzeci uczeń. W przypadku tych drugich odnotowano niewielki spadek spożycia. W 2010 roku po napoje energetyczne sięgała jedna piąta uczniów (20,3%), a w 2015 roku 2,5% mniej. O taki sam procent wzrosła liczba uczniów pijących kompot i wyniosła 22,2% w 2015 r. Jednocześnie widać wyraźny wzrost w spożyciu wody mineralnej – o prawie 20% niegazowanej (z 42,3% na 61,1%) i ponad 10% gazowanej (z 22% na 33,3%). Wśród ciepłych napojów ciągle króluje herbata tradycyjna i kawa. Niezmiennie sięga po nie odpowiednio prawie dwie trzecie i jedna trzecia uczniów³⁷.

Ciągle odwrotnie proporcjonalnie do spożycia słodczy, słonych przekąsek i słodkich napojów gazowanych przedstawia się spożycie owoców i warzyw, których powinno się jeść pięć porcji każdego dnia. Mimo to w 2015 r. **odnotowano niewielkie, ale korzystne zmiany**

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2015 r. poz. 1256).

³⁶ W 2010 roku zaznaczyło je 69,4% uczniów, a w 2015 r. – 73,3%.

³⁷ Picie herbaty w 2010 r. zadeklarowało 62% uczniów, a w 2015 63,3%. Picie kawy w analogicznym okresie zadeklarowało 30,5% i 30% uczniów.

w zakresie częstotliwości spożycia owoców i warzyw. W 2010 r. codziennie warzywa jadało 20,3%, a owoce 25,4% uczniów. Taki sam procent jadało warzywa od 2 do 5 razy w tygodniu, owoce natomiast 35,5%. Raz w tygodniu spożywało warzywa 15,2% badanych, a owoce 18,6%. 1-2 razy w miesiącu owoce i warzywa jadało 13,5% uczniów. Rzadziej niż raz w miesiącu warzywa spożywało 5%, nie jadało ich 3,3%. Owoce rzadziej niż raz w miesiącu jadało 3,3% uczniów, a wcale 1,6%. W porównaniu z 2010 r. w 2015 r. liczba uczniów spożywających owoce od 2 do 5 razy w tygodniu wzrosła o 6,7%, a sięgających tak często po warzywa aż o 11,3%. Jednocześnie zmniejszyła się liczba młodzieży sięgającej 1-2 razy w miesiącu po te produkty. W przypadku owoców to spadek o 10,2%, a w przypadku warzyw to 4,6% mniej.

Pewnym optymizmem napawa porównanie wyników dotyczących śniadania, które jest najważniejszym posiłkiem w ciągu dnia. Mimo, że w 2015 r. 8,8 % mniej uczniów niż w roku 2010 r. zadeklarowało, że jada je codziennie³⁸, to jednocześnie o podobny odsetek (8,4%) spadła liczba osób, które rzadko³⁹ jedzą rano swój pierwszy posiłek. Dużą pozytywną różnicę widać w liczbie osób, które na pytanie „Jak często jesz śniadania przed wyjściem do szkoły?” odpowiedziały „Nigdy”. W 2010 r. co trzeci badany zaznaczył taką odpowiedź (33,8%). Natomiast w 2015 r. co dziesiąty (10,0%). Oznacza to, że **ponad dwadzieścia procent mniej młodzieży popelnia podstawowy błąd żywieniowy, jakim jest niejedzenie śniadania.**

W 2010 r. na pytanie o jedzenie obiadów w szkole twierdząco odpowiedziało tylko 25,4% uczniów. Niestety w 2015 r. liczba pozytywnych odpowiedzi była prawie dwukrotnie mniejsza (13,3%). Spadek zainteresowania posiłkami w stołówce szkolnej przełożył się ostatecznie na decyzję o likwidacji stołówki szkolnej od września 2016 r.

W 2010 r. na podstawie tych wyników zakładano dwie dość pesymistyczne możliwości. Jedną z nich było to, że spora część uczniów podczas długiego pobytu w szkole nie jada nic. Drugą, bardziej prawdopodobną, było to, że źródłem posiłków uczniów jest sklepik szkolny, w którym trudno było doszukiwać się jedzenia określanego mianem zdrowego. Tym bardziej, że większość młodzieży była zadowolona z oferty sklepiku szkolnego – 72,8%, W dodatku, gdyby była taka moż-

³⁸ Spadek z 38,9% na 31,1%.

³⁹ Spadek z 27,3 do 18,9%.

liwość, część młodzieży wyrażała chęć zakupu kebabów i dań typu KFC (od 1,6% do 4,8%). Jednocześnie 35,5% uczniów chciała zwiększenia asortymentu sklepiku o owoce.

Na podstawie deklarowanego przez uczniów w 2015 r. zadowolenia z oferty sklepiku szkolnego można przyjąć, że aktualnie bardziej prawdopodobna jest pierwsza możliwość. W porównaniu z wynikami sprzed pięciu lat zaledwie jedna trzecia uczniów była zadowolona z oferty sklepiku. Przyczyną może być zmiana asortymentu, która wynika z dostosowania do wprowadzonego w roku szkolnym 2015/2016 zakazu sprzedaży w sklepiku szkolnym niezdrowej żywności (m.in. słodczy, chipsów itd.), a nie z dostosowania do potrzeb⁴⁰ uczniów. Potwierdzeniem tych przypuszczeń może być 8,9% uczniów, którzy z chęcią kupiliby w sklepiku szkolnym coca colę, gdyby nadal była taka możliwość. Jednocześnie liczba uczniów, którzy chcieliby, żeby w sklepiku było więcej owoców (15,6%), warzyw (4,4%) i soków przygotowywanych na miejscu (5,6%) – to pozytywne sygnały od młodzieży. Niestety sygnalizowane tym samym owocowo-warzywne braki w „zdrowych” od 1 września 2015 roku sklepikach szkolnych może świadczyć o tym, że **ich oferta nie jest w pełni dostosowana do obowiązujących przepisów i kształtujących się na nowo potrzeb uczniów.**

Przytoczone powyżej wyniki badań prowadzą do smutnych wniosków o odżywianiu się młodzieży. Potrzeba wielu lat, aby w tym zakresie w polskim społeczeństwie nastąpiła zmiana na lepsze. Główną rolę w kreowaniu postaw i zmiany nawyków żywieniowych Polaków mogą pełnić szkoły, które poprzez odpowiednie działania skierowane w stronę młodzieży kształtują i wychowują. Tylko rzeczywiste działania w tym zakresie w połączeniu z szeregiem rozwiązań systemowych mogą przynieść pozytywne efekty w zakresie odżywiania się dzieci i młodzieży. Pierwszy poważny krok w postaci wspomnianego zakazu sprzedaży niezdrowej żywności został podjęty. Pytanie czy decydenci, pod wpływem opinii publicznej i medialnej krytyki wprowadzanej zmiany nie wycofają ze swoich decyzji dotyczących wprowadzonej zmiany.

⁴⁰ Takich jak kebaby i fast foody.

Aktywność fizyczna młodzieży wczoraj i dziś

Kolejnym wskaźnikiem stanu zdrowia młodzieży w Polsce jest jej aktywność fizyczna. Według Instytutu Żywności i Żywienia (IZZ)⁴¹ aktywność fizyczną powinno się podejmować codziennie (dla młodzieży to minimum 60 minut dziennie). Wpływa ona pozytywnie na kondycję fizyczną, sprawność umysłową i postawę ciała. „W sposób niepodważalny wykazano, że aktywność fizyczna ma duże znaczenie w prewencji pierwotnej nadwagi i otyłości oraz chorób niezakaźnych. Bycie aktywnym fizycznie może zredukować ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia nawet do 50%. Zwiększenie wydatku energii związanego z aktywnością fizyczną o 1000 kcal/tydzień zmniejsza ryzyko zgonu z wszystkich przyczyn od 20 do 30%”⁴².

Dla porównania – około jedna czwarta młodzieży (24,2%) objęta w 2014 r. badaniem HBSC podejmowała aktywność fizyczną, w zalecanej ilości czasu (> 60 minut dziennie) i jest to ponad 4% więcej niż w 2010 r. Nie zmieniła się liczba młodzieży (16,2-16,3%), która podejmuje taką aktywność 1-2 razy w tygodniu⁴³.

Wyniki powyżej przytaczanych ogólnopolskich badań mogą być podstawą interpretacji odpowiedzi otrzymanych w 2010 i 2015 r. od młodzieży z siedleckiej szkoły ponadgimnazjalnej.

W 2010 r. w 77,2% uczniów z Siedlec oceniało swoją sprawność fizyczną jako dobrą i bardzo dobrą, 15,2% jako zadowalającą. Na podkreślenie zasługuje fakt, że zdecydowana większość (92,5%) uważała, że duży lub bardzo duży wpływ na stan zdrowia człowieka ma organizacja i sposób spędzania czasu wolnego. Więcej niż 6 godzin w tygodniu na aktywność fizyczną w czasie wolnym poświęcało 20,3% uczniów, 4-6 godz./tyg. – 15,2% uczniów, a 2-3 godz./tyg. – 37,2%. Mniej niż jedną godzinę poświęcało 23,7% badanych, 10,1% nie podejmowało jakiegokolwiek aktywności ruchowej. W czasie wolnym młodzież poświęcała na aktywność fizyczną średnio 4,2 godziny w tygodniu.

⁴¹ *Komentarz do Piramidy Zdrowego Żywienia...*, dz. cyt.

⁴² Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym Moduł I Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym Poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej Pol-Health na lata 2007-2011, s. 13. [w]: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_10062010.pdf.

⁴³ Za: J. Mazur (red.): *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle...*, dz. cyt., s. 121.

W 2015 r. jedna trzecia uczniów mniej niż w 2010 r. oceniła swoją sprawność fizyczną jako dobrą i bardzo dobrą (50%). Ponad dwukrotnie (do 35,6%) wzrosła liczba uczniów, którzy wystawili swojej sprawności fizycznej ocenę zadowalającą. Mimo, że o kilka punktów procentowych mniejsza to nadal zdecydowana większość uczniów (85,6%) uważała, że duży lub bardzo duży wpływ na stan zdrowia człowieka ma organizacja i sposób spędzania czasu wolnego. Właśnie w czasie wolnym aktywność fizyczną 6 razy w tygodniu lub częściej podejmował co dwudziesty uczeń, a co szósty (16,7%) 4-5 razy w tygodniu. Prawie co czwarty (24,4%) robił tak 2-3 w tygodniu, a co piąty 1 raz w tygodniu. Rzadziej niż raz w tygodniu w taki sposób czas wolny spędzał co czwarty uczeń (27,7%), ale nigdy więcej niż co 20 uczeń (6,7%). Jedna trzecia uczniów deklarowała, że na ruch i wysiłek w czasie wolnym od zajęć poświęca 60 lub więcej minut.

Niestety, podobnie jak w przypadku odżywiania świadomość młodzieży o pozytywnym wpływie ruchu na zdrowie rzadko pokrywa się z działaniami. Według⁴⁴ GIS trzy piąte uczniów w 2009 r. jako swój wysiłek wymieniło lekcje wychowania fizycznego (WF) oraz dojście do szkoły. Za ledwie u połowy wysiłek ten był związany dodatkowo z grami i zabawami oraz sportem – jedna trzecia twierdzi, że uprawia jakąś dyscyplinę sportową (najpopularniejsze to piłka nożna, piłka siatkowa oraz pływanie). Prawie wszyscy (96%) badani uczestniczyli w zajęciach WF. Połowa przypadków nieuczestniczenia w zajęciach wynikała z długoterminowych zwolnień lekarskich najczęściej z powodu chorób układu kostnego, oddechowego i krążenia oraz alergii i niepełnosprawności. Ponadto uczniowie jako przyczynę niećwiczenia podawali brak chęci, brak lekcji, brak stroju i złe relacje z nauczycielem. Większość dzieci objętych tym badaniem było zadowolonych ze swojej aktywności fizycznej, a osoby niezadowolone jako główną przyczynę podawały brak czasu i warunków.

Dla porównania w 2010 r. jazda na rowerze była najczęściej wybieraną formą aktywności ruchowej w czasie wolnym przez uczniów z siedleckiej szkoły, deklarowało tak 61% z nich. W piłkę nożną grało 33,8% młodzieży, tańczyło 32,2%, a 25,4% ćwiczyło na siłowni. Bieganie uprawiało 22%. Wyniki badań z 2015 r. pokazały, że wśród mło-

⁴⁴ *Raport z analizy danych ankietowych pochodzących z badania zwyczajów żywieniowych i zdrowotnych młodzieży w gimnazjach*, GIS, Warszawa 2009, s. 32, 41, 54, 71-72, 82.

dzieży z tej szkoły od lat nie zmiennie najczęściej wybieraną formą aktywności ruchowej jest jazda na rowerze. Piłka siatkowa z wynikiem 35,6% zastąpiła piłkę nożną, którą wskazało 6,8% mniej uczniów i która spadła na czwartą pozycję. Awans w tym swoistym rankingu odnotowało bieganie, które uplasowało się na trzeciej pozycji, ponieważ wskazało je 9% uczniów więcej. Taniec odnotował natomiast 10,1% straty i spadł na szóste miejsce. Powyższe zestawienie pokazuje dynamikę zmian w preferencjach sportowych młodzieży. Daje się zauważyć **wzrost popularności sportów indywidualnych o charakterze wytrzymałościowym**. Pokrywa się to z ogólnopolskim trendem wyrażonym w liczbie amatorskich imprez sportowych organizowanych w tych dyscyplinach i liczbie ich uczestników.

Ten kierunek wydaje się potwierdzać zestawienie wyników dotyczących form organizacyjnych, w których uczniowie z tej szkoły podejmowali i podejmują aktywność fizyczną. W 2010 r. najczęściej była to grupa rówieśnicza (49,1%) przed indywidualną aktywnością (32,2%). Ta druga w 2015 r. została wskazana przez ponad połowę badanych i jest obecnie najpopularniejsza. Grupa rówieśnicza odnotowała lekką około 6% stratę i jest drugą najczęściej wybieraną formą organizacyjną aktywności ruchowej. Klub sportowy nadal jest na trzecim miejscu w tej klasyfikacji. Jednak wskazało go o ponad 6% mniej uczniów. Przy wyniku 15,2% sprzed pięciu lat oznacza to mniej niż 9% popularność. Do głębokiej refleksji powinien skłonić nauczycieli, dyrektorów i władze miejskie **dalszy spadek zainteresowania zajęciami pozalekcyjnymi**, które już wcześniej były mało popularne. Spadek, który odnotowała ta forma organizacyjna na przestrzeni pięciu lat wyniósł ponad 7% i (z 11,8% na zaledwie 4,4%).

Niezmiennie od lat na podejmowanie aktywności fizycznej i wybór jej rodzaju przez młodzież największy wpływ mają oni sami, a minimalny rodzice i nauczyciele wychowania fizycznego⁴⁵.

O kilka punktów procentowych spadła⁴⁶ liczba uczniów, którzy uważają, że lekcje wychowania fizycznego mają pozytywny wpływ na stan zdrowia. Mimo to nadal uważa tak trzy czwarte badanych. Jedno-

⁴⁵ W 2010 roku wskazało na siebie 84,5%, a w 2015 roku 77,8%, w analogicznych okresach na rodziców 3,3% i 2,2%, a na nauczycieli 1,6% i 5,6%, co oznacza minimalny wzrost w przypadku tych ostatnich.

⁴⁶ Z 81,3% na 74,9%.

częściej o połowę zmniejszyła się⁴⁷ ilość uczniów deklarujących, że uczestniczy w każdych lub prawie każdych zajęciach WF. W 2015 roku był to mniej niż co drugi uczeń. Niezmiennie na poziomie 3,3% utrzymuje się liczba uczniów, którzy w ogóle nie uczestniczą w lekcji WF z powodu choroby. Ponad dwukrotnie wzrosła liczba uczniów ćwiczących na WF raz w tygodniu (z 3,3% na 7,8%) lub raz na dwa tygodnie (z 3,3% na 8,9). Alarmujący jest natomiast **siedmiokrotny wzrost liczby uczniów, którzy deklarowali, że uczestniczą w lekcji WF raz w miesiącu lub rzadziej**⁴⁸. W 2010 roku był to ledwie co dwudziesty ankietowany, a w 2015 r. był to już prawie co czwarty z nich.

Powyższe dane wskazują na ciągłą aktualność wniosków na temat wychowania fizycznego i sportu młodzieży, opublikowane w 2010 roku przez NIK na podstawie kontroli przeprowadzonej w mazowieckich szkołach w roku 2009.⁴⁹ Nadal spada systematyczność aktywnego uczestnictwa w zajęciach WF, które cieszy coraz mniejszym zainteresowaniem. W połączeniu z brakiem aktywności fizycznej w czasie wolnym nie pozostaje to bez wpływu na stan zdrowia polskich dzieci i młodzieży (m.in. poziom nadwagi i otyłości oraz częstotliwość występowania wad postawy). Aby zmniejszyć negatywne skutki w zakresie aktywności i sprawności fizycznej dla zdrowia dzieci i młodzieży, podstawowym celem w sferze organizacyjnej powinna być likwidacja niedociągnięć i błędów rozpoznanych przez NIK. Jest to możliwe poprzez pełną realizację przez polskie szkoły wszystkich zaleceń pokontrolnych⁵⁰.

Otyłość i nadwaga wczoraj i dziś

Najbardziej nagłośniony medialnie i znajdujący się w centrum uwagi osób i instytucji zajmujących się i odpowiedzialnych za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli jest stale rosnący poziom otyłości i nad-

⁴⁷ Z 83,3 na 41,1%.

⁴⁸ W 2010 r. 3,3% wskazało na uczestnictwo w zajęciach raz w miesiącu lub raz na 1-3 miesiące. W 2015 r. było to odpowiednio 22,2% i 23,3%.

⁴⁹ *Informacja o wynikach kontroli Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych*, NIK, Warszawa 2010, s. 29-31, przyczyny i zalecenia NIK przytoczone zostały w artykule stanowiącym podstawę niniejszej analizy: S. Maciołek, *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, [w]: *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce...*, dz. cyt., s. 181-226.

⁵⁰ Szerzej przytoczone i omówione przyczyny i zalecenia wskazywane przez NIK: Tamże, s.181-226.

wagi u dzieci i młodzieży. Analiza wyników różnorodnych badań z wielu lat potwierdza tezę, że problem, który obecnie nazywany jest przez WHO epidemią, czyli zjawisko otyłości rośnie wręcz wprost proporcjonalnie do rozwoju cywilizacyjnego (rozwój medycyny i technologii oraz wynikający z nich wygodny tryb życia).

Według WHO z otyłością i nadwagą żyje na świecie ponad 1,5 mld dorosłych i 43 mln dzieci do 5 r. życia. Otyłość znajduje się na piątym miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia i życia ludzi. To przyczyna rozwoju cukrzycy (otyłość jest przyczyną 44% wszystkich przypadków), chorób układu krążenia (przede wszystkich chorób serca i udarów mózgu – głównych przyczyn śmierci w 2008 r., 23% przypadków choroby niedokrwiennej serca rozwija się z powodu otyłości) i układu mięśniowo-szkieletowego (głównie choroby zwyrodnieniowej stawów) oraz niektórych rodzajów nowotworów (macicy, piersi i jelita grubego). U dzieci oprócz konsekwencji w życiu dorosłym (otyłość, przedwczesne zgony i niepełnosprawność) otyłość powoduje trudności z oddychaniem, większe ryzyko złamań, nadciśnienie tętnicze, wczesne markery choroby układu krążenia, oporność na insulinę i skutki psychologiczne, tj. niska samoocena, depresja, rozwój anoreksji⁵¹ i bulimii⁵². Nadwaga i otyłość są określane jako nieprawidłowe lub nadmierne gromadzenie tłuszczu, które może niekorzystnie wpływać na zdrowie. Podstawową przyczyną otyłości i nadwagi jest brak równowagi energetycznej między ilością spożywanych i wydatkowanych kalorii. Na całym świecie spowodowane jest to głównie spożywaniem wysokoenergetycznej żywności z dużą zawartością tłuszczów, soli i cukrów prostych, a małą witamin i minerałów w połączeniu z coraz bardziej siedzącym trybem życia, wynikającym z globalnych zmian w charakterze wykonywanej pracy, używanych środków transportu (częściej samochód, prawie wcale rower lub spacer), sposobów spędzania wolnego czasu (TV,

⁵¹ Zaburzenie odżywiania polegające na celowej utracie wagi wywołanej i podtrzymywanej przez osobę chorą z powodu zaburzonego obrazu własnego ciała, przez co chory wyznacza sobie niski limit wagi, cechuje się ono szybko postępującym wyniszczeniem organizmu, które pozostawia często już nieodwracalne zmiany; nieleczone prowadzi do śmierci w około 10% przypadków, największe zagrożenie zachorowaniem dotyczy wieku między 14 a 18 rokiem życia.

⁵² Zaburzenie odżywiania charakteryzujące się napadami objadania się, po których występują zachowania kompensacyjne m.in.: wywoływanie wymiotów, głodówki, użycie diuretyków, środków przeczyszczających, wykonywanie lewatyw, nadmierne ćwiczenia fizyczne.

komputer). Do klasyfikacji nadwagi i otyłości powszechnie stosowany jest wskaźnik masy ciała (BMI). Przedstawia on stosunek masy ciała do wzrostu. Oblicza się go poprzez podzielenie wagi (kg) przez potęgę wzrostu (w metrach). Współczynnik BMI większy lub równy 25 oznacza nadwagę, a większy lub równy 30 otyłość⁵³.

Właśnie częstotliwość występowania nadwagi i otyłości często jest odzwierciedleniem stanu zdrowia społeczeństwa (w tym młodzieży). Przytaczane i porównywane między sobą pięć lat temu wyniki różnych badań⁵⁴ odzwierciedlały wysoki poziom otyłości i nadwagi w polskim społeczeństwie, a w przypadku dzieci i młodzieży dodatkowo stała tendencją wzrostową. Natomiast według ostatnich badań HBSC z 2014 r. nadwaga i otyłość występowały u 14,8% ankietowanych uczniów. To spory spadek w porównaniu z 17% otrzymanymi w 2010 r. Przy zastosowaniu tych samych kryteriów wskazuje to na wyhamowanie obserwowanego w poprzednich latach wzrostu poziomu nadwagi i otyłości wśród polskich dzieci i młodzieży⁵⁵.

Jednocześnie w ramach tych samych badań odnotowano wzrost niekorzystnej oceny swojej masy ciała. „Odsetek uczniów uważających się za zbyt grubych zwiększył się o 2,8%, a oceniających się jako zbyt szczupłych zmniejszył się odpowiednio o mniej więcej 3 punkty procentowe”⁵⁶.

Interesująco w świetle powyższych wyników wypada siedlecka młodzież. W 2010 r. średni współczynnik BMI w 2010 r. wyniósł 20,6 (20,2 wśród dziewcząt i 21,1 wśród chłopców). Najwyższy BMI u chłopców to 27,7 a najniższy 16,6. U dziewcząt są to odpowiednio 22,7 i 16,2. Natomiast średni współczynnik BMI w 2015 r. wyniósł 21,6 (21,03 wśród dziewcząt i 22,8 wśród chłopców). Najwyższy BMI u chłopców to 29,4 a najniższy 17,5. U dziewcząt są to odpowiednio 33,5 i 16,7. Oznacza to wzrost BMI zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt.

⁵³ Za: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

⁵⁴ M.in. za: *Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym...*, dz. cyt., tabele 1 i 3, s. 10; G. Marciniak (kier.), *Stan zdrowia ludności...*, dz. cyt., s. 32; M. Woźniak, *Informacja prasowa – Walka z kilogramami*, TNS OBOP, październik 2008; J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik, *Wyniki badań HBSC 2010 – raport techniczny, Instytut Matki i Dziecka*, Warszawa 2011, tabele 7.1 i 7.3, s. 88 i 90; Wyniki dwuletniego badania OLAF [w]: <http://www.czd.pl/index.php?id=1107>.

⁵⁵ Za: Mazur J. (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle...*, dz. cyt., s. 108.

⁵⁶ Tamże, s. 113.

czą, które przekłada się na o jeden punkt wyższy średni współczynnik BMI. Na tej podstawie można przyjąć, że średnia waga młodzieży także zwiększyła się na przestrzeni ostatnich lat. Minimalnie wzrosła także liczba badanych, których BMI według norm⁵⁷ WHO oznacza nadwagę. W 2010 roku u czterech chłopców wystąpiła nadwaga (2% wszystkich badanych), w 2015 roku u pięciu (5,5% wszystkich badanych). Natomiast waga wszystkich dziewcząt w 2010 r. była prawidłowa, a BMI oznaczające nadwagę miało w 2015 r. dwie dziewczynki. Oznacza to, że zmiany w siedleckiej szkole nie pokrywają się z trendem zaobserwowanym przez badaczy HBSC. Jednocześnie zmiany nie są na tyle duże, żeby można było mówić o trwałym trendzie wzrostowym. Ciężko przyjąć odwrotne założenie o trendzie wzrostowym. Wydaje się raczej słuszne założenie, że przy nieznacznie większej średniej wadze badanych i minimalnie większej liczbie osób z nadwagą, jej poziom w siedleckiej szkole utrzymuje się na tym samym poziomie.

Na przestrzeni lat nie zmieniło się zadowolenie uczniów z wagi swojego ciała. W latach 2010 i 2015 deklarowało je odpowiednio 49% i 51% badanych. Jednocześnie **o ponad piętnaście procent wzrósł odsetek młodzieży, która chciałaby ważyć mniej** (z 40,6% do 56,7%). **Prawie o dziesięć procent wzrosła liczba uczniów, którzy już w swoim życiu stosowali różnego rodzaju diety** (z 25,5% do 34,4%) lub zamierzają je stosować (z 11,1% do 20%).

Ciekawie wygląda zestawienie tych wyników z raportem HBSC z 2014 r., z jego analizy wynika, że także w skali kraju liczba młodzieży zadowolonych ze swojej wagi nie zmienia się. Niezmiennie 42,2-42,4% myśli, że ich masa ciała jest w sam raz. Jednocześnie to prawie 10% mniej niż zadowolonych z wagi swojego ciała uczniów z Siedlec. Także odsetek młodych ludzi myślących, że są za grubi w porównaniu z liczbą siedleckiej młodzieży, która chciałaby ważyć mniej jest niższy i wynosi 42%⁵⁸. W skali kraju odnotowano też niższy wzrost ilości młodych ludzi, którzy stosowali już dietę (z 17,2 na 23,6%)⁵⁹. Jest on prawie o po-

⁵⁷ http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (dostęp 16.08.2016 r.).

⁵⁸ Wzrost młodzieży, która myśli że jest za gruba wg raportu HBSC wyniósł 2,8%. Wzrost uczniów z siedleckiej szkoły, która chciałaby ważyć mniej wynosi 16,1%. Mimo, że pytania w obu przypadkach były sformułowane inaczej porównanie wyników wydaje się jednak adekwatne: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle...*, dz. cyt., s. 113.

⁵⁹ Tamże, s. 164-165.

łową mniejszy niż w siedleckiej szkole. Także całkowity odsetek osób odchudzających się wynosi prawie 10% mniej w skali kraju.

Podsumowując powyższe wyniki, mimo upływu kilku lat, ponownie należy podkreślić, że jedynymi, sprawdzonymi i skutecznymi sposobami walki z otyłością i nadwagą jest zdrowy styl życia. Wyrobienie wśród młodzieży nawyków w zakresie prawidłowego odżywiania i systematycznie podejmowanej aktywności fizycznej powinno być celem wszystkich odpowiedzialnych za kształcenie i wychowanie. Za jedno z podstawowych zadań należy nadal uważać m.in. pełną realizację zaleceń NIK dotyczącą wychowania fizycznego i sportu w szkołach. Ponadto warto rozważyć zwiększenie liczby zajęć wychowania fizycznego powyżej wymiaru jednej godziny dziennie. Ciągłe ważnym elementem walki z otyłością powinna być zakrojona na szeroką skalę edukacja w zakresie zdrowego jedzenia. Niezwykle ważne jest, aby edukacją objęci byli rodzice, ponieważ oni mają największy wpływ na zdrowie dzieci. Za słuszny należy uznać wprowadzony od września 2015 r. zakaz sprzedaży niezdrowej żywności⁶⁰ w sklepikach szkolnych. Realizacja tych działań nie będzie możliwa bez wsparcia państwa, w przeciwnym razie polskie społeczeństwo przegra walkę z nadwagą i otyłością.

Podjęcie wyżej opisanych w sumie prostych działań i skuteczna ich realizacja powinna przynieść pozytywne efekty w walce z nadwagą i otyłością, nie tylko w wymiarze stanu zdrowia dzieci i młodzieży, ale także finansowym państwa polskiego. Cenę za zły stan zdrowia osób otyłych ponosi całe społeczeństwo. Już w 2010 roku szacowano, że Polska rocznie wydaje 20 mld na leczenie chorób związanych z nadwagą, a 40% całego rynku leków stanowią te stosowane w zwalczaniu jej skutków⁶¹.

Wady postawy wczoraj i dziś

Kolejnym po częstotliwości występowania nadwagi i otyłości wskaźnikiem charakteryzującym stan zdrowia polskiej młodzieży są jej wady postawy⁶². Najczęściej występujące to w kolejności: plecy okrą-

⁶⁰ Czyli wysoko przetworzonej o dużej kaloryczności, zawierającej za dużo soli, cukru i tłuszczów trans.

⁶¹ Za: K. Świerczyńska, *Polak wagi ciężkiej*, „Wprost” nr 30/2010, s. 53.

⁶² Zmiany wyprostnej, swobodnej pozycji ciała, które zdecydowanie różnią się od ukształtowań typowych dla danej płci, wieku, budowy konstytucjonalnej rasy oraz są

głę⁶³, plecy wklęsłe⁶⁴, plecy okrągło-wklęsłe, plecy płaskie⁶⁵, skoliozy, wady klatki piersiowej, odchylenia w ustawieniu głowy i szyi, wadliwe ułożenie łopatek, wady kończyn dolnych.

W przeprowadzonych wiosną 2010 r. w Poznaniu badaniach, które objęły 9,4 tys. dzieci u ponad połowy z nich stwierdzono wady postawy. W kolejnym badaniu w tym mieście wyszło, że już 80% gimnazjalistów i licealistów skarży się na bóle kręgosłupa⁶⁶. W efekcie refleksji nad tymi danymi w 2010 r. uczniów siedleckiej szkoły ponadgimnazjalnej zapytano także o ich postawę ciała. Jedna piąta z nich (20,3%) zadeklarowała, że stwierdzono u nich wady postawy. Najczęściej diagnozowaną wadą była skolioza (wśród 10,2% uczniów) przed płaskostopiem (3,3%) i pojedynczymi przypadkami pogłębionej kifozy, pogłębionej lordozy kolana szpotawego. Niestety okazuje się, że po kilku latach **wady postawy u młodzieży są diagnozowane o kilka procent częściej**. Pięć lat później, w 2015 roku, występowanie wad postawy stwierdzono już u ponad jednej czwartej ankietowanych uczniów (28,9%). Nie zmieniają się proporcje występowania poszczególnych wad postawy, mimo że te najpopularniejsze dotyczą większej grupy respondentów. W kolejności są to: skolioza (21,1%), płaskostopie (10,0%), pogłębiona kifoza (6,7%) oraz pojedyncze przypadki pogłębionej lordozy i kolana koślawego.

Wady postawy można łatwo skorygować, ale nieleczone będą prowadzić do poważnych zmian w układzie kostnym. Wadom i ich pogłębianiu sprzyjają błędy popełniane w okresie niemowlęcym⁶⁷ i wieku przedszkolnym⁶⁸. Jednak szczególnie negatywny wpływ na postawę mają nasilające się w wieku szkolnym zachowania takie jak:

- wielogodzinne siedzenie w szkolnej ławce i przy biurku (komputerze) lub przed telewizorem;
- brak ruchu;

wynikiem zmian patologicznych [w]: T. Kasperczyk, *Wady postawy ciała – diagnostyka i leczenie*, Kraków 1998.

⁶³ Pogłębienie kifozy piersiowej.

⁶⁴ Pogłębienie lordozy lędźwiowej.

⁶⁵ Brak fizjologicznych wygięć kręgosłupa.

⁶⁶ E. Cichocka, *Polak mały ze skoliozą, nadwagą i próchnicą*, „Gazeta Wyborcza” nr 284.7102 z dnia 6.12.2010, s. 27.

⁶⁷ Zbyt wczesne pionizowanie i sadzanie oraz długie podtrzymywanie w okresie niemowlęcym.

⁶⁸ Niedopasowane stoliki i krzeselka oraz niewystarczająca ilość ruchu.

- noszone nieprawidłowo i w dodatku zbyt ciężkie torby i plecaki.

Mimo upływu lat ciągle ważną rzeczą przy minimalizowaniu ryzyka występowania wad postawy jest ograniczenie ciężaru noszonych plecaków oraz czasu spędzanego przed komputerem i telewizorem. Trochę zapomnianym, a bardzo ważnym działaniem nauczycieli jest kontrola prawidłowego sposobu noszenia plecaków i przyjmowania prawidłowej postawy podczas siedzenia w ławce szkolnej. W sferze organizacyjnej, także na wyższych poziomach edukacyjnych niż szkoła podstawowa, niezmiennie aktualny pozostaje apel dotyczący:

- realizacji zajęć korekcyjno-kompensacyjnych dla uczniów ze stwierdzonymi wadami lub nimi zagrożonymi;
- powrotu na etaty do szkół lekarzy nieobecnych w nich już od kilkunastu lat.

Nadal niezmiennie istotną rolę w zapobieganiu występowaniu wad postawy spełnia aktywność ruchowa. To najlepsza profilaktyka. Niestety obraz aktywności fizycznej dzieci i młodzieży nie wyglądał i nadal nie wygląda najlepiej.

Próchnica i higiena jamy ustnej

Także wiedza o próchnicy zębowej i dziąseł oraz higieny jamy ustnej u dzieci i młodzieży uzupełnia obraz stanu ich zdrowia. Próchnica to „bakteryjna choroba zakaźna tkanek twardych zęba objawiająca się demineralizacją substancji nieorganicznych i następnie proteolizą substancji organicznych z powodu działania kwasów wytworzonych przez bakterie w płycie nazębnej w wyniku metabolizmu cukrów pochodzenia zewnątrz- i wewnątrzustrojowego”⁶⁹.

Czynniki, które mają decydujący wpływ na powstawanie tej najpopularniejszej choroby na świecie to: bakterie, cukry, indywidualne predyspozycje oraz upływający czas. Skutecznymi metodami przeciwdziałania rozwojowi tej choroby są: zdrowe odżywianie, m.in. unikanie cukrów prostych i skrobi, uzupełnianie związków fluoru, utrzymywanie higieny jamy ustnej poprzez szczotkowanie zębów i języka minimum dwa razy dziennie, systematyczne wizyty u stomatologa w celu badań

⁶⁹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%B3chnica_z%C4%99b%C3%B3w (dostęp 16.08.2016 r.).

kontrolnych i profesjonalnej profilaktyki. WHO szacuje, że od 60% do 90% dzieci i młodzieży na całym świecie ma próchnicę⁷⁰.

Częstość występowania próchnicy w Polsce jest większa niż w innych krajach rozwiniętych. Czynnikiem determinującym jej występowanie jest niski status społeczny i mieszkanie w małych miejscowościach. W ramach powtarzanych co kilka lat badań HBSC pyta się dzieci i młodzież o częstość mycia zębów. W 2014 roku 66% ankietowanych myło zęby częściej niż raz dziennie, a 28,4% jeden raz dziennie. Natomiast 5,6% badanych myło zęby raz w tygodniu lub rzadziej. Badacze nie odnotowali istotnych zmian w porównaniu z 2010 rokiem. Jednocześnie zaobserwowali nieznaczne pogorszenie nawyków u chłopców oraz poprawę wśród starszych dzieci i młodzieży⁷¹.

Częstotliwość mycia zębów wśród młodzieży z siedleckiej szkoły też nie uległa zmianie na przestrzeni kilku lat. W 2010 i 2015 roku około dwie trzecie z nich myło zęby rano i wieczorem. O kilka procent zmniejszyła się liczba osób, które dodatkowo myły zęby po każdym posiłku (z 13,5% na 8,9%). Nadal około piętnaście procent myło zęby tylko rano. Prawie dwukrotnie zmniejszyła się liczba myjących zęby tylko wieczorem (z 8,5% do 4,4%). Ciągłe minimalna liczba uczniów nie myła i nie myje wcale zębów (1,6-2,2%).

Ponadto uczniom zadano kilka innych pytań dotyczących higieny jamy ustnej, stanu uzębienia oraz innych działań profilaktycznych. Regularne comiesięczne wizyty u lekarza stomatologa niezmiennie deklaruje co piąty uczeń (20,3% w 2010 r. i 20% w 2015 r.). Nieregularnie, ale zgodnie z zaleceniami, raz na pół roku gabinet dentystyczny w 2010 r. odwiedzał także co piąty uczeń (22%). W 2015 r. liczba ta wzrosła o 10% i był to już prawie co trzeci badany (32,1%). Analogicznie o 10% spadła liczba uczniów, którzy na spotkanie z dentystą wybierali się raz w roku (z 30,5% do 20%). Trzykrotnie zmalała ilość młodzieży, którzy kontakt ze stomatologiem mieli raz na kilka lat (z 22% do 6,7%). Natomiast dwuipółkrotnie wzrosła liczba w ogóle niechodzących do stomatologa (z 3,3% do 8,9%).

Mimo upływu kilku lat od 2010 do 2015 r. prawie tak samo wyglądały odpowiedzi na pytanie „Kiedy ostatnio byłeś u dentysty?”. Liczba młodzieży, którzy odwiedzili dentystę w ostatnim tygodniu przed

⁷⁰ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/> (dostęp 16.08.2016 r.).

⁷¹ Za: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle...*, dz. cyt., s. 157, 161.

przeprowadzeniem badania w 2010 r. wynosiła 8,4%, a w 2015 – 7,8%. W ostatnim miesiącu przed wypełnieniem ankiety było to odpowiednio 25,4% i 22,2%, pół roku wcześniej – 23,7% i 24,4%, rok wcześniej – 11,8% i 13,3%, kilka lat wcześniej 13,5% i 10%.

Jednocześnie w ciągu pięciu lat całkowicie zmieniły się wyniki dotyczące aktualnej wiedzy o liczbie swoich ubytków w uzębieniu. W 2010 r. nie wiedziało tego 72,8%, a w 2015 roku 37,8%. Spadła także średnia ubytków u uczniów, którzy znali ich liczbę. W 2010 r. były to dwa ubytki, a w 2015 r. niewiele powyżej jednego (1,2). Niezmiennie największa liczba ubytków u jednej osoby wynosiła sześć.

Podsumowując, można uznać za pozytywną zmianę **wzrost liczby uczniów, którzy systematycznie odwiedzają dentystę przy jednoczesnym spadku liczby ubytków w uzębieniu uczniów** oraz dużo mniejszej liczby uczniów, którzy nie znają tej liczby. Z drugiej martwić powinno to, że **nadal więcej niż co trzeci uczeń nie wie czy i ile ma ubytków, a prawie co czwarty z nich myje zęby tylko raz dziennie**. W związku z tym można odnieść wrażenie, że uczeń szkoły ponadgimnazjalnej nadal w tym zakresie jest praktycznie pozostawiony sam sobie. Jego edukacja na temat higieny jamy ustnej kończy się na wcześniejszych etapach kształcenia. Prawdopodobnie ciągle brakuje akcji promocyjnych i profilaktycznych dla tej grupy wiekowej, a jedyna wiedza ucznia pochodzi zazwyczaj z reklam telewizyjnych. W tej sytuacji ponownie należy podkreślić niezwykle istotną rolę rodziców, pielęgniarki szkolnej i wychowawcy, który w ramach godziny wychowawczej może prowadzić lekcje na temat higieny jamy ustnej.

Uzależnienia wczoraj i dziś

Kolejną grupą zagrożeń zdrowia człowieka, które odgrywają istotną rolę w obrazie kultury bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci i młodzieży są wszelkiego rodzaju nałogi i uzależnienia: od hazardu, komputera (Internet i brutalne gry komputerowe) aż do tzw. „esemesomani”. Wszystkie z nich mają bezpośredni lub pośredni wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne. Do najgroźniejszych zaliczyć należy papierosy, alkohol i narkotyki.

Papierosy i nikotynizm

Spośród wielu zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego związanych ze stosowaniem używek bardzo popularne wśród młodzieży jest palenie papierosów, które jest uważane za nałóg równie lub bardziej silny niż alkoholizm i narkomania. Nikotynizm polega na stałym paleniu tytoniu zawierającym wiele trujących składników, w tym silnie uzależniającą nikotynę. Działa ona na ośrodki nagradzania w mózgu, które są odpowiedzialne za odczuwanie przyjemności. Wywołuje ona uzależnienie psychiczne i fizyczne, które objawia się silną potrzebą zapalenia papierosa, a w przypadku odstawienia – występowaniem objawów abstynencyjnych (głód nikotynowy, drażliwość, senność, depresja, niepokój, agresja, problemy z koncentracją, oraz szereg dolegliwości somatycznych).

Według WHO na świecie pali papierosy 1,1 mld ludzi, każdego roku z tego powodu umiera 5 mln osób (1 osoba co 6 sekund) oraz 600 tys. tzw. „biernych” palaczy z powodu różnych chorób rozwijających się w wyniku wdychania dymu tytoniowego. Z raportu WHO z 2009 r. wynika, że w Polsce pali ok. 9 mln osób, w tym 29% wszystkich dorosłych Polaków (od 15 r. ż.) oraz 18,6% dzieci w wieku 13-15 lat⁷². Wszystkie przytaczane w opublikowanym pięć lat temu artykule wyniki badań⁷³ wskazują, że palenie tytoniu i uzależnienie od nikotyny oraz jej skutki to w Polsce prawdziwa katastrofa, w przypadku dzieci i młodzieży to epidemia. Palenie jest zjawiskiem negatywnym dla jednostki (zdrowie, wydatki), a także całego społeczeństwa. Z wyżej wymienionych powodów niezwykle istotnego znaczenia nabiera walka z tym nałogiem, a dzieci i młodzież są najważniejszą grupą, którą należy chronić przed uzależnieniem i jego skutkami.

„Konsekwencje palenia tytoniu zależą od jego długości i intensywności, zarówno pierwszy, jak i drugi czynnik jest brany pod uwagę

⁷² WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009 – Implementary smoke-free environments, Francja, WHO 2009, s. 382.

⁷³ *Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i Zadania na lata 2010-2013*, Warszawa 2009, s. 5; A. Krzyżanowska, C. Głogowski, *Nikotynizm na świecie. Następstwa ekonomiczne*, „Przewodnik Lekarza” 3/2004, s. 98-99; *Raport końcowy z badania „Konsumpcja Substancji Psychoaktywnych przez Młodzież Szkolną – Młodzież 2008”*, CBOS, Warszawa 2008, s. 8-10; <http://palenie.esculap.pl/polska.htm>.

w diagnostyce uzależnienia od nikotyny. W przypadku młodzieży może dochodzić do rozwoju uzależnienia w krótszym czasie i przy znacznie niższych dawkach nikotyny. Wyniki badań wykazują, że wczesna inicjacja nikotynowa zwiększa ryzyko palenia tytoniu w przyszłości i wykazuje związek z podejmowaniem przez młodzież innych zachowań niekorzystnych dla zdrowia. Jako element profilaktyki podejmowane są działania mające na celu opóźnianie wieku inicjacji tytoniowej, a w przypadku osób palących – pomoc w rzuceniu palenia lub ograniczeniu liczby wypalanych papierosów. Śledzenie trendów palenia tytoniu w Polsce i na świecie umożliwia ocenę skuteczności prowadzonych działań z zakresu profilaktyki antynikotynowej na różnych jej poziomach. Badanie zależności pomiędzy paleniem tytoniu a wybranymi czynnikami (też socjoekonomicznymi) pozwala z kolei lepiej ukierunkować działania zapobiegawcze. [...] Wskaźniki palenia tytoniu w opracowaniach dotyczących palenia tytoniu stosuje się różne wskaźniki, między innymi wiek inicjacji nikotynowej, częstotliwość palenia, liczbę wypalanych papierosów, objawy uzależnienia od nikotyny⁷⁴.

Palenie papierosów przez dzieci i młodzież od lat jest przedmiotem badań cytowanych powyżej naukowców prowadzących badania HBSC. Spośród objętych tymi badaniami osób w wieku 11-15 lat w roku szkolnym 2013/2014 paliło 12,3%, z tego trzy czwarte (8,1%) regularnie⁷⁵. Ponadto co czwarty badany (26,4%) palił co najmniej jeden raz w życiu papierosy. Wyniki te nie różnią się istotnie w porównaniu z danymi uzyskanymi w 2010 roku.

Także pomiędzy uczniami siedleckiej szkoły ponadgimnazjalnej, którzy wypełniali ankiety w 2010 i 2015 roku występują niewielkie różnice. Wśród uczniów z siedleckiej szkoły ponadgimnazjalnej w 2010 r. regularne palenie deklarowało 15,2% uczniów, a w 2015 r. 1,5% więcej. Taka sama liczba (45%) zapaliła przynajmniej raz w życiu. Deklarujący palenie używali tak samo średnio 9 papierosów dziennie. Natomiast **spadła o 7% liczba uczniów, którzy deklarowali niepalenie papierosów** (z 78% do 71%).

W przypadku walki z nałogiem nikotynowym nawet najlepsze programy profilaktyki i doskonałe regulaminy oraz monitoring nie zdadzą egzaminu w momencie, gdy np. nauczyciele i inni pracownicy szko-

⁷⁴ J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle...*, dz. cyt., s. 169-170.

⁷⁵ Co najmniej raz w tygodniu.

ły nie będą aktywnie podejmować działań zmniejszających palenie wśród młodzieży. Do najważniejszych, jednocześnie prostych i niestety ciągle zazwyczaj niepodjęmowanych działań należą m.in.:

- własny przykład, czyli niepalenie;
- systematyczna kontrola w trakcie dyżurów łazienek i szatni w szkole oraz miejsc w najbliższej okolicy, gdzie młodzież często pali papierosy;
- niewypuszczanie młodzieży poza teren szkoły w trakcie przerw lekcyjnych;
- w przypadku osób palących w pobliżu szkoły informowanie Policji lub Straży Miejskiej o łamaniu przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz zwracanie takim osobom uwagi. Niestety ciągle regularny jest widok młodych ludzi palących pod głównym wejściem budynku szkolnego, a po upływie kilku lat można odnieść wrażenie, że jest ich więcej.

Dlatego ponownie należy podkreślić rolę nauczycieli i pozostałych pracowników szkoły w walce z nikotynizacją młodzieży.

Alkohol

Równie niebezpieczne i bardziej popularne niż palenie jest wśród młodzieży spożywanie alkoholu, który jest środkiem odurzającym silnie wpływającym na psychikę, funkcjonowanie organizmu i zachowania człowieka. Szacuje się, że alkohol jest przyczyną rozwoju ponad 60 różnych chorób i zajmuje trzecie miejsce za paleniem i nadciśnieniem tętniczym. Długotrwałe i nadmierne spożycie prowadzi do rozwoju alkoholizmu – choroby, która jest nieuleczalna. Jedyny sposób na zatrzymanie rozwoju i zmniejszenie ryzyka utraty życia i zdrowia z jej powodu to całkowita abstynencja oraz nauka unikania nawrotów picia. W każdej kolejnej fazie uzależnienia umacniają się mechanizmy utrudniające walkę z nałogiem oraz coraz bardziej widoczny jest jego destrukcyjny wpływ na różne sfery życia człowieka (życie towarzyskie i rodzinne, pracę oraz stan zdrowia). Nie istnieje ustalona nominalna dawka alkoholu, która wywołuje uzależnienie, dla każdej osoby jest ona inna.

Według WHO alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu. Alkohol działa szkodliwie na niemal wszystkie tkanki i narządy. Szacuje się, że jego spoży-

cie jest przyczyną od 20% do 50% wszystkich przypadków marskości wątroby, padaczki, zatruc, wypadków drogowych, przemocy i różnych rodzajów raka. Alkohol przyczynia się do traumatycznych efektów, które zabijają lub wyłączają ze społeczeństwa osoby w młodym wieku, prowadzi do utraty wielu lat życia, śmierci i niepełnosprawności. Szacuje się, że 55% ludności na ziemi konsumuje alkohol, a każdego roku z tego powodu umiera 2,5 mln osób – (4% wszystkich zgonów na świecie). Średnie spożycie na świecie wynosi rocznie 6,13 litra czystego alkoholu na osobę. W Europie, która jest pod tym względem negatywnym liderem, średnie spożycie wynosi 12,18 litra. Alkohol wysokoprocentowy (wódka, spirytus) stanowi 45,7% ogólnego spożycia, piwo 36,3%, wino 8,6%⁷⁶.

Według danych przedstawionych w raporcie z badań HBSC z 2014 r. „co piąty nastolatek w wieku 11-15 lat upił się co najmniej 1 raz w życiu, a 6,4% pije alkohol w każdym tygodniu. Jedna trzecia młodzieży po raz pierwszy sięgnęła po alkohol, mając 13 lat lub mniej, a prawie co dziesiąty nastolatek pierwszy raz upił się w tym wieku. Wskaźniki picia i upijania się wyraźnie pogarszają się z wiekiem. Picie alkoholu w każdym tygodniu częściej dotyczy chłopców niż dziewcząt we wszystkich grupach wiekowych. Piwo od wielu lat pozostaje najczęściej spożywanym przez młodzież napojem alkoholowym. W ostatnich czterech latach spadła częstość picia alkoholu i upijania się, a inicjacja alkoholowa następuje coraz później. Korzystniejsze zmiany obserwuje się w populacji chłopców; dziewczęta upijają się częściej i w coraz młodszym wieku. Z kolei pozytywne zmiany wyrażają się coraz powszechniejszą postawą abstynencką wśród młodzieży. Częste oraz wcześniejsze upijanie się jest silnie związane ze strukturą rodziny, wychowywaniem przez samotnego rodzica lub w rodzinie zrekonstruowanej. Zagrożenie alkoholem wzrasta w środowisku małych miast, gdzie częściej pije młodzież 15-letnia oraz wcześniej zaczynają upijać się dziewczęta. Z kolei środowisko wiejskie chroni dziewczęta przed powtarzającymi się epizodami upijania się”⁷⁷.

Zacytowane powyżej podsumowanie ogólnopolskich badań może posłużyć za podstawę analizy wyników uzyskanych w siedleckiej szkole w 2010 i 2015 roku i różnic występujących między nimi. Także w przy-

⁷⁶ *Global status report on alcohol and health*, Szwajcaria, WHO 2011, s. 4-6, 20.

⁷⁷ J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle...*, dz. cyt., s. 186.

padku tych badań można zaobserwować korzystniejsze zmiany dotyczące liczby młodych osób, które już piły alkohol czy częstotliwości picia przez nie alkoholu. Mimo, że przez kilka lat nie zmienił się średni wiek inicjacji alkoholowej (13 lat) to **o jedną piątą spadła liczba uczniów, którzy deklarowali że pili już alkohol** (z 86,4% do 66,7%). Mimo niewielkiego wzrostu osób, które uważają, że piją alkohol często (z 6,8% do 10%), **częstotliwość picia alkoholu przez uczniów spadła z trzech do dwóch razy w miesiącu**. Odnotowano także minimalny spadek liczby osób, które zadeklarowały, że lubią alkohol (z 13,6% do 10%). Mimo kilkuprocentowych różnic między wynikami otrzymanymi w trakcie obu badań na podium rankingu miejsc, gdzie młodzieży zdarza się pić alkohol nadal znajdują się dom, znajomi i dyskoteka. W przypadku tej ostatniej w 2015 roku wskazało ją o połowę mniej badanych (4,4% zamiast 10%), natomiast dom wskazało o połowę więcej nastolatków (15,3% zamiast 10%), a znajomych dwa razy więcej (13,6% zamiast 6,7%). W 2015 roku **25% uczniów mniej wskazała alkohol, który smakuje im najbardziej** (44,4% zamiast 69,5%). Ciągle jednak najsmaczniejsze dla siedleckiej młodzieży jest piwo. W 2010 roku wskazał je co trzeci badany (33,9%), a w 2015 roku – co czwarty (26,7%). Niezmiennie nie było osoby, która uważałaby, że jest uzależniona od alkoholu.

Podsumowując, można stwierdzić, że wyniki z raportu HBSC i badań w Siedlcach mogą napawać optymizmem. Może ciężko mówić w tym przypadku o stałym trendzie, natomiast procentowe spadki poszczególnych wskaźników mogą wskazywać na mniejszą popularności alkoholu. Należy mieć nadzieję, że nie na skutek wzrostu popularności innych używek. Jednocześnie mimo pewnych pozytywów, ciągle należy poważnie traktować to, że dwie trzecie uczniów szkoły ponadgimnazjalnej piło już alkohol, co dziesiąty z nich uważa, że pije często, a prawie połowa potrafi wskazać ulubiony rodzaj alkoholu. Ważnym sygnałem jest także rosnąca liczba młodzieży pijącej w swoim domu lub u znajomych.

Podobnie jak w przypadku papierosów, aby walka ze zjawiskiem picia alkoholu przez młodzież i jego skutkami była efektywna, szkoły muszą realizować dostosowany do potrzeb szkolny program profilaktyki i uczestniczyć w ogólnopolskich programach profilaktycznych, a efekty wszystkich działań muszą podlegać ewaluacji. Oprócz formalnych działań ciągle najistotniejsze w skutecznej profilaktyce wydaje się podejście do problemu kadry szkoły.

Narkotyki

Do najgroźniejszych uzależnień zaliczyć należy stosowanie substancji psychotropowych i środków odurzających, czyli wszystkich substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działające na ośrodkowy układ nerwowy⁷⁸. Charakteryzują się one możliwością wywołania stanu przyzwyczajenia, a wręcz przymusu dalszego używania i niosą ryzyko powstania zależności psychicznej oraz zależności fizycznej. Przy uzależnieniu ich odstawienie wywołuje objawy zespołu abstynencyjnego. Znamioną cechą jest występowanie zjawiska tolerancji – organizm przyzwyczaja się do stosowanych dawek i w celu uzyskania takich samych efektów wymagane jest systematyczne zwiększanie ilości zażywanego narkotyku. W aspekcie społecznym występuje zjawisko uzależnienia środowiskowego, obejmującego całą paletę sytuacji i zachowań spowodowanych przez zdobywanie i stosowanie narkotyków. „Uzależnienie od substancji psychoaktywnych rodzi szereg problemów zdrowotnych dla człowieka. Mogą być to m.in. śmiertelne zatrucia (przedawkowania), ostre i przewlekłe zaburzenia psychiczne, zaburzenia funkcjonowania poszczególnych narządów lub całego organizmu. Wszystko to prowadzi do obniżenia jakości życia i jego skrócenia. Uzależnienia są przyczyną niebagatelných szkód społecznych. Na poziomie funkcjonowania rodziny prowadzą do poważnych problemów natury emocjonalnej i ekonomicznej. Na poziomie społeczeństw prowadzą do rosnących kosztów opieki medycznej, powiększania się grupy osób chorych i niepełnosprawnych. Około 50% wszystkich samobójstw popełnianych jest pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, a do więcej niż połowy śmiertelnych wypadków drogowych przyczynia się osłabienie zdolności motorycznych kierowców z powodu alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Rozprzestrzenianie się chorób przenoszonych przez krew, wśród nich HIV/AIDS i wirusowego zapalenia wątroby jest w dużej mierze skutkiem używania narkotyków drogą dożylną substancji psychoaktywnych”⁷⁹.

Według WHO w 2008 r. od 155 do 255 mln ludzi (od 3,5% do 5,7% ludności świata) w wieku 15-64 lat używała substancji psychoak-

⁷⁸ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz. U. 2005 nr 179, poz. 1485 art. 4 pkt 25 i 26.

⁷⁹ G. Wodowski, *Narkotyki i ich używanie*, [w]: *Polityka karna wobec osób używających narkotyki*, Publikacja „Monar na bajzlu”, Kraków 2005, s. 4-5.

tywnych. Najczęściej na świecie stosowane są w kolejności: konopie, amfetaminy, kokainy i opioidy (np. heroina, kodeina, morfina)⁸⁰.

Wszystkie przytaczane w opublikowanym pięć lat temu artykule wyniki badań⁸¹ wskazują, że narkotyki są:

- coraz bardziej popularne w polskim społeczeństwie (także wśród dzieci i młodzieży);
- dość łatwo dostępne;
- przyczyną rosnącej liczby uzależnień i coraz większych problemów z tego wynikających.

Mimo że badania HBSC z 2014 roku nie objęły całej gamy narkotyków i dotyczyły zażywania przez dzieci i młodzież tylko marihuany i haszysz, to dzięki nim można zaobserwować pewien trend Wynika z nich, że prawie co czwarty badany piętnastolatek przynajmniej raz w życiu używał przetworów konopi indyjskich (23,9%), a co dziesiąty palił je w ciągu ostatnich trzydziestu dni. Z raportu wynika, że w porównaniu z wynikami z poprzednich lat to wzrost odpowiednio o trzy i pięć procent. Jednocześnie istotnie wzrósł odsetek dziewcząt, które sięgały po te używki⁸².

Podobny trend rosnący można zaobserwować w siedleckiej szkole ponadgimnazjalnej. Jakikolwiek kontakt z narkotykami w 2010 r. deklarowało 8,5% uczniów, a w 2015 r. już 12,2%. W 2010 r. cztery piąte osób, które stosowały narkotyki to dziewczęta (80%) . W 2015 r. proporcje się odwróciły i trzy czwarte tej grupy stanowili chłopcy (72,4%). W 2010 r. większość osób, która stosowała narkotyki zadeklarowała, że pierwszy raz zrobiła to w wieku 16 lat (93%). Natomiast w 2015 r. tylko część osób, która je stosowała, podała wiek swojej inicjacji i najczęściej było to 15 lat (połowa wskazań). Pozostałe odpowiedzi to pojedyncze wskazania na 16,14,13,11 i 8 rok życia. W deklaracjach na temat kiedykolwiek używanych narkotyków w obu badaniach dominuje marihuana – w 2010 roku było to 80% wskazań , a w 2015 r. – 88,8%. W 2010 roku

⁸⁰ http://www.who.int/substance_abuse/facts/psychoactives/en (dostęp 16.08.2016 r.).

⁸¹ A. Malczewski, B. Bukowska, P. Jabłoński, M. Kidawa, M. Struzik, E. Sokołowska, A. Strzelecka, A. Radomska, D. Chojecki, B. Bajerowska, Ł. Jędruszak, D. Muszyńska, W. Krawczyk, *Raport Krajowy 2009: Sytuacja narkotykowa w Polsce*, Warszawa 2009, *Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, s. 80, tab. 15; *Raport końcowy z badania „Konsumpcja...”, dz. cyt.*, s. 17-27.

⁸² Za: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle...*, dz. cyt., s. 189 i 192.

prawie połowa badanych (49,5%) uważała, że nietrudno jest dostać narkotyki. Jednocześnie 46% była zdania, że nie można ich dostać w szkole. Tylko 2% twierdziło odwrotnie. Dla porównania w 2015 roku jedna piąta uczniów uważała, że narkotyki można kupić na terenie szkoły. Oznacza to dwudziestokrotny wzrost w ciągu pięciu lat. Analizując powyższe dane, widać, **że przez pięć lat:**

- **o kilka procent wzrosła ilość uczniów, którzy już stosowali narkotyki;**
- **zmniejszył się wiek, w którym młodzież pierwszy raz się narkotyzuje;**
- **nie spadła „popularność” marihuany;**
- **narkotyki stały się łatwo dostępne na terenie szkoły.**

Na szkołach ciąży obowiązek podejmowania działań wynikających z Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁸³. Wyrażają się one w realizacji uniwersalnych programów profilaktycznych implementowanych do szkół, a także na opracowaniu, aktualizacji i realizacji Szkolnych Programów Profilaktyki⁸⁴, które powinny zawierać wszystkie treści i opisywać działania o charakterze profilaktycznym przeznaczone dla uczniów, nauczycieli i rodziców. Szkoła jest zobowiązana do monitorowania i okresowego diagnozowania problemów i zagrożeń występujących na terenie szkoły, wczesnego rozpoznawania niedostosowania społecznego uczniów i podejmowania oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych, m.in. przez udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom zagrożonym narkomanią i ich rodzicom, przekazywanie informacji na temat narkotyków i ich szkodliwości.

Ponadto w przypadku stosowania narkotyków lub innych używek nauczyciele, wychowawcy i dyrektorzy są zobligowani do podejmowania działań zgodnie z przepisami prawa⁸⁵. Oczywiście w szkołach po-

⁸³ Ustawa o przeciwdziałaniu..., dz. cyt., art. 5, pkt. 2., par. 1.

⁸⁴ Rozporządzenie w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem, Dz. U. 2003 nr 26 poz. 226, par. 10.

⁸⁵ M.in.: tamże, par. 9; ustawa z 26 września 2000 r o postępowaniu w sprawach nieletnich, Dz. U. 2002 nr 11, poz. 109, art. 4; ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 2007 nr 70 poz. 473, art. 43.1 ust. 1; ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. 1997 nr 89 poz. 555, art. 304.

winny być procedury na wypadek działania w sytuacjach kryzysowych, także takich, jak:

- podejrzenie, że uczeń używa substancji odurzających w celu wprowadzenia się w stan odurzenia;
- uczeń pod wpływem narkotyków na terenie szkoły;
- znalezienie narkotyków na terenie szkoły;
- podejrzenie, że uczeń posiada przy sobie substancję przypominającą narkotyk⁸⁶.

Podkreślić należy rolę „szkolnych” czynników chroniących młodzież przed nałogami, m.in. takich jak:

- negatywny stosunek kolegów i koleżanek do stosowania używek;
- trenerzy i nauczyciele w roli mentora;
- uprawianie sportów indywidualnych (z wyłączeniem sportów walki)⁸⁷.

Wszystkie przedstawione powyżej informacje, wyniki i zalecenia powinny być brane pod uwagę przy wyznaczaniu celów, zadań i priorytetowych działań szkoły m.in. przy opracowywaniu szkolnych programów profilaktyki oraz diagnozowaniu potencjalnych problemów pedagogiczno-wychowawczych u uczniów.

Podsumowanie

Podkreślone rozbieżności, które dotyczą wybranych aspektów poszczególnych zagadnień mają miejsce w dość krótkim przedziale czasowym. Oznaczają one zmiany w kulturze bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży. Często są to subtelne i niejednoznaczne różnice. Przez to nie można zdecydowanie określić kierunku zachodzących zmian. Czasem są one tak wyraźne, że wskazują na gwałtownie i szybko zachodzące zmiany. Zazwyczaj są one negatywne i oznaczają pogorszenie jakości (obniżenie poziomu) kultury bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży w omawianych obszarach. Zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży charakteryzują się różnorodnością. Ich wpływ na poziom kultury bezpieczeństwa zdrowotnego zależy od wielu czynników organiza-

⁸⁶ Za: Z. Pisiński, *Przemoc w środowiskach szkolnych – uwarunkowania, profilaktyka, zwalczanie*, Instytut Europejski, Warszawa 2010, s. 52-55.

⁸⁷ Za: M. Wójcik, *Czynniki ryzyka czy czynniki chroniące młodzież*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 4(52)/2010, s. 36-41.

cyjnych, materialnych i mentalnych. Każda z zaobserwowanych i opisanych zmian to wyzwanie dla szkół, które muszą stosować szeroki wachlarz rozwiązań w celu wzmocnienia pozytywnych trendów oraz zminimalizowania występowania i negatywnych konsekwencji.

Szkoły często są tym miejscem, w którym po raz pierwszy można zauważyć objawy nowych zagrożeń lub nasilenie negatywnych trendów w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego. Z tego powodu czasem musi w swoich rozwiązaniach organizacyjnych wyprzedzać oficjalne zalecenia.

W przypadku wszystkich (tych znanych i tych nowych) zagrożeń niezbędna jest współpraca z rodzicami oraz ich edukacja prozdrowotna. Ponieważ rola rodziców, ich świadomość i wiedza są niezbędne w skutecznym działaniu szkoły. Bez nich nawet najlepsze rozwiązania stosowane przez szkoły są skazane na porażkę.

Ciągle podstawowym warunkiem poprawy poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży jest praca zaangażowanej i zmotywowanej kadry szkoły. Odpowiednia postawa pracowników (konsekwencja w działaniu, przykład osobisty) ma pozytywny wpływ na prozdrowotne zachowania i działania młodzieży. Rola szkoły polega właśnie na wychowaniu i kształtowaniu postaw młodzieży, a nie tylko na nauczaniu przedmiotów. Możliwe, że dzięki takiemu podejściu wiele z ogólnopolskich programów profilaktycznych i innych działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży w przyszłości będzie po prostu niepotrzebne.

Niestety nigdy całkowicie nie uda się wyeliminować zagrożeń zdrowia z życia młodego człowieka. Jedyne możliwe scenariusz to maksymalne ograniczenie częstotliwości ich występowania i skutków. Ponadto ciągle będą pojawiać się nowe zagrożenia. Wraz z nimi będzie nadal ewoluować kultura bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży. Ważne, żeby jak najczęściej były to zmiany, które prowadzą do coraz większego bezpieczeństwa w wymiarze zdrowotnym. Będzie to możliwe wtedy, gdy negatywne zjawiska będą dostrzegane w odpowiednio krótkim czasie od ich wystąpienia i szybko zostaną podjęte odpowiednie działania. Takie „wczesne wykrywanie” mogą i powinny służyć zakrojone na szeroką skalę ogólnopolskie badania dotyczące zdrowia dzieci i młodzieży, a także takie, które prowadzone na mniejszej próbie mogą dotyczyć wybranych aspektów kultury bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży.

Bibliografia

- Cichocka. E., *Polak mały ze skoliozą, nadwagą i próchnicą*, „Gazeta Wyborcza” nr 284.7102 z dnia 6.12.2010 r.
- Cieślarczyk M., *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Siedlce 2007.
- Cieślarczyk M., *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Siedlce 2009.
- Dzieci w Polsce w 2014 roku Charakterystyka demograficzna*, J. Stańczak (koordynacja prac), GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2015, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/dzieci-w-polsce-w-2014-roku-charakterystyka-demograficzna,20,1.html>
- Global status report on alcohol and health*, Szwajcaria, WHO 2011.
- Informacja o wynikach kontroli Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych*, NIK, Warszawa 2010.
- Kasperczak T., *Wady postawy ciała – diagnostyka i leczenie*, Kraków 1998.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Dz. U. 1948 nr 61 poz. 477.
- Krzyżanowska A., Głogowski C., *Nikotynizm na świecie. Następstwa ekonomiczne*, „Przewodnik Lekarza” 3/2004.
- Maciołek Sz., *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce*, M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska (red. nauk.), Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny, Siedlce 2011.
- Malczewski A., Bukowska B., Jabłoński P., Kidawa M., Struzik M., Sokołowska E., Strzelecka A., Radomska A., Chojecki D., Bajerowska B., Jędruszek Ł., Muszyńska D., Krawczyk W., *Raport Krajowy 2009: Sytuacja narkotykowa w Polsce*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii Warszawa 2009.
- Marciniak G., *Dzieci – rodzina, zdrowie, wychowanie i edukacja*, Notatka Informacyjna, Wyniki Badań GUS, materiał na konferencję prasową 25 listopada 2009, GUS, Departament Badań Społecznych, 2009.
- Mazur J., Małkowska-Szkutnik A., *Wyniki badań HBSC 2010 – raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
- Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym Moduł I Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym*

- Chorobom Niezakaźnym Poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej Pol-Health na lata 2007-2011.*, Warszawa 2010.
- Pisiński Z., *Przemoc w środowiskach szkolnych – uwarunkowania, profilaktyka, zwalczanie*, Instytut Europejski, Warszawa 2010.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, G. Nałęcz (kier.), GUS, Departament Badań Społecznych, Warszawa 2010.
- Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i Zadania na lata 2010 – 2013*, Warszawa 2009.
- Raport końcowy z badania „Konsumpcja Substancji Psychoaktywnych przez Młodzież Szkolną – Młodzież 2008”*, CBOS, Warszawa 2008.
- Raport z analizy danych ankietowych pochodzących z badania zwyczajów żywieniowych i zdrowotnych młodzieży w gimnazjach*, GIS, Warszawa 2009.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach, Dz. U. z 2015 r. poz. 1256.
- Rozporządzenie w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem, Dz. U. 2003 nr 26 poz. 226.
- Świerczyńska K., *Polak wagi ciężkiej*, „Wprost” nr 30/2010.
- Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 2007 nr 70 poz. 473
- Ustawa z 26 września 2000 r o postępowaniu w sprawach nieletnich, Dz. U. 2002 nr 11, poz. 109.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz. U. 2005 nr 179, poz. 1485.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. 1997 nr 89 poz. 555.
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009 – Implementary smoke-free environments*, Francja, WHO 2009.
- Wodowski G., *Narkotyki i ich używanie*, [w:] *Polityka karna wobec osób używających narkotyki*, Publikacja „Monar na bajzlu”, Kraków 2005.

- Woźniak M., *Informacja prasowa – Walka z kilogramami*, TNS OBOP, październik 2008.
- Wójcik M., *Czynniki ryzyka czy czynniki chroniące młodzież*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 4(52)/2010.
- Współczesne zagadnienia edukacji dla bezpieczeństwa*, R. Stępień (red. nauk.), AON, Warszawa 1999.
- Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2014 r.*, M. Żyra (red.), E. Malesa (kier.), GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa 2015 s. 107
- Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, J. Mazur (red.) Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.
- Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, GUS, Notatka informacyjna, Warszawa 2015.

Strony internetowe

<http://stat.gov.pl>
<http://www.imid.med.pl>
<http://www.czd.pl>
<http://www.izz.waw.pl>
<http://www.mz.gov.pl>
<https://pl.wikipedia.org>
<http://www.who.int/en/>

Mgr Szymon Maciolek – Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych nr 2 im. Mikołaja Kopernika w Siedlcach.