

CZĘŚĆ II. WDROŻENIA

ROLA RODZINY W KSZTAŁTOWANIU STYLU ŻYCIA W OPINII LICEALISTÓW

Człowiek i Zdrowie Nr 1 (V) 2011, s. 92-98

Diana Piaszczyk, Barbara Sokołowska, Stanisława Spisacka

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Streszczenie: Celem prowadzonych badań było określenie roli rodziców w kreowaniu zdrowego stylu życia swoich dzieci. Rodzina od najwcześniejszych lat życia dziecka kształtuje warunki sprzyjające zdrowiu, realizuje wychowanie zdrowotne, utrwała nawyki zdrowotne i staje się wzorem pozytywnych zachowań prozdrowotnych. Rodzice powinni być świadomi zadań, jakie przed nimi stoją. Zdarza się, że współczesna rodzina nie realizuje w pełni swoich zadań i przestaje być wzorem dla dzieci. W większości rodzin przekazuje się dzieciom negatywne wzorce zachowań w sferze aktywności fizycznej, odżywiania i uzależnień.

W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Pytania kwestionariusza były pytaniami zamkniętymi. Badania przeprowadzono osobiście. Przed badaniami właściwymi przeprowadzono badania pilotażowe, na grupie 60 licealistów. Badaniami właściwymi objęto ogółem 148 uczniów klas trzecich liceum ogólnokształcącego w Białej Podlaskiej, 84 dziewczynki (56,7%) i 64 chłopców (43,2%). Na podstawie uzyskanych wyników badań ustalono, że badani uczniowie ocenili styl życia swojej rodziny jako zdrowy mimo występującego zjawiska uzależnienia od palenia papierosów. Pomimo nałogów występujących u obojga rodziców, uczniowie za wzór zdrowego stylu życia uważali matkę. Wzorem zdrowego stylu życia dla młodzieży był też nauczyciel wychowania fizycznego. Zdaniem badanych, działaniami profilaktycznymi służącymi zdrowiu są wizyty u lekarza, a najważniejszą życiową wartością jest nauka w szkole i posiadanie przyjaciół. Zdrowie jako wartość znajduje się na przedostatnim miejscu. Badani uważają, że styl życia ich rodzin powinien ulec zmianie. Sami ocenili swoje zdrowie jako dobre, pomimo odczuwanych często bólów brzucha i głowy.

Słowa kluczowe: rodzina, styl życia, młodzież

Wstęp

Rodzina jest przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych (psychologii, pedagogiki, medycyny, prawa, ekonomii, demografii). Każda z tych nauk przyjmuje odrębną metodologię ze względu na cel lub przedmiot badań różnych sfer rodziny. Formułowane są też różne definicje rodziny. Na podstawie definicji określonej przez Tyszkę stwierdza się, że rodzina jest zbiorowością ludzi powiązanych ze sobą więzią małżeństwa, pokrewieństwa, powinowactwa lub adopcji [Tyszka 1976]. Podobne określenie rodziny formułuje Ziemska zdaniem, której rodzina jest naturalną grupą społeczną, składająca się z małżonków i ich dzieci, stanowiąca względnie trwałą całość, podlegającą dynamicznym przekształceniom [Ziemska 1977]. Interesującą definicję rodziny przedstawia Kamiński, według którego jest to podstawowa wspólnota życia, w której przez wszystkie lata następuje kształtowanie poglądów i ocen, a członkowie rodziny kontaktują się ze sobą, a dom, który tworzą staje się podporą emocjonalną i ostoją bezpieczeństwa psychicznego poszczególnych jej członków [Kamiński 1972].

W świetle powyższych definicji rodzina jest pierwszą grupą społeczną, do której dziecko należy przez fakt narodzin lub adopcji. Od tego momentu, aż do pełnej dojrzałości rodzina jest odpowiedzialna za zaspokajanie potrzeb dziecka i jego wychowanie. Stanowi też ważny czynnik w kształtowaniu osobowości dziecka, jego sfery uczuciowej, intelektualnej, postaw wobec siebie i innych, zachowania się w domu i w szkole [Czerederedka 2007, Wrońska 2006].

Rodzice realizując poszczególne funkcje rodziny tworzą też środowisko sprzyjające zdrowiu, gdyż jest ono podstawową wartością warunkującą szczęśliwe życie rodzinne. Rodzina pełni też rolę profilaktyczną i promującą zdrowie, stwarza korzystne warunki dla zdrowia, ale może również zdrowiu szkodzić. Istotnym działaniem podejmowanym przez rodziców jest wychowanie zdrowotne, które kształtuje odpowiedzialność za zdrowie własne i innych oraz prawidłowe postawy zgodne z zasadami zdrowia. Rodzice pomagają tworzyć

nawyki bezpośrednio lub pośrednio związane z ochroną i doskonaleniem zdrowia psychicznego i fizycznego, wyrabiać odpowiednie sprawności, kształtować postawy prozdrowotne zapobiegające chorobom. Udział zdrowotny rodziny zaznacza się też w pobudzaniu pozytywnych zainteresowań dzieci sprawami zdrowia [Kawczyńska-Butrym 2001, Kulik 1997, Pielka 2001, Szymczak 2000]. Jedną z podstawowych funkcji rodziny jest troska o zdrowie, pojmowana jako zdrowy styl życia rodziny w ujęciu bio-psycho-społecznym. W większości polskich rodzin przekazuje się dzieciom szkodliwe wzorce zachowań zdrowotnych w sferze aktywności fizycznej, odżywiania i nałogów. Bezsprzeczny jest fakt, że doświadczenia wyniesione z dzieciństwa i wzory zachowań zdrowotnych w rodzinie determinują późniejsze postawy zdrowotne człowieka [Izdebska 2003].

Termin „styl życia” odnosi się do zespołu codziennych zachowań, specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości. Styl życia kształtuje się w procesie wzajemnego oddziaływania warunków życia oraz indywidualnych wzorów zachowań, zdeterminowanych przez czynniki kulturowe i cechy osobiste jednostek [Mędreła-Kuder 2004].

Andrzej Siciński stwierdza, że styl życia znamieny dla pewnej zbiorowości ludzkiej jest charakterystycznym dla tej zbiorowości - sposobem bycia - w społeczeństwie. Ten - sposób bycia jest specyficznym zespołem codziennych zachowań członków zbiorowości [Siciński 1978]. Na styl życia według Woynarowskiej składają się nie tylko zachowania, ale też postawy i ogólna filozofia życia jednostki/rodziny. Zależy on też od środowiska społecznego i kulturalnego rodziny, w którym żyje człowiek, od przekonań i istniejącej hierarchii wartości. Autorka wyraźnie rozróżnia też zachowania sprzyjające zdrowiu oraz szkodliwe dla zdrowia. Pierwsze z nich, zachowania prozdrowotne to: racjonalne żywienie, utrzymanie czystości ciała i otoczenia, aktywność fizyczna, zachowanie bezpieczeństwa, utrzymanie dobrych relacji między ludźmi oraz radzenie sobie ze stresem. Szkodliwe dla zdrowia, czyli antyzdrowotne zachowania wg Woynarowskiej to: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, leków i innych środków uzależniających. Zdrowy styl życia to między innymi uprawianie sportu, turystyki i aktywność fizyczna, a sposoby wykorzystania czasu wolnego i wzorce zachowań w tym zakresie dzieci powinny otrzymać od swoich rodziców [Woynarowska 2001, Szymborski, Jakubik 2008].

Brak odpowiednich wzorów w rodzinie w zakresie aktywności fizycznej potwierdzają ogólnopolskie badania prowadzone w latach osiemdziesiątych przez R. Przywędę, które wykazały, że większość rodzin w Polsce nie wywiązuje się z powinności w zakresie wychowania fizycznego dzieci. Na podstawie istniejących wyników badań A. Dąbrowskiego stwierdza się, że rodzice charakteryzują się deklaratywną postawą, i werbalnie akceptującą ruch jako potrzebę rozwojową dzieci, natomiast w praktyce nie wykraczają poza krąg nawyków i obyczajowości, w której sami wyrosli. Dane z badań A. Dąbrowskiego dowodzą wyraźnie braku zainteresowania rodziców aktywnością ruchową swoich dzieci [Mędreła-Kuder 2004].

Również w szerzeniu się uzależnień wśród dzieci i młodzieży przykład domu rodzinnego jest bezsporny. Papieros i alkohol jest wszechobecny w otoczeniu społecznym dziecka. Zakaz palenia w stosunku do dziecka jest wątpliwy, jeżeli nie jest poparty pozytywnym przykładem rodziców. Z tego powodu postawy rodziców, ich stosunek do alkoholu i papierosów, komentarze na temat pijących i palących, tolerancja i zgoda na istniejący stan rzeczy, stanowią negatywny i sprzeczny argument wychowawczy. Picie alkoholu przez dzieci i młodzież jest wynikiem naśladowania wzorów zachowań innych osób, najczęściej ludzi dorosłych z najbliższego środowiska rodzinnego-szczególnie ojca oraz zachowania starszych kolegów [Kaiser 2001, Kawczyńska-Butrym 2001, Szymczak 2000].

Zasadniczym tłem przyczynowym zjawiska alkoholizowania się młodocianych jest przykład obyczaju i zachowań dorosłych. Prawie zawsze przyjęciom domowym, imieninom, świętom, ślubom czy pogrzebom towarzyszy alkohol i nadmierne picie trunków. Obyczaj picia traktowany jest jako naturalne zjawisko w stosunkach międzyludzkich. Na młodych ludzi sugestywnie działa obserwowany przy wielu okazjach polski zwyczaj natrętnego namawiania do picia, stanowi on nie tylko dowód gościnności, ale jest także sprawdzianem serdecznych stosunków towarzyskich i koleżeńskich [Szymańczak 2009].

Podobny mechanizm działa w przypadku innego negatywnego zachowania zdrowotnego jakim jest palenie tytoniu w środowisku rodzinnym dziecka. Udział rodziców w podjęciu palenia przez dzieci nie ogranicza się wyłącznie do wpływu samego palenia, ale wynika z przyzwalającej postawy wobec palenia dzieci, niedostatecznego nadzoru nad dziećmi w czasie wolnym, nieprzestrzegania zasad higieny i zdrowia, a także słabego zainteresowania postęпами w nauce. Palący rodzice stanowią dla dzieci nie tylko wzorce zachowań, ale są też przykładem ujemnych następstw tych zachowań. Palenie papierosów przez dzieci jest wynikiem: wrodzonej ciekawości, chęci naśladowania starszych, wiary w zdobycie dojrzałości, imponowania kolegom. [Kaiser 2001, Szymczak 2000].

Tylko rodzice świadomi swej funkcji i zadań, jakie przed nimi stoją, mogą stworzyć optymalne pod względem zdrowotnym warunki dla rozwoju dzieci. Poprzez wzory codziennych zachowań uczą dzieci odpowiedniego stylu życia, wprowadzają optymalną dietę, kształtują aktywność fizyczną, umiejętność radzenia sobie ze stresem, piętnują nałogi. Można stwierdzić, że zdrowie poszczególnych jednostek, a w przyszłości

i całego społeczeństwa jest w dużym stopniu uwarunkowane prawidłowym funkcjonowaniem rodziny. Niski poziom wiedzy na temat zdrowia u rodziców, może przyczyniać się do powstania choroby i przede wszystkim wywiera wpływ na świadomość zdrowotną u dzieci [Mędręła-Kuder 2004].

Wśród istotnych zaburzeń zdrowia, które są konsekwencją czynników ryzyka życia rodzinnego wyróżnia się: choroby psychosomatyczne i somatyczne, zaburzenia czynnościowe, zespoły bólowe, zaburzenia zdrowia psychicznego, uzależnienia. W istniejących na ten temat wynikach badań wykazuje się obecność czynników i sytuacji rodzinnych przyczyniających się do choroby człowieka. Zalicza się do nich: konflikty, odrzucenie emocjonalne, brak więzi, zainteresowania, niewydolność materialna, nieprawidłowość postaw i realizacji ról rodzicielskich, zaburzenia w komunikowaniu, nadmierna dominacja jednego z rodziców, nieobecność fizyczna i/lub psychiczna rodziców (zwłaszcza matki), styl wychowania. Duży wpływ na funkcjonowanie rodziny i zdrowie jej członków mają też: ubóstwo, bezrobocie, dzieciństwo, wykształcenie, styl życia (dieta, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu itp.) [Oleś 2010].

Rodzina odgrywa istotną rolę w promocji i umacnianiu zdrowia. W rodzinie następuje wychowanie zdrowotne i kształtowanie postaw wobec zdrowia, przekazywane są pewne elementy wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby, kształtuje się emocjonalny stosunek do zdrowia jako wartości, nauczają się podstawowych nawyków higienicznych, pielęgnacyjnych oraz zachowań pro- i anty zdrowotnych [Szymczak 2000, Wrońska 2006].

Bywa też, że współczesna rodzina nie radzi sobie ze swoimi zadaniami i przestaje być wzorem dla dzieci. Tężejszość, ciągły „brak czasu” powodują, że realizacja rzeczywistych potrzeb dzieci spychana jest na dalszy plan. Przeszkodami w przekazywaniu dzieciom wartości nadrzędnych, w tym związanych ze zdrowiem i rozwojem są: brak własnego systemu norm moralnych i właściwej hierarchii celów u rodziców i brak konsekwencji we własnym postępowaniu. Niestety, w większości rodzin przekazuje się dzieciom negatywne wzorce zachowań w sferze aktywności fizycznej, żywienia i uzależnień [Doniec 2006].

Aby proces wychowania zdrowotnego w rodzinie przebiegał prawidłowo rodzina powinna otrzymać wsparcie od innych, głównie nauczycieli i wychowawców w szkole, w której należy przekazywać wiedzę o zdrowiu oraz kształtować umiejętności i wartości konieczne dla przyszłego życia [Nowocien 1997].

Cel badań

Celem badań było określenie roli rodziców w kształtowaniu zdrowego stylu życia w opinii licealistów.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 148 uczniów klas trzecich liceum ogólnokształcącego w Białej Podlaskiej. Badana grupa obejmowała 84 dziewczynki (56,7%) i 64 chłopców (43,2%). Na potrzeby badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety zawierający 12 pytań zamkniętych. Badania prowadzono osobiście i poparto je pilotażem oceniającym prawidłowość pytań i stopień ich zrozumiałości dla uczniów. Wszyscy uczniowie, którzy uczestniczyli w badaniach zwrócili ankieterom w pełni wypełnione kwestionariusze ankiety.

Omówienie wyników badań

Na podstawie otrzymanych wyników badań wykazano, że zdecydowana większość badanych (64,9%) była zdania, że w ich domu rodzinnym preferuje się zdrowy styl życia. Z kolei 35,1% uczniów odpowiedziało, że w ich rodzinach wzorce zdrowego stylu życia nie istnieją. Na podstawie badań wykazano dość niepokojące zjawisko dotyczące występowania uzależnień w rodzinach licealistów. Zaobserwowano, że zdecydowana większość badanych (75,7%) była świadkiem występowania nałogów w swoich rodzinach. Wykazano również, że tylko 24,3% ankietowanych uczniów odpowiedziało, że w ich domach uzależnienia nie występują.

Uczestniczący w badaniach licealiści wypowiedzieli się szczegółowo na temat nałogów najczęściej obserwowanych w środowisku rodzinnym. Wykazano, że najczęstszym uzależnieniem było palenie papierosów. Na ten rodzaj nałogu zwróciła uwagę więcej niż połowa badanych (56,1%). Na drugim miejscu znalazło się spożycie alkoholu. Na to negatywne zachowanie zdrowotne zwróciło uwagę 35,8% uczniów. Pozostali uczniowie wypowiadali się na temat występowania w ich domach innych rodzajów uzależnień: od komputera i hazardu, (odpowiednio; 6,8% i 1,3%).

Kolejne zagadnienie badawcze dotyczyło rodzajów uzależnień ze wskazaniem osób, które w rodzinach licealistów ulegają nałogom. Uzyskane wyniki badań wykazały, że najczęściej nałogom ulegają rodzice. Stwierdzono, że matki aż 39,8% ogółu licealistów palą papierosy. Szczególny niepokój wzbudził fakt, że aż 77,4% uczniów wskazało na nałogowo pijącego ojca. Uzyskane dane wykazały również, że nałogom ulegali dziadkowie respondentów. Uczniowie wypowiedzieli się, że 8,4% ich dziadków systematycznie pali papierosy. Nieznacznie mniejszy odsetek ankietowanych (7,5%) wypowiedział się, że dziadkowie nadużywają alkoholu. Szczegółowe wyniki badań ukazujące rodzaje uzależnień i osoby im ulegające zestawiono w tabeli 1.

Tab. 1. Rodzaje uzależnień w rodzinach ankietowanych (badania własne).

Osoba	Palenie papierosów		Spożywanie alkoholu		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
matka	33	39,8	3	5,7	36	26,6
ojciec	24	28,9	41	77,4	65	48,1
oboje rodzice	18	8,4	4	7,5	22	16,3
dziadkowie	7	8,4	4	7,5	11	8,1
Rodzeństwo	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Ogółem	83	56,1	53	35,8	135	100,0

Na podstawie literatury przedmiotu stwierdza się, że to właśnie rodzice od najmłodszych lat kształtują w swoich dzieciach postawy prozdrowotne, które wywierają olbrzymi wpływ na to, czy w późniejszym wieku młodzież sięgnie po papierosy, alkohol czy też narkotyki [Mędreła-Kuder 2004].

Z tego też względu zapytano ankietowanych czy rodzice informowali ich o szkodliwości nałogów i ich niekorzystnym wpływie na zdrowie człowieka. Na podstawie przeprowadzonych badań i uzyskanych wyników wykazano, że prawie połowa ankietowanych (30,4%) wypowiedziała się, że rodzice informowali ich o szkodliwym wpływie nałogów na zdrowie. Niepokój powinien wzbudzić jednak fakt, że aż 69,6% uczniów odpowiedziało, że rodzice nie wyposażyli ich w taką wiedzę. Na podstawie badań wykazano również, że o szkodliwym wpływie nałogów na zdrowie informowała sześciokrotnie częściej matka niż ojciec, (odpowiednio: 86,7%, 13,3%). Można więc stwierdzić, że edukacyjna rola matki jest typowa, gdyż przecież to właśnie matka jako pierwsza rozpoczyna wychowanie zdrowotne w rodzinie od najmłodszych lat życia dziecka [Pielka 2001].

Aby uzupełnić informacje o czynnikach kształtujących styl życia młodych ludzi zapytano o to, kto jest dla nich wzorem zdrowego stylu życia z najbliższego otoczenia. Wykazano, że dla więcej niż połowy badanych takim wzorem, zdrowego stylu życia, jest nauczyciel wychowania fizycznego w szkole. Tego zdania było ogółem 38,6% badanych. Wykazano również, że nieznacznie mniejszy odsetek licealistów (32,4%) za wzór zdrowego stylu życia uważał swojego wychowawcę klasy. Pozostali badani za wzór uważali swoich kolegów i koleżanki (17,6%), 11,4% wskazało odpowiedź „inne osoby”, jednak nie określiło szczegółowo kto to jest dokładnie.

W tym miejscu należy powołać się na przykłady wyników badań zamieszczonych w literaturze przedmiotu, w świetle których uważa się, że prawidłowo funkcjonująca rodzina jest przykładem dla młodych ludzi w zakresie zdrowia [Zawadzka 2001].

W dalszej części badań zapytano młodzież o działania, jakie podejmuje rodzina celem utrzymania i potęgowania zdrowia. Wyniki badań Kaiser A. wykazały, że działaniami profilaktycznymi w rodzinach często jest: samobadanie piersi i kontrolne wizyty u lekarza [Kaiser 2001].

Uzyskane wyniki badań własnych uszeregowano zależnie od wypowiedzi chłopców i dziewcząt. Na podstawie uzyskanych wyników badań wykazano, że dziewczynki jako najczęstszy przykład działań o charakterze prozdrowotnym podawały profilaktykę stomatologiczną. Badani chłopcy wskazywali najczęściej profilaktyczne wizyty lekarskie, na które zwróciło uwagę 34,4% badanych. Zaobserwowano też, że znaczny odsetek dziewcząt (21,4%) dostrzegał działania prozdrowotne swoich rodziców w zakresie zdrowego żywienia. Stwierdzono też, że 17,2% badanych chłopców za prozdrowotne zachowania w rodzinie, uważało profilaktyczne laboratoryjne badania krwi. Pozostałe wypowiedzi uczniów na ten temat zamieszczono w tabeli 2.

Tab. 2. Zachowania zdrowotne podejmowane przez rodzinę w opinii uczniów.

Rodzaje zachowań	Dziewczęta		Chłopcy		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Profilaktyczne wizyty lekarskie	7	8,3	22	34,4	29	19,6
Badania laboratoryjne krwi	3	3,6	11	17,2	14	9,4
Zachęcanie do aktywności fizycznej	5	5,9	2	3,1	7	4,8
Zdrowe zasady odżywiania się	18	21,4	8	12,5	26	17,6
Samobadanie piersi	9	10,7	0	0,0	9	6,1
Profilaktyka stomatologiczna	23	27,4	5	7,8	28	18,9
Zachęcanie do unikania nałogów	1	4,8	1	1,6	2	1,3
Zażywanie witamin i suplementów	5	5,9	3	4,7	9	6,1
Wykonywanie szczepień ochronnych	4	4,8	4	6,2	8	5,4
Stosowanie zdrowej żywności	3	3,6	1	1,6	4	2,7
Zachęcanie do wypoczynku na świeżym powietrzu	2	2,4	2	3,1	4	2,7
Odpowiednia ilość snu	4	4,8	5	7,8	9	6,1
Ogółem	84	100,0	64	100,0	148	100,0

Badani uczniowie zostali zapytani o ważne dla nich wartości życiowe. Zdaniem największej grupy badanych najważniejsza w ich życiu jest obecnie nauka. Taką odpowiedź dotyczyła 29,1% uczniów. Na drugim miejscu najważniejszą życiową wartością było posiadanie przyjaciela, koleżanek i kolegów. Na taką odpowiedź wskazało ogółem 22,2% ankietowanych. Uczniowie najrzadziej wskazywali na pieniądze (12,8%). Na podstawie uzyskanych wyników zaobserwowano ciekawe różnice między odpowiedziami dziewcząt i chłopców w zakresie wskazywania najważniejszych wartości w życiu. Stwierdzono, że dla ankietowanych dziewczynek najważniejszą wartością w życiu była nauka (45,2%). Chłopcy uczestniczący w badaniu najczęściej za najważniejszą wartość w swoim życiu uważali posiadanie dobrej pracy w przyszłości (35,9%). Szczegółowe wypowiedzi uczniów w zakresie najważniejszych wartości życiowych zestawiono w tabeli 3.

Tab. 3. Najważniejsze życiowe wartości w opinii badanych.

Wartości życiowe	Dziewczęta		Chłopcy		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Stan zdrowia	15	17,8	11	17,2	26	17,6
Posiadane pieniądze	3	3,6	16	25,0	19	12,8
Nauka/szkoła	38	45,2	5	7,8	43	29,1
Koleżanki/koledzy/przyjaciele	24	28,6	9	14,1	33	22,2
Dobrze płatna praca w przyszłości	4	4,8	23	35,9	27	18,3
Ogółem	84	100,0	64	100,0	148	100,0

Na podstawie danych zamieszczonych w powyższej tabeli łatwo zauważyć, że badana młodzież dość rzadko uważała stan zdrowia za istotną wartość w ich życiu. Można dostrzec, że na zdrowie zwróciło uwagę tylko 17,6% badanych, a odsetek wypowiedzi dziewcząt i chłopców był do siebie podobny.

Fakt ten wydaje się zrozumiały i zgodny z ideami wychowania zdrowotnego i promocji zdrowia. Modele edukacji zdrowotnej, które dotychczas ukształtowała medycyna, tj. terapeutyczny i profilaktyczny, okazują się nieskuteczne w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Najbardziej skutecznym sposobem postępowania jest edukacja zdrowotna ukierunkowana na promocję zdrowia, gdyż uwzględnia ona społeczno-ekonomiczne orientacje w zdrowiu. Istotą takiego postępowania jest m.in. przeniesienie odpowiedzialności za zdrowie ze specjalistycznej na indywidualną/jednostkową oraz ukazanie różnych powiązań psycho-socjo-ekonomicznych między jednostką, a otaczającym środowiskiem [Oleś 2010].

Powołując się na wyniki badań CBOS-u prowadzonych w latach 1988–1996 stwierdza się, że na szczycie upragnionych wartości dorastającej młodzieży są: udane, szczęśliwe życie rodzinne, odwzajemniona miłość, przyjaźń, akceptacja, życzliwość i szacunek innych. Fakt ten nie został potwierdzony w prowadzonych badaniach, gdyż przyjaźń jako życiowa wartość w opinii licealistów była na drugim miejscu. W prowadzonych badaniach potwierdzono wyniki badań CBOS-u, gdyż wśród badanych uczniów ważne lokaty zajmowały wartości życiowe związane z posiadaniem wykształceniem i pracą. Fakt ten tłumaczy się tym, że młode pokolenie pragnie mieć poczucie przydatności dla innych oraz społeczeństwa.

W przyjaźni oraz w działaniu dla innych-pracy młodzież dostrzega sens swojego życia i źródło szczęścia [Bruszevska 1992].

Badani uczniowie udzielili również odpowiedzi na pytanie czy styl życia, jaki panuje w ich rodzinach należy zmienić. Wykazano, że aż 85,1% badanych opowiadało się za koniecznością modyfikacji stylu życia w swoich rodzinach. Takiego zdania było 94,1% dziewcząt i 73,4% badanych chłopców. Wykazano, że tylko 14,9% badanych uczniów nie dostrzegało potrzeby zmiany stylu życia w swoich rodzinach. Ponad trzykrotnie częściej byli to chłopcy (26,5%) niż dziewczynki (5,9%).

Badani dokonali również samooceny swojego stanu zdrowia. Wykazano, że 62,8% badanych uczniów oceniło swoje zdrowie na poziomie dobrym, tylko 1/4 badanych oceniła je jako bardzo dobre. Niepokój powinien wzbudzić fakt, że 4,8% badanych oceniło swoje zdrowie jako złe/takie sobie (7,4%). Sytuacja ta jest o tyle niepokojąca, że przecież choroby przewlekłe u młodych ludzi występują rzadko, więc nie wiadomo czym była podyktowana tak niska samoocena. Może przyczyn należałoby upatrywać właśnie w stylu życia całej rodziny i poziomie jej zdrowia. Zapytano również młodzież o to czy odczuwa jakieś stałe dolegliwości. Na podstawie uzyskanych wyników badań wykazano, że najczęstszymi dolegliwościami, jakie odczuwali licealiści były bóle brzucha (29,8%) i głowy (23,6%). Często też badani obserwowali u siebie rozdrażnienie i zły humor (14,2%) lub była podenerwowana (12,8%). Szczegółowe zestawienie odpowiedzi uczniów w zakresie odczuwanych dolegliwości prezentuje tabela 4.

Tab. 4. Najczęstsze dolegliwości bólowe występujące u badanych.

Najczęstsze dolegliwości	Dziewczeta		Chłopcy		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Bóle głowy	29	34,5	6	9,4	35	23,6
Bóle brzucha	21	25,0	23	35,9	44	29,8
Bóle pleców	7	8,3	5	7,8	12	8,1
Przygnębienie	4	4,7	2	3,1	6	4,1
Rozdrażnienie i zły humor	3	3,6	18	28,1	21	14,2
Zdenerwowanie	10	11,9	9	14,1	19	12,8
Trudności z zasypianiem	5	6,0	1	1,6	6	12,8
Zawroty głowy	5	6,0	0	0,0	5	3,4
Zbadano	84	100,0	64	100,0	148	100,0

W wynikach Mazur młodzież również często odczuwała zdenerwowanie, oraz rozdrażnienie lub zły humor [Mazur 2007].

Według istniejących danych z 2006 roku, które należy tu przytoczyć wykazano, że 15-letnia młodzież oceniała swoje zdrowie pozytywnie - jako „bardzo dobre” (32,8%) lub „dobre” (50,8%), a 15,3% ankietowanych oceniło je jako „takie sobie”. Tylko 1,1% badanych oceniło je jako „złe” [Mazur 2007].

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników badań ustalono, że:

1. Badani uczniowie oceniają styl życia swojej rodziny jako zdrowy mimo występujących uzależnień.
2. Najczęściej występującym w rodzinach licealistów zachowaniem antyzdrowotnym jest palenie papierosów.
3. Za osobowy wzór zdrowego stylu życia badani uważają swoją matkę i nauczyciela wychowania fizycznego.
4. Zdaniem badanych uczniów działaniami profilaktycznymi służącymi zdrowiu są najczęściej wizyty u lekarza
5. Najważniejszą życiową wartością według licealistów jest szkoła, nauka i posiadanie przyjaciół, zdrowie jako wartość znajduje się na przedostatnim miejscu.
6. Badani uważają, że styl życia ich rodzin powinien ulec zmianie. Sami oceniają swoje zdrowie jako dobre, ale często odczuwają bóle brzucha i głowy.

Literatura

1. Bruszeńska E. [1992], *System wartości u dzieci w późnym wieku szkolnym i możliwości jego realizacji*. W: *Studia z psychologii*. ATK. Warszawa. s. 133-157.
2. Czerederedka B. [2007], *Rodzina jako środowisko życia i wychowania*. W: Gruca Miąsik U. [red.], *Dziecko i rodzina: społeczne powinności opieki i wychowania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów, s. 11-17.
3. Doniec R. [2006], *Rodzicielstwo a wychowanie - zagrożenia rodziny XXI wieku*. „Pedagogika Społeczna” nr 3, s. 101-112.
4. Izdebska J. [2003], *Rodzina - podstawowe środowisko życia dziecka*. W: Izdebska J. [red.] *Dziecko w rodzinie i w środowisku rówieśniczym: wybrane zagadnienia i źródła z pedagogiki społecznej*. Trans Humana. Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok, s. 70-83
5. Kaiser A. [2001], *Prozdrowotne elementy stylu życia rodziców studentów AWF*, „Wychowanie Fizyczne i zdrowotne”, 5, s.15-18.
6. Kawczyńska-Butrym Z. [2001], *Rodzina – zdrowie – choroba*. Czelej, Lublin.
7. Kulik T.B. [1997], *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*. Oficyna Wydaw. Fundacji Uniwersyteckiej-Stalowa Wola.
8. Kamiński A.[1972], *Funkcje pedagogiki społecznej*. PWN, Warszawa.
9. Mazur J. [2007], *Status materialny rodziny i otoczenia, a samopoczucie i styl życia młodzieży 15 letniej*. Wyniki badań HBSC 2006 w ujęciu środowiskowym, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, s.24-27.
10. Mędręła-Kuder E. [2004], *Rola rodziców w kształtowaniu zdrowego stylu życia młodzieży akademickiej*. *Annales Universitatis M. Curie-Skłodowska*, Supl..XVI, s. 60-65.
11. Nowocień J. [1997], *Wychowanie zdrowotne w szkole współczesnej wobec zagrożeń rozwoju wielostronnego ucznia*. W: Czaplicki Z. [red.] *Nauki o wychowaniu a promocja zdrowia*. Olsztyn, s. 86-91.
12. Pielka H. [2001], *Rodzina jako czynnik formujący zdrowie człowieka*. W: Murawow [red.] *Zdrowie: istota, diagnostyka i strategię zdrowotne*. Materiały Konferencyjne Radom, s.455-460.
13. Siciński A. [1978], *Styl życia: przemiany we współczesnej Polsce*. PWN, Warszawa.
14. Szymańczak J. [2009], *Dzieci z grup ryzyka*. *Studia Biura analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu*, 1(17), s. 105.
15. Szyborski J., Jakubik K. [2008], *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*. *Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich*, z. 62, Warszawa.
16. Szymczak M. [2000], *Rodzina-ostoją czy brak stabilności*. *Annales Universitatis M. Curie-Skłodowska*, Supl. VII, s. 295-297.
17. Tysza Z. [1976] *Socjologia rodziny*. PWN, Warszawa.
18. Oleś M. [2010], *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Wydawnictwo KUL, Lublin, s. 248-312.
19. Woynarowska B. [2001], *Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia ludności w Polsce. Zagrożenia i szanse* [w:] Żukowska Z., Żukowski R. (red.), *Zdrowie – Ruch – Fair play*. Warszawa.
20. Wrońska K. [2006], *Rodzina jako wspólnota wartości*. „Pedagogika Społeczna”, nr 3, s. 113-126.
18. Zawadzka B. [2001], *Postawy dorastającej młodzieży wobec zdrowia*. W: Murawow I. [red.], *Zdrowie: istota, diagnostyka i strategię zdrowotne*. Materiały Konferencyjne Radom, s. 318-324.
22. Ziemska M. [1977], *Rodzina a osobowość*. Wiedza Powszechna, Warszawa.

SECTION TWO: PRACTICE IMPLEMENTATION

THE ROLE OF A FAMILY IN SHAPING LIFESTYLE MODELS AMONG SECONDARY-SCHOOL PUPILS

Human and Health No. 1 (V), p. 99-104

DianaPiaszczyk, Barbara Sokołowska, Stanisława Spisacka

Pope John Paul II State School of Higher Education in Biała Podlaska

Summary: The aim of the research was to determine the role of parents in shaping their children's healthy lifestyles. A family creates pro-health conditions, ensures health education, consolidates health habits and constitutes an example of pro-health comportment from the earliest age. Parents should be aware of tasks that lie ahead. It happens that a modern family fails to carry out its responsibilities and ceases to serve as a model for children. Inappropriate standards of behaviour in the sphere of physical activity, nutrition and addictions have been transmitted in the majority of families. An original questionnaire was used in the research. Questions were of the open kind. The research was conducted personally. A pilot study on the group of 60 pupils was conducted before the proper one. 148 third-grade pupils from a High School in Biała Podlaska were surveyed – 84 girls (56,7%) and 64 boys (43,2%). On the basis of the results it can be stated that the pupils defined their family lifestyles as healthy despite occasional tobacco addictions within a family. A mother was presented as a role model of healthy lifestyle, in spite of the fact that both parents were addicts. A P.E. teacher was also treated as an example to be followed. According to the respondents, regular visits to a doctor can be perceived as prophylactic pro-health activities. Studying and having many friends were also mentioned as the most important values. Health as a value occupies the penultimate position. The respondents think that their family lifestyle should change. They assessed their health as good, despite frequent stomach- and headaches.

Key words: family, lifestyle, youth

Introduction

A family is the subject of research in many fields of learning (psychology, pedagogy, medicine, law, economy, demography). Each of the aforementioned branches uses a separate methodology on account of the aim or the subject of study. Different definitions of a family have been formulated. According to Tyszk'a's definition, a family is the community of people who are united by marriage bonds, consanguinity, kinship or adoption [Tyszk'a 1976]. A similar definition has been put forward by Ziemska who states that a family is a natural social group consisting of spouses and their children, which undergoes dynamic transformations [Ziemska 1977]. Kaminski presents yet another interesting definition in which he claims that a family (whose members are in contact with one another) is the basic unity of life, within which one can observe shifting beliefs and judgements. The home becomes an emotional support and a haven of mental health for individual family members [Kaminski 1972].

In the light of the aforementioned definitions, a family is the first social group to which a child belongs due to birth or adoption. From that moment to maturity, a family is responsible for not only meeting the child's needs but also for its upbringing. It constitutes an important factor in shaping child's personality, emotional and intellectual sphere, social attitudes, conduct at home and at school [Czerederedka 2007, Wrońska 2006].

Parent create the pro-health environment, which is the basic value that guarantees happy family life, by the realisation of individual family functions. A family plays a prophylactic and health-promoting role, creates favourable conditions for health but, at the same time, it can be harmful. A vital activity taken up by parents is pro-health upbringing which not only evokes responsibility for one's own health but also promotes proper attitudes which are in agreement with health rules. Parents help to create habits which are directly or indirectly related to health care and the improvement of mental and physical health, in addition to forming proper skills or developing pro-health attitudes which prevent illnesses. Family's health participation can be observed in the

stimulation of children's positive interests with health-related issues [Kawczyńska-Butrym 2001, Kulik 1997, Pielka 2001, Szymczak 2000]. One of the basic functions of a family is health care which should be understood from bio-psycho-social perspective as a healthy family lifestyle. The majority of Polish families hand down harmful patterns of behaviour in the spheres of physical activity, nutrition or addictions. Undeniably, childhood experience and the patterns of health behaviour within a family determine people's future health attitudes [Izdebska 2003].

The term "lifestyle" is related to a group of everyday activities which are specific for an individual human being or a community. Lifestyle is formed in the process of mutual influence of living conditions and individual patterns of behaviour which are determined by cultural factors and individual's personal features [Mędrela-Kuder 2004].

Andrzej Siciński states that lifestyle, which is typical for a certain human community, is the characteristic way of conduct which a given community adopts to function within a society. The lifestyle is a specific set of everyday behaviour followed by the members of the community [Siciński 1978]. According to Woynarowska, lifestyle is composed of not only the aforementioned behaviour but also attitudes and the main life philosophy of a family/individual. It depends on the socio-cultural environment, beliefs and the existing hierarchy of values within a family. The author strongly differentiates the pro-health conduct and the harmful one. The former are: a well-balanced diet, cleanliness of a body and surroundings, physical activity, exercising caution, being on good terms with people and stress management. Harmful, anti-health activities are: smoking, alcohol and drug abuse. Healthy lifestyle can be characterised by doing sports, tourism, physical activity. The ways of spending free time and behaviour patterns should be instilled by parents [Woynarowska 2001, Szymborski, Jakubik 2008].

The all-Poland research, conducted by R. Przywęda in the 1980s, has confirmed the absence of proper pro-health patterns within a family. It has been stated that the majority of Polish families neglect the physical education of children. The results collected by A. Dąbrowski, confirm that parents, despite their declarative attitude and the verbal acceptance of movement as a developmental necessity for their children, do not beyond the range of habits and mores in which they grew. The results clearly illustrate parents' lack of interest as far as children's physical activity is concerned [Mędrela-Kuder 2004].

Undisputedly, various addictions have their beginnings in a family home. Cigarettes and alcohol are omnipresent in child's social surroundings. Ban on smoking for children is doubtful if it is not supported by a parental example. Parents' conduct, their attitude to alcohol and cigarettes, comments on people who drink, tolerance and approval of the status quo constitute a negative and contradictory education argument. Drinking alcohol among the youth results from the imitation of other people's behaviour patterns, mostly adults from the family environment (mainly a father and older friends) [Kaiser 2001, Kawczyńska-Butrym 2001, Szymczak 2000].

The major causative background of drinking alcohol among the youth is tradition and the example of adults. Alcohol is drunk during every party, name day, celebration, wedding or funeral. The custom of drinking alcohol is treated as a natural phenomenon in interpersonal relations. The youth are evocatively influenced by the Polish custom of persistent urging to drink, which functions not only as a proof of one's hospitality but also as a test of friendly relations [Szymańczak 2009].

A similar pattern can be observed in the case of another negative health behaviour – smoking within a child's family environment. The role of parents in the creation of a child's habit is not limited only to the influence of smoking itself but results from the consenting attitude towards smoking among children, inappropriate control of the free time, neglecting hygiene and health rules in addition to insufficient interest as far as education development of a child is concerned. Parents who smoke constitute not only patterns of behaviour but are also an example of negative results of the abovementioned behaviour. Smoking among children is the result of: innate curiosity, desire to imitate adults, sense of maturity, impressing friends [Kaiser 2001, Szymczak 2000].

Parents who are aware of their function and tasks are able to create optimal pro-health conditions for the development of children. By everyday patterns of behaviour, parents teach children the proper lifestyle, introduce a well-balanced diet, shape physical activity, show stress management techniques, stigmatize addictions. It can be stated that the health of individuals and, in the future, the whole society is conditioned by the proper functioning of a family. Little knowledge about health can cause an illness and, first and foremost, exerts an influence on children's health awareness [Mędrela-Kuder 2004].

Among vital health diseases that are the consequence of family-life factors one can enumerate: psychosomatic and somatic illnesses, functional disorders, pain syndromes, mental disorders, addictions. The existing scientific material reveals the existence of family factors that contribute to a person's illness, such as: conflicts, emotional rejection, lack of bonds, interests, financial inefficiency, inappropriate attitudes and the realisation of parental roles, communication disorders, excessive dominance of one parent, physical or mental

absence of a parent (especially mother), upbringing. The functioning of a family and its health can be also distorted by: poverty, unemployment, number of children, education, lifestyle (diet, physical activity, smoking, alcohol abuse, etc.) [Oleś 2010].

A family plays a crucial role in the promotion and strengthening of health. Within a family one can observe health upbringing and shaping pro-health attitudes in addition to certain elements of knowledge about health and illness. Emotional bond with health as a value is formed, basic hygiene habits are instilled [Szymczak 2000, Wrońska 2006].

It often happens that a family cannot cope with its tasks and cease to be an example for children. The present, constant "lack of time" marginalize the realisation of children's needs. The obstacles that prevent children from learning the superior values are: parents' lack of individual moral system and hierarchy of aims as well as the lack of consistency. Unfortunately, negative patterns of behaviour in the sphere of physical activity, nutrition and addictions are transmitted in many families [Doniec 2006].

In order for the process of pro-health upbringing to go properly, a family should be supported by others, mainly teachers and class tutors at school where one should broaden the knowledge about health and shape skills and values which are important in future life.

The aim of research

The aim of research was to establish the parents' role in shaping healthy lifestyle among high-school pupils.

The material and the method

148 third-grade student from a High School in Biała Podlaska were surveyed. The group consisted of 84 girls (56,7%) and 64 boys (43,2%). An original questionnaire of 12 closed questions was used. The research was conducted personally and it was supported by a pilot study which tested the correctness and comprehensibility of the questions. All students who took part in the survey returned filled-up forms.

The analysis of results

On the basis of the results, one can observe that the majority of respondents (64,9%) expressed the opinion that healthy lifestyle is preferred in their homes. 35,1% of pupils stated that the patterns of healthy lifestyle are absent in their families. On the basis of the research, a certain disturbing phenomenon concerning addictions in pupils' families can be seen. The majority of respondents (75,7%) have witnessed addictions in their families. Only 24,3% of respondents answered that addictions are absent in their homes.

The participants described addictions that are most commonly seen in their homes in detail. The most common habit was smoking. It was mentioned by more than a half of respondents (56,1%). The second place fell to drinking alcohol (35,8%). The rest enumerated different forms of addictions: computer (6,8%) and gambling (1,3%).

Another research issue concerned the habits of individual members of a family. The results showed that parents are the most prone to addictions. It has been concluded that 39,8% of mothers smoke. 77,4% of pupils stated that their fathers abuse alcohol, which is an alarming fact. Grandparents also became victims of addictions. 8,4% of all grandfathers are habitual smokers. Slightly lower percentage of grandfathers abuse alcohol (7,5%). The table 1 shows the detailed results of the research.

Tab. 1. Kinds of addictions in respondents' families

Person	Smoking		drinking alcohol		Total	
	n	%	n	%	n	%
mother	33	39,8	3	5,7	36	26,6
father	24	28,9	41	77,4	65	48,1
both parents	18	8,4	4	7,5	22	16,3
grandparents	7	8,4	4	7,5	11	8,1
siblings	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Total	83	56,1	53	35,8	135	100,0

On the basis of the scientific material it can be observed that parents shape pro-health attitudes in their children from the early age, which exerts an immense influence on children's possible smoking, drug or alcohol addiction in adult life [Mędrela-Kuder 2004].

The respondents were also asked if parents had informed them about the harmfulness of addictions and their effects on health. On the basis of the research and the results, it can be concluded that nearly half of the respondents (30,4%) were informed about the detrimental effects of addictions. 69,6% of pupils stated that parents had not equipped them with such knowledge, which is very disturbing. On the basis of the research it can be seen that it was the mother who informed a child about the detrimental effects of addictions (six times more frequent than a father – 86,7% and 13,3% accordingly). One can observe that the education role of a mother is of a typical kind because a mother, being a child's first teacher, starts health upbringing within a family from the earliest age [Pielka 2001].

In order to supplement the information concerning factors that shape young people's lifestyles, the respondents were asked the question - who is the role model of healthy lifestyle in their environment? A perfect example for more than a half of the pupils (38,6%) is a P.E. teacher. The research also showed that the slightly lower percentage of high-school pupils (32,4%) considered a class tutor to be an example of healthy lifestyle. Other answers are friends (17,6%) and other people (11,4%).

At this point it is worth to cite the field materials, in the light of which a properly functioning family is an example of health form many young people [Zawadzka 2001].

In the course of the research the youth were asked about the activities that a family undertake together in order to sustain and strengthen health. According to Kaiser's results, some prophylactic activities in families are breast self-examination and visiting a doctor for tests [Kaiser 2001].

The author's own results have been grouped into boys' and girls' answers. The most frequently chosen pro-health activity among girls was preventative dentistry. Boys, however, chose control visits in a doctor's office (34,4%). Additionally, 24,4% of girls noted their parent's pro-health activities in the sphere of nutrition. It has been also observed that 17,2 % of boys treated blood tests as pro-health behaviour in their families. Other answers can be found in table 2.

Tab. 2. Pro-health activities taken up by a family.

Action	girls		boys		total	
	n	%	n	%	n	%
control visits in a doctor's office	7	8,3	22	34,4	29	19,6
blood tests	3	3,6	11	17,2	14	9,4
encouraging physical activity	5	5,9	2	3,1	7	4,8
promotion of well-balanced diet	18	21,4	8	12,5	26	17,6
breast self-examination	9	10,7	0	0,0	9	6,1
preventative dentistry	23	27,4	5	7,8	28	18,9
avoiding addictions	1	4,8	1	1,6	2	1,3
taking vitamins and supplements	5	5,9	3	4,7	9	6,1
vaccination	4	4,8	4	6,2	8	5,4
eating organic food	3	3,6	1	1,6	4	2,7
promotion of outdoor relaxation	2	2,4	2	3,1	4	2,7
enough sleep	4	4,8	5	7,8	9	6,1
TOTAL	84	100,0	64	100,0	148	100,0

The pupils were asked about values that they considered to be essential in their lives. According to the biggest group of respondents, studying is the most important aspect (29,1%). The second place fell to having a friend (22,2%). The least frequently chosen option was money (12,8%). A certain interesting distinction between the boys' and girls' answers can be observed in the sphere of important values. Studying was the most important aspect for girls (45,2%). Boys chose a good future job as the most important (35,9%). The detailed comparison of answers can be found in Table 3.

Tab. 3. The most important values in life

Values	girls		boys		total	
	n	%	n	%	n	%
health	15	17,8	11	17,2	26	17,6
money	3	3,6	16	25,0	19	12,8
studying/school	38	45,2	5	7,8	43	29,1
friends	24	28,6	9	14,1	33	22,2
well-paid future job	4	4,8	23	35,9	27	18,3
Total	84	100,0	64	100,0	148	100,0

On the basis of the statistical data it is easy to notice that the youth rarely considered health to be important in their lives. It can be observed that health was vital only for 17,6% of the respondents of both sexes.

The fact seems to be understandable and coherent with the ideals of pro-health upbringing and its promotion. Health education models, which have been formed by medicine, i.e. therapeutic and prophylactic have turned out to be inefficient when applied to children and the youth. The most effective method is health education which should be oriented to the promotion of health. It takes into consideration social-economic health orientations. The essence of such a conduct is the responsibility shift from specialist to individual as well as presenting different psycho-social-economic links between an individual and his surroundings [Oleś 2010].

According to CBOS results, which were collected in years 1988-1996, it can be stated that values which are of utmost importance for the youth are: happy family life, reciprocated love, friendship, acceptance, friendliness and respect of others. It has not been scientifically proven because friendship, as a life value, occupied the 2nd position. CBOS data are confirmed in the research because of the fact that values associated with education and work occupied the top positions. Young generation wants to feel useful for others and the society. The youth perceive friendship and helping others not only as the sense of life but also as the source of happiness. [Bruszevska 1992].

The respondents also answered the question whether their family lifestyles should be changed. 85,1% of respondents were in favour of changes (94,1% of girls and 73,4% of boys). Only 14,9% of pupils stated that changes in their family lifestyle were unnecessary (26,5% of boys and 5,9% of girls).

The respondents also self-assessed their health. 62,8% of pupils considered their health to be good, only 25% of respondents evaluated it as very good. One could observe the alarming example of 4,8% of respondents who reckoned their health as bad/so so (7,4%). It is a worrying situation because such low self-assessment has no justification in any chronic diseases among the youth. The probable reasons lie within the lifestyle of an individual family and its health. The youth were also asked whether they suffer from any ailments. On the basis of the results, it can be stated that stomach-aches (29,8%), head-aches (23,6%) are the most frequently recurring ailments. Bad humour and irritation (14,2%) were also mentioned along with annoyance (12,8%). Table 3 present a detailed list of pupils' answers.

Tab. 4. The most frequent ailments pain occurring in the study.

The most frequent ailments	girls		boys		total	
	n	%	n	%	n	%
headaches	29	34,5	6	9,4	35	23,6
stomachaches	21	25,0	23	35,9	44	29,8
back pains	7	8,3	5	7,8	12	8,1
depression	4	4,7	2	3,1	6	4,1
irritation and bad humour	3	3,6	18	28,1	21	14,2
annoyance	10	11,9	9	14,1	19	12,8
problems with sleeping	5	6,0	1	1,6	6	12,8
dizziness	5	6,0	0	0,0	5	3,4
total	84	100,0	64	100,0	148	100,0

In Mazur's results one could notice annoyance, irritation and bad humour as the most frequently recurring ailments [Mazur 2007].

According to the data from 2006, it was concluded that 15-year-old youth treated their health positively – "very good" (32,8%) or "good" (50,8%). 15,3% of respondents assessed it as "so so". Only 1,1% considered their health as "bad" [Mazur 2007].

Conclusion

On the basis of the results it has been concluded that:

1. The respondents assess their family lifestyle as healthy despite addictions.
2. The most frequent anti-health behaviour among high-school pupils is smoking.
3. A mother and a P.E. teacher are considered to be role models of healthy lifestyle.
4. According to the respondents, visiting a doctor's office is the most effective prophylactics.
5. School, studying and friends are the most crucial values. Health occupies the penultimate position.
6. Respondents think that their family lifestyles should not change. They assess their health as good but also feel head- and stomach aches.

References:

1. Bruszeńska E. [1992], *System wartości u dzieci w późnym wieku szkolnym i możliwości jego realizacji*. In: *Studia z psychologii*. ATK. Warszawa. p. 133-157.
2. Czeredredka B. [2007], *Rodzina jako środowisko życia i wychowania*. W: Gruca
3. Miasik U. [ed.], *Dziecko i rodzina: społeczne powinności opieki i wychowania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów, p. 11-17.
4. Doniec R. [2006], *Rodzicielstwo a wychowanie - zagrożenia rodziny XXI wieku*. „Pedagogika Społeczna” nr 3, p. 101-112.
5. Izdebska J. [2003], *Rodzina - podstawowe środowisko życia dziecka*. In: Izdebska J. [ed.] *Dziecko w rodzinie i w środowisku rówieśniczym: wybrane zagadnienia i źródła z pedagogiki społecznej*. Trans Humana. Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok, p. 70-83
6. Kaiser A. [2001], *Prozdrowotne elementy stylu życia rodziców studentów AWF*, „Wychowanie Fizyczne i zdrowotne”, 5, p. 15-18.
7. Kawczyńska-Butrym Z. [2001], *Rodzina – zdrowie – choroba*. Czelej, Lublin.
8. Kulik T.B. [1997], *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*. Oficyna Wydaw. Fundacji Uniwersyteckiej – Stalowa Wola.
9. Kamiński A. [1972], *Funkcje pedagogiki społecznej*. PWN, Warszawa.
10. Mazur J. [2007], *Status materialny rodziny i otoczenia, a samopoczucie i styl życia*
11. *młodzieży 15 latniej*. Wyniki badań HBSC 2006 w ujęciu środowiskowym, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, p. 24-27.
12. Mędra-Kuder E. [2004], *Rola rodziców w kształtowaniu zdrowego stylu życia młodzieży akademickiej*. *Annales Universitatis M. Curie-Skłodowska*, Supl. XVI, p. 60-65.
13. Nowocień J. [1997], *Wychowanie zdrowotne w szkole współczesnej wobec zagrożeń rozwoju wielostronnego ucznia*. In: Czaplicki Z. [ed.] *Nauki o wychowaniu a promocja zdrowia*. Olsztyn, p. 86-91.
14. Pielka H. [2001], *Rodzina jako czynnik formujący zdrowie człowieka*. W: Murawow [ed.] *Zdrowie: istota, diagnostyka i strategię zdrowotne*. Materiały Konferencyjne Radom, p.455-460.
15. Siciński A. [1978], *Styl życia: przemiany we współczesnej Polsce*. PWN, Warszawa.
16. Szymańczak J. [2009], *Dzieci z grup ryzyka*. *Studia Biura analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu*, 1(17), p. 105.
17. Szymborski J., Jakubik K. [2008], *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*. *Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich*, p. 62, Warszawa.
18. Szymczak M. [2000], *Rodzina-ostoja czy brak stabilności*. *Annales Universitatis M. Curie-Skłodowska*, Supl. VII, p. 295-297.
19. Tyszka Z. [1976] *Socjologia rodziny*. PWN, Warszawa.
20. Oleś M. [2010], *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Wydawnictwo KUL, Lublin, p. 248-312.
21. Woynarowska B. [2001], *Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia ludności w Polsce. Zagrożenia i szanse* [in:] Żukowska Z., Żukowski R. (ed.), *Zdrowie – Ruch – Fair play*. Warszawa.
22. Wrońska K. [2006], *Rodzina jako wspólnota wartości*. „Pedagogika Społeczna”, nr 3, p. 113-126.
23. Zawadzka B. [2001], *Postawy dorastającej młodzieży wobec zdrowia*. In:
24. Murawow I. [ed.], *Zdrowie: istota, diagnostyka i strategię zdrowotne*. Materiały Konferencyjne Radom, p. 318-324.
25. Ziemska M. [1977], *Rodzina a osobowość*. Wiedza Powszechna, Warszawa.