

Zachowania prozdrowotne dziewcząt z wybranych szkół białskich w kontekście obowiązku realizacji założeń edukacji zdrowotnej¹

DOROTA RÓŻAŃSKA*

KRYSTYNA GÓRNIAK**

Wydział Wychowania Fizycznego i Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego, Biała Podlaska, Polska

Liczne problemy zdrowotne dzieci i młodzieży zobligowały placówki edukacyjne do wzmożonych działań oraz ewaluacji funkcjonujących programów edukacji zdrowotnej. Ogromna rola w tym względzie przypada nauczycielom wychowania fizycznego, przed którymi stoją trudne wyzwania dotyczące dostosowania szkolnych zajęć ruchowych do potrzeb i możliwości psychoruchowych uczniów. Kreowanie właściwych nawyków zdrowotnych, postaw wobec aktywności fizycznej oraz umiejętności ruchowych są ważne dla każdego człowieka od najmłodszych lat jego życia. Nabierają jednak szczególnego znaczenia w pracy z dziewczętami w okresie dojrzewania. Celem badań było poznanie opinii dziewcząt na temat sposobów dbania o zdrowie, jak również weryfikacja skuteczności dotychczasowych działań szkoły w zakresie realizacji celów edukacji zdrowotnej oraz promowania zdrowego stylu życia. Badania przeprowadzono w 2010 roku w Białej Podlaskiej. Objęto nimi 201 uczennic w wieku od 13 do 18 lat. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę egzaminacyjną pozwalające ocenić rozwój i sprawność fizyczną dziewcząt. Uzyskane wyniki wskazują na niedostateczną troskę o własne zdrowie. Jedynie zasady prawidłowego odżywiania wskazywane były przez dziewczęta jako często stosowane. Połowa badanych dbała o prawidłowy sen i wypoczynek, wiele z nich sięgała po używki, w tym alkohol i papierosy. Dziewczęta, choć dostrzegały wartości aktywności fizycznej, rzadko w praktyce dbały o odpowiednią dawkę ruchu w czasie wolnym. Niepokojącym jest brak motywacji uczennic do prowadzenia aktywnego trybu życia ze strony szkoły, a źródłem posiadanej przez nie wiedzy o zdrowiu zazwyczaj nie był nauczyciel. Jedynie 15% dziewcząt posiadało właściwą masę ciała. Niezadawalający był też poziom ogólnej sprawności fizycznej, w tym szczególnie wytrzymałości i siły mięśni ramion. Wprowadzie obowiązująca dokumentacja szkolna zawierała bogate treści programowe z zakresu edukacji zdrowotnej, to jednak działania placówek były niewystarczająco skuteczne. W świetle zgromadzonych informacji wydają się konieczne większa integracja międzyprzedmiotowa, synchronizacja i ewaluacja działań w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów oraz systematyczna ocena jej efektów.

SŁOWA KLUCZOWE: dziewczęta, rozwój i sprawność fizyczna, zachowania zdrowotne.

¹ Artykuł powstał na podstawie rozprawy doktorskiej.

Wprowadzenie

Międzynarodowe badania dotyczące poziomu zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży wskazują, iż na tle 33 krajów europejskich oraz Kanady i USA populacja polska nie wypada najlepiej. Nieprawidłowe nawyki zdrowotne, poważne zagrożenie otyłością czy brak odpowiedniej dawki ruchu sprawiają, iż zajmujemy środkową pozycję względem pozostałych badanych krajów w zakresie zdrowotności dzieci i młodzieży (WHO, 2012).

Z badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka (Instytut Matki i Dziecka, 2013) wynika, że jedynie blisko połowa dzieci i młodzieży spełnia zalecane kryteria dotyczące umiarkowanej, a jedynie około 30% intensywnej aktywności fizycznej. Obserwowany systematyczny spadek zainteresowania ruchem postępujący wraz z wiekiem, a szczególnie widoczny w okresie dojrzewania dotyczy głównie dziewcząt. Niski poziom aktywności fizycznej dzieci i młodzieży oraz coraz słabszy ich stan zdrowia skłaniają do podejmowania szerokich działań edukacyjnych i profilaktycznych. Założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 zakładają szereg celów i zadań w tym zakresie, powierzając ich realizację również placówkom oświatowym (Dz.U. RP, 2007 r., załącznik do Uchwały nr 90/2007). Współczesne wychowanie fizyczne oparte zostało na koncepcji zdrowia, a praca nauczyciela wychowania fizycznego w związku z tym staje się zadaniem trudniejszym, bardziej złożonym i odpowiedzialnym. Jest to niezmiernie ważne, ponieważ od stylu życia, a w tym od odpowiedniej dawki ruchu zależy zdrowie człowieka. Niepokojącym zjawiskiem jest więc ograniczanie tej aktywności. Problem dotyczy już samego uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego, które w opinii uczennic są mało atrakcyjne oraz często niezgodne z ich oczekiwaniami i potrzebami (Dobosz i Trzcinińska, 2000; Kuśnierz i Kostyuchenko, 2013; Pławińska, 2004; Szeklicki, 1997; Światała i in., 2016; Woynarowska i in., 2015). Niedostateczny poziom aktywności fizycznej dotyczy również czasu wolnego, który w większości dziewczęta spędzają w sposób bierny (Jurczak, 2005; Karkoszka i in., 2008; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2011; Nałęcz, 2015; Wojtyła i in., 2011). Obok niedostatecznej dawki ruchu, problemem są także nieprawidłowe nawyki żywieniowe, w tym zarówno ilość, jak i jakość posiłków. Dziewczęta najczęściej spożywają mniej niż trzy posiłki dziennie, a wiele z nich nie jada śniadań. W składzie pożywienia dziewcząt jest zbyt mało błonnika pokarmowego, składników mineralnych, w tym wapnia, potasu, sodu i magnezu, oraz witamin, co jest z kolei konsekwencją niskiego spożycia owoców i warzyw oraz produktów mlecznych i nabiału. Jednocześnie dostrzega się nadmierną konsumpcję węglowodanów i tłuszczów (Czeczulewski, 2007; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2011). Coraz częściej obserwuje się u nastolatków występowanie różnego rodzaju zaburzeń somatycznych. Z jednej strony dostrzega się niepokojące tendencje zwiększania częstotliwości pojawiania się problemu otyłości i nadwagi, a z drugiej niedożywienia wynikającego najczęściej z braku adekwatnej samooceny i bezpodstawnego stosowania diet i głodówek (Piotrowska i in., 2009; Popławska, 2006; Rychlik i Jarosz, 2008; Sakowska i Wojtyniak, 2008). Dziewczęta nie stronią również od używek. Stosunkowo często sięgają zarówno po alkohol, papierosy, narkotyki czy dopalacze, nie tylko zaspokajając młodzieńczą ciekawość, ale również poszukując alternatywnych sposobów na redukcję masy ciała czy podwyższenia samooceny (Jędrzejko i Netczuk-Gwoździewicz, 2013; Piotrowska i in., 2009).

Waga i wielopłaszczyznowość istniejących problemów stały się impulsem do zmian organizacyjno-programowych szkolnego systemu edukacji. Poprawę jakości i skuteczności kształcenia w zakresie wychowania fizycznego upatruje się we włączaniu w treści lekcji założeń szeroko pojmowanej edukacji zdrowotnej. Realizowana w trakcie prowadzonych badań podstawa

programowa (Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2009), jak i ta najnowsza, obowiązująca od września 2017 roku (Dz.U., 2017, poz. 356) bardzo mocno podkreślają potrzebę wyposażania uczniów w niezbędną wiedzę i umiejętności z zakresu dbałości o swoje zdrowie zarówno w kontekście aktualistycznym, jak i perspektywnym. Do realizacji tych ważnych zadań zobligowano przede wszystkim nauczycieli wychowania fizycznego oraz wychowawców klas, nauczycieli biologii i edukacji dla bezpieczeństwa. Współczesny nauczyciel wychowania fizycznego powinien być promotorem, doradcą i przewodnikiem w zakresie zdrowego trybu życia. Zobligowany jest do rozwijania poczucia odpowiedzialności uczniów za zdrowie własne i innych, wzmacniania poczucia wartości i wiary we własne możliwości, jak również zachęcania do prowadzenia zdrowego, jak najaktywniejszego trybu życia (Dz.U., 2017, poz. 356).

Wdrażanie nowych założeń programowych wymaga niewątpliwie weryfikacji skuteczności dotychczasowych działań, po to by wyciągając konstruktywne wnioski, lepiej zaprogramować proces dydaktyczny, ukierunkowany na zdrowie swoich podopiecznych.

Materiał i metody badań

Celem prowadzonych badań było poznanie opinii dziewcząt na temat dbałości o własne zdrowie, w kontekście odżywiania, podejmowania aktywności fizycznej, spędzania czasu wolnego oraz unikania substancji uzależniających i niebezpiecznych. Zgromadzone informacje w tym zakresie mogą stanowić materiał pośrednio świadczący o skuteczności pracy szkoły w zakresie realizacji założeń edukacji zdrowotnej i promowania zdrowego, aktywnego trybu życia.

Wobec tak sformułowanego celu interesującymi stały się odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

Jak dziewczęta oceniały swój stan zdrowia?

Czy podejmowane przez uczennice działania w zakresie żywienia, aktywności fizycznej oraz trybu życia były prawidłowe w kontekście ochrony i pomnażania własnego zdrowia?

Skąd dziewczęta czerpały wiedzę z zakresu edukacji zdrowotnej, jak postrzegały w tym zakresie działania szkoły i nauczycieli?

Jaki poziom rozwoju fizycznego i sprawności reprezentowały badane uczennice?

Czy podejmowane w badanych szkołach działania w zakresie realizacji założeń edukacji zdrowotnej można uznać za satysfakcjonujące i wystarczająco skuteczne, w kontekście uzyskanych wyników badań dotyczących poziomu dbałości o poszczególne aspekty zdrowego stylu życia dziewcząt?

Badania przeprowadzono we wrześniu 2010 roku na terenie czterech szkół bialskich. Objęto nimi 201 uczennic w wieku od 13 do 18 lat. Udział w realizowanym projekcie był dobrowolny, a przed przystąpieniem do obserwacji, zarówno dziewczęta, jak i ich rodzice zostali poinformowani o celowości i rodzajach badań.

Dziewczęta uczęszczające do wybranych placówek edukacyjnych były głównie mieszkankami Białej Podlaskiej, a co trzecia z nich (32,6%) dojeżdżała na zajęcia z pobliskich okolic. Większość badanych wychowywała się w rodzinach wielodzietnych, z trojgiem i więcej dzieci (60%), w których rodzice legitymowali się najczęściej wykształceniem średnim i wyższym (72,7% matek i 62,2% ojców).

Jak wynikało z podstawowej dokumentacji szkolnej, w tym programów profilaktycznych, wychowawczych i programów nauczania, placówki zobligowane były do realizacji zadań

zarówno z zakresu troski o zdrowie, jak i promowania właściwego stylu życia wśród swoich wychowanków.

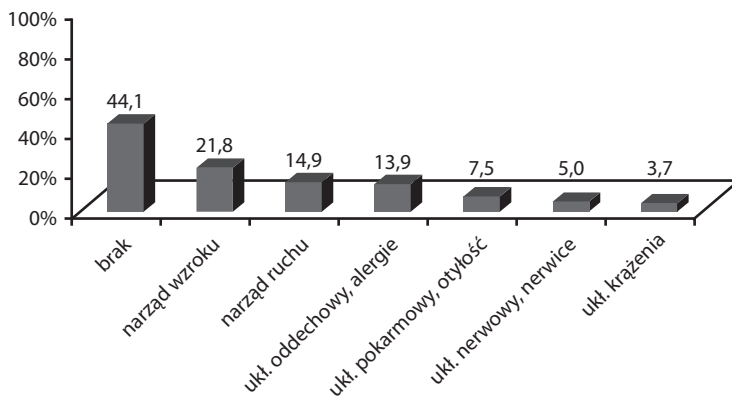
W gromadzeniu materiału badawczego wykorzystano dwie podstawowe metody – sondaż diagnostyczny oraz metodę egzaminacyjną (Siwiński, 1997).

Sondaż diagnostyczny, w tym technika badań ankietowych oraz analiza dokumentów, posłużyły do zebrania podstawowych danych personalnych, samooceny stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych dziewcząt, w tym sposobu spędzania czasu wolnego oraz preferowanych form aktywności fizycznej. Przeprowadzone wśród uczennic badania ankietowe miały charakter anonimowy.

Metoda egzaminacyjna pozwoliła dokonać analizy poziomu rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej badanych dziewcząt. Dokonano pomiaru wysokości i masy ciała oraz określono wartości BMI (Cole i in., 2000). Uzyskane wyniki odniesiono do siatek centylowych opracowanych dla dzieci i młodzieży z województwa lubelskiego (Saczuk i in., 2005a). Poziom sprawności fizycznej zbadano przy wykorzystaniu Międzynarodowego Testu Sprawności Fizycznej. Przeprowadzono siedem prób z wyłączeniem próby siły mięśni dłoni (Pilicz i in., 2005). Uzyskane wyniki odniesiono do norm skali punktowej T (Saczuk i in., 2005b). Biorąc pod uwagę zalecenia statystyczne i przyjmując, że wyniki w normie mieszczą się pomiędzy 40. a 60. punktem, określono poziom sprawności fizycznej dziewcząt (Furdal, 1989). Zgromadzony materiał został uporządkowany i opracowany z zastosowaniem podstawowych miar statystyki opisowej – średnich wartości badanych cech somatycznych i motorycznych oraz częstości występowania badanych zmiennych (Furdal, 1989).

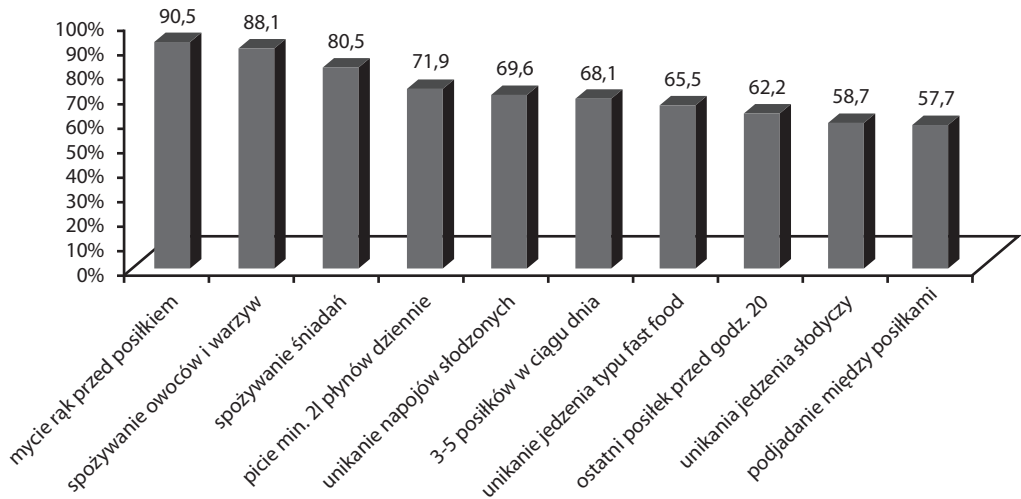
Wyniki

Świadoma, rzetelna samoocena stanu zdrowia i zachowań z nim związanych jest sprawą bardzo ważną w kontekście odpowiedzialnej i całościowej troski o nie. Większość uczennic biorących udział w badaniach określiło swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry (71%). Za przeciętny uznało go 25,5%, a zły jedynie 3,5%. Jednak ponad połowa dziewcząt uskarżała się na różnorakie dolegliwości, a do najczęściej zgłaszanych należały schorzenia narządu wzroku, dysfunkcje narządu ruchu oraz choroby układu oddechowego i alergie (Rysunek 1).



Rysunek 1.
Problemy zdrowotne badanych dziewcząt

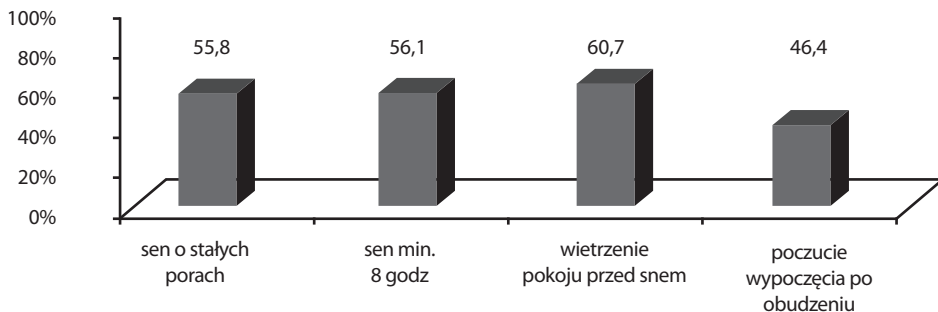
Jednym z podstawowych elementów prozdrowotnego stylu życia jest zachowywanie zasad racjonalnego, zdrowego żywienia. Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że dziewczęta na ogół znają te zasady. Najwięcej dziewcząt zadeklarowało, iż pamięta o odpowiedniej higienie przed posiłkiem. Stosunkowo często dziewczęta wskazywały także na systematyczne spożywanie owoców i warzyw oraz śniadań. Nieco rzadziej dbały o właściwe nawodnienie, dostarczając organizmowi minimum dwa litry płynów dziennie. Większość z tych dziewcząt deklarowała również, iż najczęściej pije wodę, unikając napojów słodzonych i gazowanych. Blisko 70% badanych pamiętało także o systematycznym, regularnym odżywianiu, spożywając od 3 do 5 posiłków dziennie. Nieco ponad połowa badanych rezygnowała z jedzenia nadmiernej ilości słodyczy oraz jedzenia typu fast-food (Rysunek 2).



Rysunek 2.

Wybrane nawyki żywieniowe badanych dziewcząt

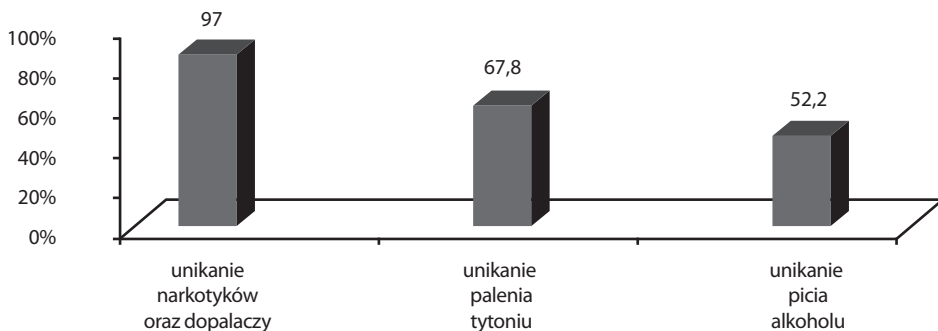
Obok zasad prawidłowego odżywiania bardzo istotne dla zdrowia dziewcząt w okresie dojrzewania są właściwa organizacja i czas trwania wypoczynku nocnego. Z analizy zgromadzonego materiału wynika, że na nocny wypoczynek o stałych porach udawała się blisko połowa dziewcząt, a około 60% systematycznie wietrzyło swój pokój przed snem. Pomimo, że nocny wypoczynek, trwający zazwyczaj minimum osiem godzin, deklarowała ponad połowa respondentek, to jednak poczucie pełnego wypoczynku po przebudzeniu odczuwała nieco mniejsza grupa badanych (Rysunek 3).



Rysunek 3.

Stosowanie zasad prawidłowego snu przez badane dziewczęta

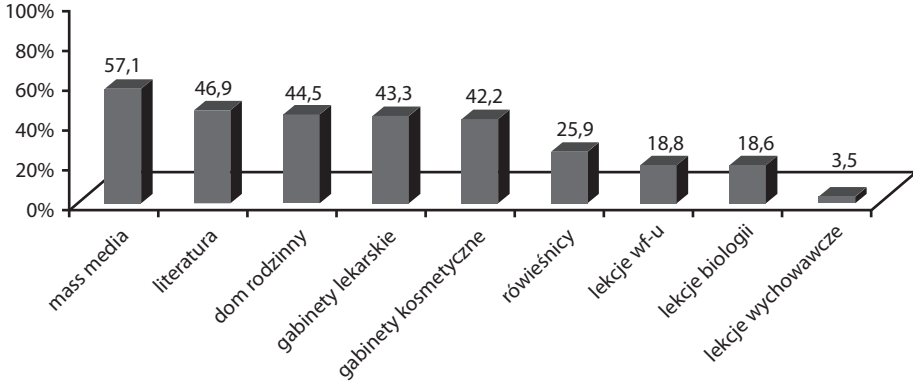
W edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży znaczącą rolę odgrywa profilaktyka używania środków uzależniających i niebezpiecznych. Przeprowadzone wśród dziewcząt bialskich rozpoznanie wykazało niezbyt korzystną sytuację w tym zakresie. Co trzecia badana paliła papierosy, a prawie połowa okazjonalnie piła alkohol. Kilka osób przyznało się do eksperymentowania z narkotykami i dopalaczami. Zważywszy na fakt, że uzyskane informacje dotyczą dziewcząt w wieku od 13 do 18 lat, można założyć zmienną częstotliwość występowania niekorzystnych zachowań zdrowotnych wśród badanych dorastających nastolatek (Rysunek 4).



Rysunek 4.

Unikanie stosowania używek i środków niedozwolonych przez dziewczęta

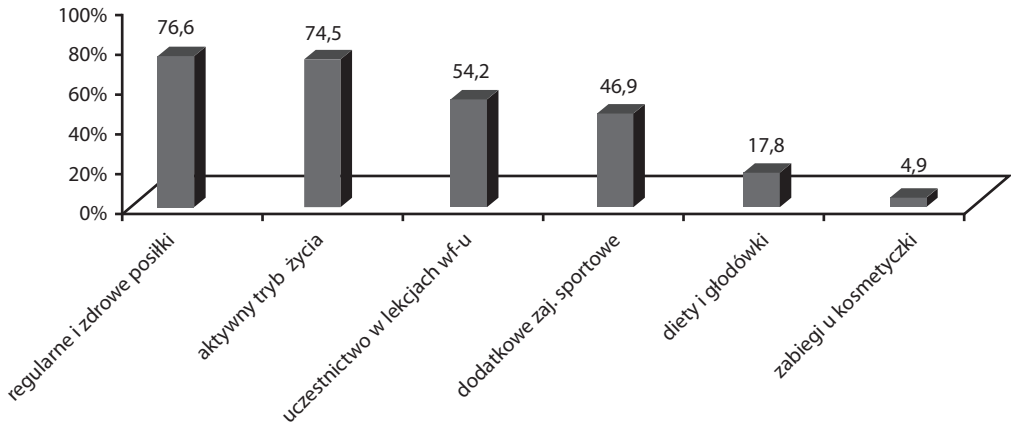
Dbłość o własne zdrowie i urodę jest dla dziewcząt bardzo ważna, a istnienie potrzeby posiadania wiedzy na ten temat powinno skłaniać środowisko szkolne do jej przekazu. Jak wskazały prowadzone badania, informacje dziewczęta pozyskiwały jednak głównie z mass mediów, w tym przede wszystkim z Internetu. Nieco rzadziej sięgały po literaturę fachową i prasę młodzieżową lub zdobywały ją od członków rodziny. Mniejsza grupa badanych rozwiązywała swe problemy zdrowotne znajdując pomoc w gabinetach lekarskich oraz kosmetycznych, a co czwarta korzystała z wiedzy i doświadczeń swoich rówieśników. W świetle prezentowanych danych niepokojącym jest fakt małej liczby wskazań szkoły jako miejsca pozyskiwania wiedzy na temat kształtowania zdrowia i pielęgnacji urody. Wypowiedzi dziewcząt wskazują, że wychowawcy oraz nauczyciele biologii i wychowania fizycznego zbyt mało uwagi poświęcają zagadnieniom edukacji zdrowotnej (Rysunek 5).



Rysunek 5.

Źródła pozyskiwania informacji na temat zdrowia i urody

Zdecydowana większość dziewcząt wykazała się jednak znajomością podstaw zdrowego stylu życia, wskazując na regularne i zdrowe posiłki oraz aktywny tryb życia. Zajęcia ruchowe w postaci obowiązkowych lekcji wychowania fizycznego oraz dodatkowe zajęcia sportowe są zdaniem respondentek nieodzowne. Tego typu informacje świadczą o istniejącej biologicznej potrzebie ruchu młodych kobiet, naturalnej w tym wieku i koniecznej dla ich zdrowia fizycznego i psychicznego. Niemniej jednak znalazła się niewielka grupa badanych, która w diecie i głódówkach upatrywała najlepsze sposoby na kształtowanie zdrowia i dbałość o urodę. Sporadycznie wskazywano również na wizyty w gabinetach kosmetycznych jako działania profilaktyczno-zdrowotne w tym zakresie (Rysunek 6).



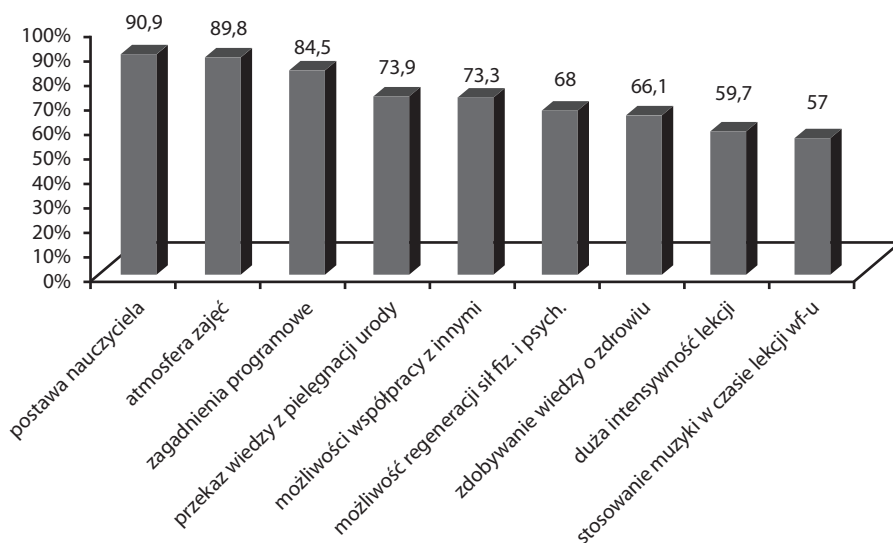
Rysunek 6.

Najsukuteczniejsze sposoby dbania o zdrowie i urodę w opinii dziewcząt

Prezentowane wcześniej informacje wskazują, że większość badanych dziewcząt była świadoma zdrowotnych aspektów aktywności fizycznej i jej znaczenia dla własnego zdrowia i urody. Tego typu stanowisko przekładało się na udział w lekcjach wychowania

fizycznego – większość z nich (74,8%) była pozytywnie ustosunkowana. Pozostałe 25,2% badanych nie akceptowała szkolnych zajęć ruchowych i niechętnie w nich uczestniczyła. W związku z tym interesującym stało się poznanie czynników motywujących uczennice do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego.

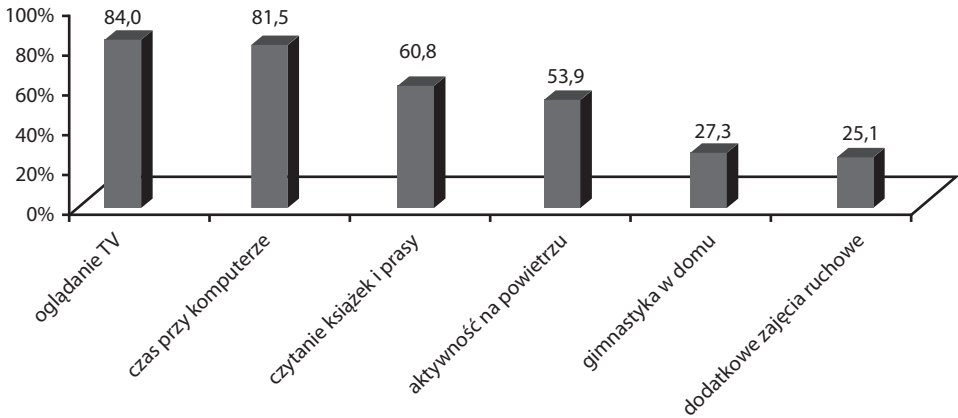
Okazało się, że najważniejsza dla dziewcząt była postawa nauczyciela wychowania fizycznego, co przekładało się na atmosferę panującą na zajęciach. Ważnym był również dobór treści programowych, dostosowanych do umiejętności oraz możliwości psychomotorycznych, a także do zainteresowań ćwiczących. Dla wielu z nich ważnym momentem w zajęciach ruchowych była możliwość współpracy z rówieśnikami, a także szanse na regenerację sił fizycznych i psychicznych. Ponadto dziewczęta upatrywały w lekcjach wychowania fizycznego szanse na dodatkową edukację zdrowotną. Do udziału w tych zajęciach motywowały je możliwości zdobycia wiedzy o tym, jak dbać o zdrowie, urodę i kondycję fizyczną. W najmniejszym stopniu uczennice zainteresowane były rywalizacją sportową (Rysunek 7).



Rysunek 7.

Czynniki motywujące dziewczęta do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego

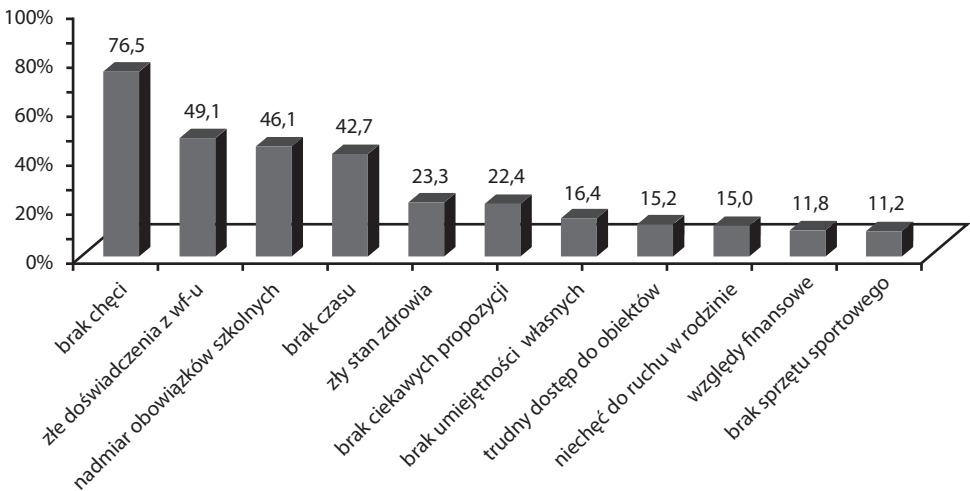
Zastanawiano się również nad tym, na ile aktywność dziewcząt w szkolnych zajęciach wychowania fizycznego wynikała z prowadzonego przez nie trybu życia. Uzyskane wypowiedzi świadczą o tym, że co czwarta respondentka preferowała bierny wypoczynek. Do ulubionych zajęć podejmowanych przez dziewczęta w czasie wolnym należało oglądanie telewizji oraz spędzanie czasu przed komputerem. Stosunkowo często badane sięgały też po książki i prasę, a najrzadziej odpoczywały aktywnie. Jedynie blisko połowa dziewcząt deklarowała podejmowanie w czasie wolnym systematycznej aktywności fizycznej na świeżym powietrzu. Najrzadziej wskazywano na gimnastykę w domu oraz uczestnictwo w dodatkowych zajęciach ruchowych (Rysunek 8).



Rysunek 8.

Czynności podejmowane najczęściej w czasie wolnym przez badane dziewczęta

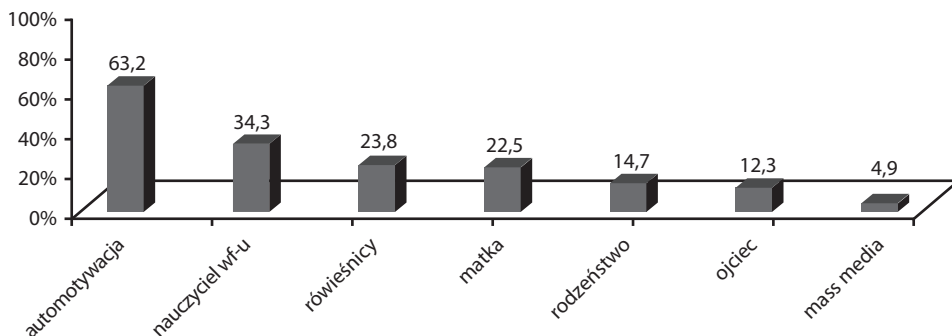
Pojawiło się więc pytanie, jakie są główne powody niechęci dziewcząt do uczestnictwa w różnych formach aktywności fizycznej. Odpowiedzi wskazują, że dominującą przyczyną był przede wszystkim brak chęci, negatywne doświadczenia wyniesione z lekcji wychowania fizycznego, a także nadmiar obowiązków szkolnych oraz brak czasu wolnego. W mniejszym stopniu wskazywano na problemy zdrowotne bądź brak ofert w zakresie zajęć rekreacyjno-sportowych. Nieliczne wypowiedzi dotyczyły problemów natury technicznej lub rodzinnej (Rysunek 9).



Rysunek 9.

Przyczyny niepodjęcia przez dziewczęta aktywności fizycznej

Najtrudniejszym dla dziewcząt było przezwyciężenie własnej słabości. Potwierdzeniem tego były uzyskane odpowiedzi na kolejne pytanie dotyczące czynnika inspirującego badane do podejmowania aktywności fizycznej. Najczęściej dziewczęta mogły liczyć na siebie, a w następnej kolejności wymieniały, choć zdecydowanie rzadziej, nauczyciela wychowania fizycznego, rówieśników oraz matki jako osoby motywujące je do ruchu (Rysunek 10).



Rysunek 10.

Osoby najczęściej motywujące dziewczęta do aktywności fizycznej

Niedostateczny poziom motywacji, w tym również wynikający ze środowiska szkolnego, miał niewątpliwie związek ze znikomym zainteresowaniem samym uczestnictwem w zorganizowanej dodatkowej aktywności fizycznej. W zajęciach rekreacyjno-sportowych na terenie szkoły uczestniczyło jedynie 25,6% badanych, a w zajęciach pozaszkolnych 18,3%.

Prawidłowe zachowania zdrowotne dziewcząt, a w szczególności w zakresie odżywiania i podejmowania aktywności fizycznej miały swoje odzwierciedlenie w jakości przemian rozwojowych. Te, którymi najbardziej zainteresowane były młode kobiety dotyczyły zgrabnej, sprężystej sylwetki oraz dobrej kondycji fizycznej – a więc harmonijnego rozwoju somatycznego i motorycznego oraz prawidłowego kształtowania się aparatu ruchu. W związku z tym analizie poddano poziom rozwoju fizycznego badanych dziewcząt. Znajomość sytuacji w tym zakresie była bardzo ważna ze względu na fakt, że grupa poddana obserwacjom znajdowała się w trudnym okresie rozwojowym. Wiek od 13 do 18 lat to czas intensywnych przemian, zarówno w strukturze, jak i funkcjach organizmu, które mogą mieć swoje odzwierciedlenie w zachowaniach zdrowotnych.

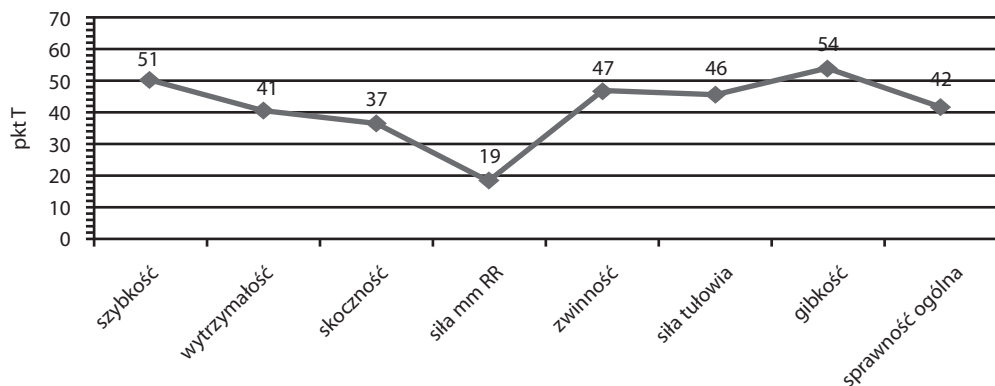
Budowę ciała analizowano na podstawie pomiarów wysokości i masy ciała, które wykorzystano do obliczenia BMI. Z kolei odniesienie tych parametrów do siatek centylowych (Saczuk i in., 2005a) pozwoliło na określenie ich poziomu (Tabela 1).

Tabela 1 Procentowy rozkład poziomu wartości centylowych badanych zmiennych somatycznych

Poziom centylowy	Badana zmienna somatyczna		
	Wysokość ciała (%)	Masa ciała (%)	Wskaźnik BMI (%)
Poniżej 25.	43,3	37,8	34,2
Pomiędzy 25-75.	29,1	14,5	31,9
Powyżej 75.	27,6	47,7	33,9
Powyżej 75.	27,6	47,7	33,9

Z przeprowadzonych analiz wynika, że w odniesieniu do norm opracowanych dla dzieci i młodzieży z województwa lubelskiego większość badanych dziewcząt osiągała niższe wartości wysokości ciała, a wyższe masy ciała. Wymiary masy ciała, mieszczące się między 25. a 75. centylem, odnotowano w grupie ok. 15% uczennic. Ponad 37% badanych osiągało zbyt niską masę ciała, a ponad 47%, zbyt dużą. Nieco inaczej kształtowały się pomiary wysokości ciała. Najwięcej pomiarów mieściło się poniżej 25. centyla. Prawie co trzecia badana osiągała prawidłowe względem wieku wymiary ciała, a ponad 27% należało do grupy dziewcząt wysokich. Z kolei analiza poziomu BMI wskazuje na niemal identyczne rozłożenie wartości tego wskaźnika w poszczególnych poziomach centylowych. Stosunkowo najczęściej było dziewcząt o smukłej budowie ciała (BMI poniżej 25. centyla), nieco mniej o tęgiej budowie (BMI powyżej 75. centyla), a najmniej o prawidłowych proporcjach wzrostowo-wagowych (Tabela 1).

Analizując sprawność fizyczną dziewcząt można zaobserwować zróżnicowane wyniki pomiarów poszczególnych prób. Odniesienie ich do norm skali punktowej T (Saczuk i in., 2005b) pozwoliło określić profil, a także poziom sprawności fizycznej badanych w odniesieniu do norm opracowanych dla dzieci i młodzieży z województwa lubelskiego (Rysunek 11).



Rysunek 11.

Profil sprawności fizycznej dziewcząt (w skali punktowej T)

Dziewczęta ze szkół bialskich osiągały najlepsze wyniki w próbie gibkości i szybkości. W granicach normy (między 40. a 60. pkt.) znalazły się wyniki próby zwinności oraz siły mięśni tułowia, a w dolnej granicy normy był średni wynik próby wytrzymałości. Najślabiej dziewczęta wypadły w zakresie poziomu skoczności oraz siły mięśni ramion. Sprawność ogólna, charakteryzowana na podstawie uzyskanych wyników w poszczególnych próbach, plasowała się w dolnej granicy normy.

Dyskusja

Przeprowadzone obserwacje wskazują, że badane dziewczęta pomimo pozytywnej oceny swojego stanu zdrowia, uskarżały się na pewne dolegliwości. Najczęściej zgłaszane były dolegliwości ze strony narządu wzroku, układu oddechowego, alergie oraz dysfunkcje narządu ruchu. Analizowana sytuacja zdrowotna nie odbiega znacząco od obserwowanych tendencji dotyczących stanu zdrowia polskiej młodzieży (Instytut Matki i Dziecka, 2013; WHO, 2012).

Dla prawidłowego rozwoju niezbędne jest przestrzeganie właściwych zasad odżywiania. Badane dziewczęta posiadały podstawową wiedzę na ten temat, deklarując dbałość o właściwą ilość i jakość spożywanych posiłków. Na problemy związane z kształtowaniem prawidłowych nawyków żywieniowych zwraca uwagę wielu autorów. Są zaniepokojeni tym, że zbyt często młodzież spożywa mniej niż trzy posiłki dziennie, o różnych porach, z długimi przerwami pomiędzy nimi. Nie jadają też śniadań, a w ich dietach zdecydowanie za mało jest owoców i warzyw oraz produktów mlecznych i nabiału. Zdecydowanie za dużo spożywają też węglowodanów i tłuszczów (Czeczulewski, 2007; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2011; Popławska, 2006). Prowadzone badania własne wydają się potwierdzać jedynie połowicznie obserwowane negatywne tendencje w żywieniu nastolatków. Dziewczęta bialskie deklarowały w znaczącej większości, że dbają zarówno o jakość, jak i systematyczność oraz higienę spożywanych posiłków, często spożywały również owoce. To, co jednak nie odróżniało ich od badanych przez wielu autorów nastolatków, to stosunkowo częste jedzenie słodczy, posiłków typu fast food oraz podjadania między posiłkami.

Zdecydowanie gorzej przedstawiała się sytuacja jakości wypoczynku nocnego. Jedynie blisko połowa badanych pamiętała o tych zasadach i starała się wdrażać je w życie. Niepokojący jest też fakt, iż jedynie blisko 40% z nich potrafiło efektywnie wypoczywać. Wiele dziewcząt sięgało również po używki. Prawie połowa z nich przyznała się do okazjonalnego spożywania alkoholu, a blisko 30% do palenia papierosów. Do podobnych spostrzeżeń doszła Piotrowska i in. Ponad połowa badanych przez autorów licealistek sięgała po używki, upatrując w nich sposoby na redukcję masy ciała i akceptację swojego wyglądu (Piotrowska i in., 2009).

Pomimo, że badane nastolatki bialskie z reguły lubiły lekcje wychowania fizycznego, a obok prawidłowo zbilansowanego żywienia wskazywały odpowiedni poziom aktywności fizycznej jako najskuteczniejsze sposoby dbania o zdrowie i urodę, rzadko w praktyce tę ważną zasadę stosowały. Do podobnych wniosków w swoich badaniach doszli i inni autorzy (Górna i Skalik, 2002; Pankowska-Koc, 2007). Z ich badań wynika, że najczęstszym powodem unikania przez dziewczęta uczestnictwa w lekcjach była ich mała atrakcyjność i brak spełniania oczekiwań dziewcząt. Z badań prowadzonych przez kolejnego autora (Jeziński, 1994) wynika, iż lekcje wychowania fizycznego zawierają zdecydowanie nieatrakcyjne dla dziewcząt treści, dominuje w nich męski model kultury fizycznej, oparty głównie na grach zespołowych oraz brakuje w nich przekazu oczekiwanej przez dziewczęta wiedzy z zakresu wychowania zdrowotnego i estetycznego. Jak wskazywały kolejne badania, nastolatki nie oczekują zwiększania liczby godzin wychowania fizycznego, a zdecydowanie poprawy ich jakości, na przykład poprzez włączanie tanecznych form ruchu (Różańska, 2016; Tucholska i Fiedor, 2007).

Niski poziom aktywności fizycznej dziewcząt widoczny był również, przy analizie czasu wolnego badanych. Dziewczęta najczęściej wypoczywały w sposób bierny, a niepodejście dodatkowej aktywności fizycznej tłumaczyły brakiem chęci, negatywnymi doświadczeniami wynoszonymi z lekcji wychowania fizycznego oraz nadmiarem obowiązków szkolnych. Na dominację biernych form wypoczynku wśród dziewcząt w okresie dojrzewania zwrócili uwagę również inni autorzy (Jurczak, 2005; Karkoszka i in., 2008). Jak wykazały badania własne, dziewczęta do aktywności fizycznej musiały motywować się głównie same, rzadko dostrzegając w tym względzie pozytywną rolę szkoły i lekcji wychowania fizycznego. W pozalekcyjnej i pozaszkolnej aktywności fizycznej brało więc udział jedynie blisko 20% uczennic szkół bialskich.

Wiedzę z zakresu edukacji zdrowotnej dziewczęta czerpały przede wszystkim z mass mediów, w tym głównie z Internetu. To, co jednak szczególnie niepokoi, to fakt braku istotnej

roli szkoły w tym aspekcie. Lekcje biologii, wychowania fizycznego i godziny wychowawcze jako źródła wiedzy wskazywane były najrzadziej. W opinii dziewcząt zdobywanie takiej wiedzy na lekcjach wychowania fizycznego byłoby czynnikiem istotnie motywującym je do uczestnictwa w zajęciach szkolnych i pozaszkolnych. Jak podkreślają Górna i Skalik, należałoby się skupić na przekazie wiedzy i eksponowaniu w lekcji wartości estetycznych i zdrowotnych, które szczególnie dziewczęta interesują (Górna i Skalik, 2002).

Niedostateczna troska o zdrowie mogła mieć wpływ na rozwój fizyczny dziewcząt. Około 15% z nich charakteryzowało się prawidłową masą ciała, a 29% wysokością ciała. Wśród 32% badanych stwierdzono prawidłową budowę ciała. Pojawianie się wśród dziewcząt w okresie dojrzewania problemów w zakresie budowy somatycznej, z tendencją do występowania nadmiernej masy ciała potwierdzają obserwacje prowadzone przez innych autorów (Cole i in., 2000; Czajka i Kochan, 2012, Kasperczyk i in., 2007).

Równie niezadowolająco przedstawiała się w grupie bialskich uczennic sytuacja dotycząca poziomu ich sprawności fizycznej. Wśród analizowanych zdolności w dolnej granicy normy znalazły się wyniki próby wytrzymałości oraz ogólny poziom sprawności badanych. Znacząco poniżej normy był pomiar siły mięśni ramion. Pozostałe zdolności osiągały prawidłowe wartości. Niepokojącym wydaje się fakt braku wysokich wyników w jakiegokolwiek próbie. Na systematycznie obniżający się poziom sprawności polskiej młodzieży zwracali uwagę i inni autorzy (Przewęda i Dobosz, 2003). Odnotowali oni niebezpieczne zjawisko rozwojowe polegające na pogłębianiu się rozbieżności pomiędzy rozwojem fizycznym a motorycznym. Podkreślili, że wraz z coraz lepszym rozwojem fizycznym młodzieży, obniża się ich poziom sprawności, co jest bardzo niekorzystnym zjawiskiem w kontekście dalszego rozwoju osobnika.

Pomimo, że edukacja zdrowotna we współczesnej szkole jest istotna i po kolejnych reformach coraz bardziej podkreśla się jej rolę, nadal nie jest realizowana w sposób wystarczający i skuteczny. Jak zauważa Nowocien (2014), współczesny nauczyciel powinien objąć troską nie tylko rozwój fizyczny ucznia, ale również jego zdrowie w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym, realizując przez to holistyczną wizję człowieka. Wymaga to od niego posiadania odpowiednich kompetencji edukacyjnych, społecznych i organizacyjnych, a w tym etycznego wypełniania ról nauczyciela i kreatora zdrowia.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że zakładane cele edukacji zdrowotnej w objętych badaniem szkołach bialskich nie w pełni realizowano skutecznie. Szczególnie widoczne było to w zakresie niewystarczającej promocji aktywnego trybu życia, za którą odpowiadali przede wszystkim nauczyciele wychowania fizycznego. Świadczy o tym przede wszystkim niski poziom uczestnictwa w szkolnych i pozaszkolnych formach aktywności fizycznej badanych dziewcząt, preferowanie przez nie biernego wypoczynku oraz w wielu przypadkach niechęć do samych lekcji wychowania fizycznego, czego konsekwencją był stosunkowo niski poziom sprawności fizycznej badanych i kształtowanie wśród wielu uczennic nieprawidłowych proporcji wzrostowo-wagowych. Za mało uwagi poświęcono również uświadamianiu znaczenia prawidłowego wypoczynku nocnego, zapewniającego tak ważną właściwą regenerację sił, a przez to i większą odporność na stres, jak i profilaktyce antyuzależnieniowej. Nieco lepiej przedstawiała się sytuacja w zakresie wiedzy o zasadach zdrowego odżywiania, co jak wynika z wypowiedzi uczennic w większym stopniu było jednak wpływem promocji w mass mediach, a nie samym oddziaływaniem edukacyjnym szkół.

Uzyskane wyniki potwierdzają niestety ogólną tendencję niewystarczającej i mało efektywnej pracy szkół w zakresie realizacji założeń edukacji zdrowotnej młodego pokolenia. Brakuje współpracy międzyprzedmiotowej oraz skutecznych sposobów ewaluacji podejmowanych

działań. Kształtowanie trwałych i pozytywnych postaw w zakresie odpowiedzialnej troski o własne zdrowie niejednokrotnie spłyca się do spontanicznego, często przypadkowego przekazu suchych informacji, a nie ukazywania ich znaczenia i roli oraz potrzeby i obowiązku stosowania w praktyce.

Jak podkreśla Nowocien (2014) systematycznie prowadzone kontrole szkolnych zajęć wychowania fizycznego wskazują na pogłębianie się problemu zniechęcenia uczniów do uczestnictwa w lekcjach, a co piąte gimnazjum w Polsce, mimo obowiązku nałożonego Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej nie wdrożyło w roku szkolnym 2009/2010 nowych założeń podstawy programowej. W opinii jednej trzeciej badanych uczniów i ich rodziców w wielu szkołach nie realizowano zupełnie lub realizowano w mniejszym niż zalecanym zakresie treści edukacji zdrowotnej. Niejednokrotnie realizowane treści były nieadekwatne do potrzeb i oczekiwań uczniów, a w podejmowanych działaniach brakowało współpracy pomiędzy kadrami pedagogiczną, medyczną i kierowniczą placówek.

Jak podkreśla Czechowski (2014), nauczyciele wychowania fizycznego, szczególnie ci z niższym stażem zawodowym, bardzo często deklarują słabe przygotowanie do wypełniania tej ważnej roli, oczekując organizacji specjalnych szkoleń, warsztatów metodycznych oraz lepszej dostępności materiałów pomocniczych z tego zakresu. Brak realizacji bloku edukacji zdrowotnej niejednokrotnie tłumaczy również niechęcią do przeznaczenia tak dużej ilości godzin na teoretyzowanie zamiast na aktywność fizyczną uczniów.

Wnioski

Pomimo że większość dziewcząt oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, przy dokładniejszych analizach okazało się, że ponad 50% z nich zgłosiło posiadanie różnorodnych dolegliwości. Wśród najczęstszych, obok problemów z narządem wzroku, układem oddechowym i alergii, znalazły się, wskazywane przez blisko 15% badanych, dysfunkcje narządu ruchu.

Nie wszystkie podejmowane przez dziewczęta zadania związane z właściwą troską o zdrowie były prawidłowe, chociaż starały się one właściwie odżywiać, dbając zarówno o odpowiednią jakość i ilość posiłków. Stosunkowo często przyznawały się jednak do podjadania między posiłkami oraz spożywania jedzenia typu fast food i słodczy. W dużej mierze miały problem z efektywnym wypoczynkiem, nie dbając o odpowiednią dawkę snu. Nie stroniły też od używek, sięgając stosunkowo często po alkohol i papierosy. Pomimo, że deklarowały akceptację aktywności fizycznej to często wybierały bierne formy wypoczynku.

Posiadaną wiedzę z zakresu troski o zdrowie dziewczęta czerpały głównie z Internetu. Rola szkoły w tym zakresie była niepokojąco niska, a lekcje biologii, wychowania fizycznego czy godziny wychowawcze wskazywane były najrzadziej.

Tylko co trzecia badana charakteryzowała się prawidłową wartością wskaźnika BMI, u pozostałych w podobnym zakresie występowała smukła lub tęga budowa ciała. Dodatkowo dziewczęta charakteryzował stosunkowo niski poziom ogólnej sprawności fizycznej. Niezadawalający poziom wyników uzyskiwały one przede wszystkim w próbie siły mięśni ramion oraz, co szczególnie niepokoi, w ocenie wytrzymałości.

Realizacja założeń edukacji zdrowotnej w badanych placówkach nie przyniosła oczekiwanych rezultatów, o czym świadczyć pośrednio może niewystarczająco dobra troska o własne zdrowie wielu uczennic. Posiadana przez dziewczęta wiedza nie zawsze wykorzystywana była przez nie w życiu codziennym, szczególnie w kontekście prowadzonego, mało aktywnego trybu życia.

Prezentowane wyniki badań oraz sformułowane wnioski wskazują na potrzebę intensyfikacji działań szkoły w zakresie realizacji programu edukacji zdrowotnej, weryfikacji doboru treści i form kształcenia, lepszego ich dostosowania do oczekiwań i potrzeb zdrowotnych dziewcząt. Nieodzownym w tym względzie wydaje się również synchronizacja współpracy międzyprzedmiotowej oraz systematyczna kontrola efektów podejmowanych działań prowadzona zarówno przez dyrekcję szkół, jak i organy zewnętrzne.

Literatura

- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. i Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240–1243.
- Czajka, K. i Kochan, K. (2012). BMI a zachowania zdrowotne uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(3), 551–557.
- Czeczulewski, J. (2007). Sposób żywienia, stan odżywienia, wybrane cechy somatyczne oraz aktywność fizyczna dzieci i dorastającej młodzieży z terenu powiatu bialskiego, uwarunkowania i wzajemne związki. *Monografie i Opracowania, AWF Warszawa, ZWWF Biała Podlaska, 1*.
- Czechowski, M. (2014). Nauczyciel wychowania fizycznego o realizacji zadań edukacji zdrowotnej. W: J. Nowocień (red.), *Szkolne wychowanie fizyczne w dobie reform edukacyjnych* (s. 165–179) [School Physical Education in the Era of Educational Reforms], Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego.
- Dobosz, J. i Trzczińska, D. (2000). Kto i dlaczego nie ćwiczy na lekcji wychowania fizycznego. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 2-3, 81–85.
- Furdal, S. (1989). *Modelowanie statystyczne w badaniach empirycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Sportu.
- Górna, K. i Skalik, K. (2002). Stosunek uczennic do lekcji wychowania fizycznego. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 4, 20–24.
- Instytut Matki i Dziecka (2013). *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 9–17 lat*, Warszawa.
- Jeziński, R. (1994). Wychowanie fizyczne dziewcząt w świetle ich oczekiwań i potrzeb. *Studia i Monografie AWF Wrocław, 44*.
- Jędrzejko, M. i Netczuk-Gwoździewicz, M. (2013). Psychospołeczne uwarunkowania narkomanii w środowisku młodzieży. W: M. Jędrzejko i M. Netczuk-Gwoździewicz (red.), *Pułapki współczesności. Człowiek wobec uzależnień. Wybrane problemy. Studia-Badania-Praktyka* (s. 91–104). Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jurczak, A. (2005). Aktywność ruchowa młodzieży w czasie wolnym. Preferencje, bariery, uwarunkowania. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 12, 25–30.
- Karkoszka, G., Kozik, V. i Palica, D. (2008). Aktywność ruchowa dziewcząt w czasie wolnym – kończących naukę w szkołach ponadgimnazjalnych. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 10, 30–33.
- Kasperczyk, J., Joško, J. i Bilska, J. (2007). Sposoby odżywiania się oraz wybrane czynniki zdrowego stylu życia wśród młodzieży licealnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88(2), 157–161.
- Kuśnierczak, C. i Kostyuchenko, V. (2013). *Preferowane przez uczniów gimnazjum cele wychowania fizycznego jako przejaw oczekiwań wobec przedmiotu*. Opole: Oficyna Wydawnicza Politechniki Opolskiej, 83–92.
- Mazur, J. i Małkowska-Szkutnik, A. (2011). *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 109–121.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej (2009). *Podstawa Programowa z komentarzami*. Tom 8. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa, szkoła podstawowa – gimnazjum – liceum. Warszawa.
- Nałęcz, H. (2015). Aktywność fizyczna, Spędzanie czasu w bezruchu W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych: wyniki badań HBSC 2014*, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 119–136.
- Nowocień, J. (2014). Wychowanie fizyczne jako proces ciągłej edukacji. W: J. Nowocień (red.), *Szkolne wychowanie fizyczne w dobie reform edukacyjnych* (s. 19–44) [School Physical Education in the Era of Educational Reforms], Warszawa.

- Pankowska-Koc, K. (2007). Postawa uczennic kończących gimnazjum wobec wychowania fizycznego. *Kultura Fizyczna*, 3-4, 22–25.
- Pilicz, S., Przewęda, R., Dobosz, J. i Nowacka-Dobosz, S. (2005). *Punktacja sprawności fizycznej młodzieży polskiej według Międzynarodowego Testu Sprawności Fizycznej. Kryteria pomiaru wydolności organizmu Testem Coopera*. Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego.
- Piotrowska, E., Żechałko-Czajkowska, A., Biernat, J. i Mikołajczak, J. (2009). Ocena wybranych cech stylu życia kształtujących stan zdrowia 16-18-letnich dziewcząt. Cz.1. Stosowanie różnych diet, aktywność fizyczna, palenie papierosów i picie alkoholu. *Rocznik Polskiego Zakładu Higieny*, 1(60), 51–57.
- Pławińska, L. (2004). Przyczyny niechęci do uczestnictwa w lekcji wychowania fizycznego w opinii uczennic Zespołu Szkół Ogrodniczych w Szczecinie. W: W. Siwiński, R. D. Tauber i E. Mucha-Szajek (red.), *Hotelarstwo, gastronomia, turystyka i rekreacja w procesie integracji europejskiej* (s. 197–208). Poznań: Wyższa Szkoła Hotelarstwa i Gastronomii.
- Popławska, H. (2006). Rozwój biologiczny dziewcząt i chłopców ze środowiska wiejskiego z terenów Południowego Podlasia w świetle wskaźników otluszczenia. *Studia i Monografie AWF Warszawa*, 107.
- Przewęda, R. i Dobosz, J. (2003). Kondycja fizyczna polskiej młodzieży. *Studia i Monografie AWF Warszawa*, 98.
- Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015, Załącznik do Uchwały nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. (2007). Dz. U. RP, 26–34, 40–42.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealne. (2017). Dz. U. RP., poz. 356.
- Różańska, D. (2016). *Wpływ zajęć fakultatywnych z tańca na rozwój psychofizyczny i kształtowanie postaw prozdrowotnych dziewcząt. Rozprawa doktorska*. Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej.
- Rychlik, E. i Jarosz, M. (2008). Najczęstsze wady w żywieniu dzieci i młodzieży. W: M. Jarosz (red.), *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia* (s. 17–26). Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia.
- Saczuk, J., Wilczewski, A. i Wróbel, K. (2005a). Siatki centylowe i normy tabelaryczne rozwoju cech somatycznych. W: J. Saczuk (red.), *Rozwój fizyczny i sprawność fizyczna dzieci i młodzieży z województwa lubelskiego*. AWF Warszawa, ZWWF Biała Podlaska, 35–51.
- Saczuk, J., Wilczewski, A., Wasiluk, A. i Olszewska, D. (2005b). Skala punktowa według Międzynarodowego Testu Sprawności Fizycznej. W: J. Saczuk (red.), *Rozwój fizyczny i sprawność fizyczna dzieci i młodzieży z województwa lubelskiego*. AWF Warszawa, ZWWF Biała Podlaska, 87–141.
- Sakowska, I. i Wojtyniak, B. (2008). Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. W: B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski* (s. 185–199). Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Siwiński, W. (1997). *Metody badań pedagogicznych w dziedzinie kultury fizycznej i turystyki*. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego.
- Szeklicki, R. (1997). Aktywność fizyczna a samoocena zdrowia, sprawności fizycznej, osiągnięć sportowych oraz zadowolenia z życia u dzieci i młodzieży w Polsce. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 3, 27–35.
- Światała, S., Gnitecka, J. i Supiński, J. (2016). Pożądane cechy nauczyciela wychowania fizycznego w oczach uczniów i ich rodziców. *Rocznik Naukowy Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki w Białymstoku*, 1(16), 5–14.
- Tucholska, K. i Fiedor, M. (2007). Aktywność ruchowo-sportowa dzieci i młodzieży szkolnej a motyw jej podejmowania. *Antropomotoryka*, 28, 29–41.
- WHO Regional Office for Europe (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*, Kopenhaga.
- Wojnarowska, B., Mazur, J. i Oblacińska, A. (2015). Uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego w szkołach w Polsce. *Hygeia Public Health*, 50(1), 183–190.
- Wojtyła, A., Biliński, P., Bojar, I. i Wojtyła, K. (2011). Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(2), 335–342.

Health-oriented behaviour of girls from selected Biała Podlaska schools in the context of the requirement to apply the principles of health education

Numerous health problems of children and youth have obliged educational institutions to increase the activities of health education programmes and evaluate their functioning. A major role in this respect is assigned to physical education teachers, who face difficult challenges regarding the adaptation of the school's physical exercise activities to students' needs and psychomotor capabilities. Creating proper health habits, attitudes towards physical exercise and motor abilities are important for every individual from their earliest years. However, it is especially significant when working with girls at puberty. The objective of this project was to learn the opinions of girls about topics concerning personal health care as well as verifying the effectiveness of current school activities in meeting health education objectives and promoting a healthy lifestyle. The research was conducted in 2010 in Biała Podlaska. The study included 201 schoolgirls aged 13-18. It applied a diagnostic poll method and examination methods to evaluate the development and physical fitness of the girls. The obtained results indicate insufficient concern for one's own health. Only the principles of proper nutrition were mentioned by the girls as those which were often applied. Half of the respondents took care to get proper sleep and rest, many of them used stimulants, including cigarettes, as well as alcohol. Although the girls perceived the value of physical activity, in practice they rarely attended to getting the proper amount of exercise in their free time. A worrying fact is that the school offers no incentives for schoolgirls to lead an active lifestyle and the source of their knowledge about health was not usually a teacher. Only 15% of the girls had a proper body weight. Also, the level of general physical fitness, including endurance and arm muscle strength, was unsatisfactory. Although the school documentation in force contained a rich health education curriculum, the actions of the institutions were not effective enough. In light of the information gathered, it seems necessary to increase interdisciplinary integration, synchronisation and evaluation of activities in the field of students' health education as well as a regular assessment of their effects.

KEYWORDS: development and physical fitness, girls, health behaviour.