

Małgorzata Kolpa^a, Beata Jurkiewicz^a, Joanna Norek^{b*}

^aZakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Tarnów, Polska
Department of Nursing, Institute of Health Sciences, State Higher Vocational School, Tarnow, Poland

^bAbsolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Tarnów, Polska
Graduate student of Institute of Health Science, State Higher Vocational School, Tarnow, Poland

Zachowania zdrowotne rodziców dzieci z nadwagą i otyłością Health Behaviour among Parents of Overweight and Obese Children

Otrzymano/Received: 29.06.2017

Przyjęto do druku/Accepted: 30.07.2017

Opublikowano/Publication date:

Grudzień 2017/December 2017

Streszczenie

Wstęp: Szczególnie istotnym czasem w kształtowaniu zachowań zdrowotnych w zakresie prawidłowej diety i aktywności fizycznej jest okres powikłania. Wykształcone w tym okresie nawyki są powielane w dalszych latach życia.

Cel: Celem pracy było określenie związku zachowań zdrowotnych rodziców z aktywnością ruchową dzieci z nadmierną masą ciała.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2015 roku do marca 2016

roku w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie wśród 88 rodziców, których dzieci chorują na nadwagę i otyłość. Wykorzystano w tym celu metodę sondażu diagnostycznego oraz podstawowe pomiary antropometryczne (masa i wysokość ciała). Narzędzia badawcze stanowiły Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego, autorski kwestionariusz ankiet, antropometr oraz waga Tanita BF-350. Do opisanego wyników wykorzystano podstawowe statystyki opisowe, różnice między zmiennymi weryfikowano przy pomocy testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki: Aż 32 rodziców dzieci z nadmierną masą ciała (36,36%) również miało nadwagę, podczas gdy 28 (31,82%) utrzymywało masę ciała w granicach normy. Znaczny odsetek badanych, bo 33 rodziców (37,50%) stwierdziło, że w ich rodzinie nie ma zwyczaju uprawiania sportu, a mniej niż poło-

*Adres do korespondencji/Address for correspondence: beataturkiewicz@interia.pl

wa dzieci (n=36; 40,91%) regularnie uczestniczyła w zajęciach wychowania fizycznego. Dzieci rodziców, których BMI wskazywało normę istotnie częściej regularnie uczestniczyły w zajęciach wychowania fizycznego, niż dzieci pozostałych rodziców ($p<0,001$). Średnia liczba punktów uzyskanych przez badanych w kwestionariuszu IZZ wynosiła 70,81 (Odch. St.=22,41 pkt.). Rodzice najwyżej ocenili swoje zachowania zdrowotne w podskali „pozytywne nastawienie psychiczne (Śr.=18,01; Odch. St.=5,77 pkt.), najniżej zaś – „praktyki zdrowotne”, w skład których zalicza się m.in. aktywność ruchową (Śr.=17,24; Odch. St.=6,21 pkt.).

Wnioski: Działania z zakresu promocji zdrowia powinny być realizowane przez szkoły przy aktywnym udziale rodziców. Należy realizować programy edukacyjne z zakresu prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej, rozszerzając i pogłębiając wiedzę na ten temat.

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, BMI, otyłość, IZZ, dzieci

Summary

Introduction: The period of puberty is especially important in the shaping of behaviours with respect to adequate diet and physical activity. Habits established during this period are repeated later in life.

Aim of the study: The purpose of the thesis was to determine the extent of influence of parents' health behaviour on the physical activity of children with an excess body mass problem.

Material and methods: The research was conducted in the period from November 2015 to March 2016 at the University Children's Hospital of Cracow among 88 parents whose children suffer from overweight and obesity. For this purpose, the research used the diagnostic survey method and the measurement method (body mass and height). The research tools included the Health Behaviour Inventory (HBI) by Juczyński, an authorial survey questionnaire, an anthropometer and the Tanita BF-350 scales. Basic descriptive statistics were used to describe the results, the differences between varia-

bles were verified using the χ^2 test of independence. The materiality level was assumed to be $p<0.05$.

Results: As many as 32 parents of children with excess body mass (36.36%) were overweight as well, while 28 (31.82%) kept their body mass within the norm. A large proportion of the respondents, 33 parents (37.50%), stated that it was not customary to do sports in their family, and less than a half of the children (n=36; 40.91%) regularly participated in physical education classes. Children of the parents whose BMI was normal participated in physical education classes significantly more often than children of the other parents ($p<0.001$). The average number of points obtained by the respondents in the HBI questionnaire equals 70.81 (SD=22.41 pp). Parents rated their health behaviour the highest on the “positive psychical attitude” subscale (avg. 18.01; SD=5.77 pp), and the lowest on the “health practices” subscale, which includes e.g. physical activity (avg. 17.24; SD=6.21 pp).

Conclusions: Health promoting activities shaping health behaviours should be performed by schools, with an active participation of parents. It is necessary to carry out educational programmes in the area of adequate nutrition and physical activity, which would expand knowledge of the problem.

Keywords: physical activity, BMI, obesity, HBI, children

Wprowadzenie

W literaturze istnieje wiele definicji zachowań zdrowotnych. Frączek i Stępień, pod tym terminem opisują czynności podejmowane i realizowane przez ludzi, które bezpośrednio lub pośrednio działają korzystnie lub szkodzą utrzymaniu normatywnych standardów zdrowia fizycznego i/lub psychicznego [1]. Według Gochman'a, zachowania zdrowotne obejmują takie elementy, jak: przekonania, przewidywania i oczekiwania, motyw, myślenie i emocjonalne mechanizmy osobowości oraz wewnętrzne wzorce zachowań związane z utrzymaniem, umacnianiem i przywracaniem zdrowia [2].

Najczęściej zachowania zdrowotne dzielone są na zachowania prozdrowotne (pozytywne, sprzyjające zdrowiu) oraz antyzdrowotne (negatywne, niesprzyjające zdrowiu). Do tych pierwszych zaliczamy: właściwe i racjonalne odżywianie, dbanie o kondycję fizyczną, dbałość o higienę osobistą i bezpieczeństwo. Za zachowania negatywne uznaje się m.in. palenie tytoniu, czy spożywanie alkoholu [3].

Również styl życia jest definiowany na wiele sposobów. Według Słońskiej i Misiury jest on procesem kształtowanym w wyniku oddziaływania szeroko rozumianych warunków życiowych oraz indywidualnych wzorców zachowań, które są zdefiniowane przez czynniki kulturowo-społeczne, jak również cechy osobowościowe [4].

Działalność człowieka w dużej mierze uwarunkowana jest oddziaływaniami ze strony osób, z którymi się kontaktuje z racji pełnienia różnych ról społecznych [5]. Wzorce i zachowania jednostki są efektem naśladowania innych. Zachowania, jakie prezentują rodzice będą odgrywały główną rolę oraz będą miały ścisły związek ze stylem życia dzieci w ich dorosłym życiu [6].

Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) nadmierną masę ciała ma już 52% dorosłych Polaków [7]. Problem nadwagi i otyłości ciągle wzrasta także u dzieci i młodzieży. Badania The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), przeprowadzone w 2010 r. wykazały, iż według wartości referencyjnych International Obesity Task Force (IOTF), nadwagę ma 18,3% dzieci w wieku 11-12 lat, natomiast otyłych jest 3,4%. Młodzież w wieku 17-18 lat w 10,9% przypadków ma nadwagę, a w 2,5% otyłość [8].

Badanie zachowań zdrowotnych stanowi istotną metodę pomiaru stanu zdrowia społeczeństwa będącą podstawą planowania programów edukacyjnych, profilaktycznych, jak również promocji zdrowego trybu życia [9].

Celem pracy było określenie związku zachowań zdrowotnych rodziców z aktywnością ruchową dzieci, u których zdiagnozowano nadmierną masę ciała.

Material i metody

Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2015 roku do marca 2016 roku w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie wśród 88 rodziców, których dzieci chorują na nadwagę lub otyłość i są pod opieką Poradni Chorób Metabolicznych oraz Endokrynologicznej dla Dzieci i Młodzieży (Poradnia Cukrzycowa, Gabinet dla Dzieci z Zaburzeniami Jedzenia). Na przeprowadzenie niniejszych badań została uzyskana zgoda Dyrekcji Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami etycznymi i dobrą praktyką badawczą wynikającą z Deklaracji Helsińskiej.

Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz podstawowe pomiary antropometryczne (masa i wysokość ciała). Narzędzia badawcze stanowiły Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego oraz autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz IZZ zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstość występowania poszczególnych zachowań, ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Otrzymaną liczbę punktów przelicza się na skalę stenową i interpretuje w kategoriach wyników niskich (1–4 stena), średnich (5–6 stena) i wysokich (7–10 stena) [10]. Z kolei autorski kwestionariusz ankiety składał się z 28 pytań zamkniętych oraz mieszanych, mających na celu uzyskanie informacji na temat danych socjodemograficznych, informacji o nawykach żywieniowych oraz aktywności fizycznej rodziny.

Pomiary antropometryczne wykonywano w dobrze oświetlonym, ciepłym pomieszczeniu. Zachowywano stałą kolejność wykonywania pomiarów. Używano tego samego sprzętu, który obsługiwany

był przez te same osoby. Wysokość ciała mierzo- no od powierzchni podłoża (basis) do najwyższego punktu czaszki badanych (vertex) za pomocą wy- skalowanego antropometru z dokładnością do 0,01 m. W czasie pomiaru badani stali w pozycji wy- prostowanej, ze złączonymi stopami i wzrokiem skierowanym przed siebie. Masę ciała badano na wadze typu Tanita z dokładnością do 0,1 kg. Na podstawie wartości pomiarów wysokości i masy ciała obliczono wskaźnik masy ciała (BMI, ang. Body Mass Index) [11].

Analizę statystyczną wykonano za pomocą pro- gramu IBM SPSS Statistics 20. Do opisanego wy- ników wykorzystano podstawowe statystyki opi- sowe, różnice między zmiennymi weryfikowano przy pomocy testu niezależności χ^2 . Przyjęto po- ziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Grupę badaną stanowiło 88 rodziców, w tym 48 matek (54,55%) i 40 ojców (45,45%). Najliczniej- szą grupę stanowili rodzice w wieku 20-30 lat ($n=45$; 51,14%), wychowujący dwójkę dzieci ($n=45$; 51,14%). Aż 32 rodziców dzieci z nadmierną masą ciała (36,36%) również miało nadwagę, podczas gdy 28 (31,82%) utrzymywało masę ciała w grani- cach normy (Tab. 1).

Tabela 1.
Charakterystyka badanej grupy

Zmienne	n (%)
Płeć	
Kobieta	48 (54,55%)
Mężczyzna	40 (45,45%)
Przedział wiekowy	
<20 lat	11 (12,50%)
20-30 lat	45 (51,14%)

31-40 lat	12 (13,64%)
>40 lat	20 (22,73%)
Liczba dzieci w rodzinie	
1	23 (26,14%)
2	45 (51,14%)
3	10 (11,36%)
4 i więcej	10 (11,36%)
Wskaźnik masy ciała rodzica	
Niedowaga (BMI <18,5)	4 (4,55%)
Masa ciała w normie (BMI 18,5-24,99)	28 (31,82%)
Nadwaga (BMI 25-29,99)	32 (36,36%)
Otyłość I stopnia (BMI 30,0-34,99)	18 (20,45%)
Otyłość II stopnia (BMI 35,0-39,99)	6 (6,82%)

n – liczebność próby

Samoocena sposobu żywienia rodziny

W kwestii wartościowości spożywanych przez ro- dzinę posiłków 42 ankietowanych (47,73%), nie wyraziło na ten temat swojej opinii, 36 (40,91%), uważało, że przygotowywane przez nich posiłki były zdrowe. Nieco mniej, bo 10 badanych (11,36%) nie miało przekonania, co do wartości odżywczej posiłków spożywanych przez rodzinę.

Środowisko rodziny związane z odżywianiem

Analizując okoliczności spożywania posiłków w rodzinie stwierdzono, że najczęściej wybiera- ną formą było konsumowanie ich osobno ($n=39$; 44,32%). Część, bo 18 respondentów (20,45%) de- klarowało wspólne spożywanie posiłków, jednak przed telewizorem. Razem przy stole, lecz prze- glądając prasę lub słuchając radia, posiłki jadło 16 ankietowanych (18,18%), natomiast najmniejsza liczba osób ($n=15$; 17,05%) wskazała na niczym niezakłócone wspólne posiłki.

Aktywność fizyczna rodziny

Aż 33 rodziców dzieci z nadmierną masą ciała (37,50%) stwierdziło, że w ich rodzinie nie ma zwyczaju uprawiania sportu. Regularna aktywność fizyczna obecna była w rodzinach 32 badanych (36,36%), nieregularna natomiast – w przypadku pozostałych 23 (26,14%).

Najchętniej wybieraną formą aktywności fizycznej w rodzinie były siłownia, fitness, gimnastyka - tę odpowiedź wskazało 21 ankietowanych (23,86%). W dalszej kolejności wymieniano sporty zespołowe (n=20; 22,73%), a także zumbę, taniec, czy akrobatykę (n=14; 15,91%).

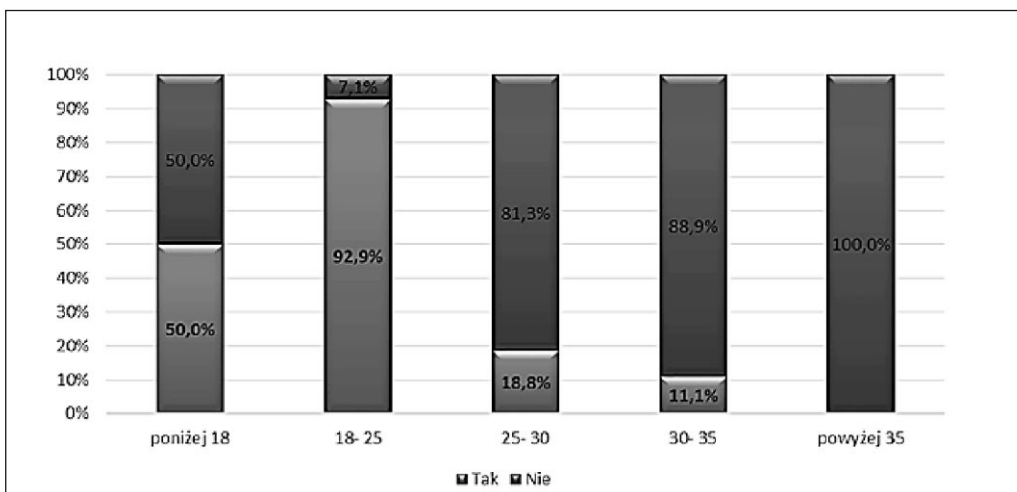
Na pytanie o regularność uczęszczania dzieci na zajęcia wychowania fizycznego jedynie 36 rodziców (40,91%) wskazało odpowiedź twierdzącą. Najczęstszym powodem zwolnień dziecka z zajęć wychowania fizycznego było złe samopoczucie w opinii dziecka – tej odpowiedzi udzieliło 34 respondentów (38,64%). Na prośbę dziecka z zajęć zwalniało 29 ankietowanych (32,95%), natomiast 25 respondentów (28,41%) wskazało, że zwalnia swoje dziecko z zajęć wychowania fizycznego z powodu choroby potwierdzonej zwolnieniem lekarskim.

Wykazano, że najczęściej w zajęciach WF uczestniczyły dzieci rodziców z niższym wskaźnikiem BMI. Dzieci rodziców, których BMI wynosiło 18-25 istotnie częściej regularnie uczestniczyły w zajęciach wychowania fizycznego, niż dzieci pozostałych rodziców ($p < 0,001$) (Ryc. 1).

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych rodziców

Średnia liczba punktów uzyskanych przez badanych w kwestionariuszu IZZ wynosiła 70,81 (Odch. St.=22,41 pkt.) i wahała się od 40 do 113 punktów (na 120 możliwych). Interpretując otrzymane wyniki stwierdzono, że 59 spośród 88 uczestników ankiety (67,00%) uzyskało wyniki niskie, 9 (10,20%) wyniki przeciętne, a 20 ankietowanych (22,70%) wyniki wysokie.

Rodzice najwyżej ocenili swoje zachowania zdrowotne w podskali „pozytywne nastawienie psychiczne” (Śr. 18,01; Odch. St.=5,77 pkt.), następnie kolejno w podskalach: „prawidłowe nawyki żywieniowe” (Śr. 17,70; Odch. St.=6,16 pkt.), „zachowania profilaktyczne” (Śr. 17,28; Odch. St.=6,25 pkt) oraz „praktyki zdrowotne”, w skład których zalicza się m.in. aktywność ruchową (Śr. 17,24; V=6,21 pkt.) (Tab. 2).



Rycina 1. BMI rodzica a regularność uczestnictwa dziecka w zajęciach wychowania fizycznego

Tabela 2.
Statystyki opisowe dla IZZ (wg poszczególnych kategorii)
wśród rodziców dzieci z nadmierną masą ciała

Kategorie	n	X	OS	Me	Min	Max	Q1	Q3
Wynik łączny IZZ	88	70,8	22,4	65	40	113	52	84,5
Prawidłowe nawyki żywieniowe	88	17,7	6,2	17	7	29	13	23,3
Zachowania profilaktyczne	88	17,3	6,3	17	8	30	13	23
Pozytywne nastawienie psychiczne	88	18,0	5,8	17	7	30	13,8	22,3
Praktyki zdrowotne	88	17,2	6,2	16	2	30	13	21

n – liczebność próby; X – średnia arytmetyczna; OS – odchylenie standardowe; Me – mediana, Min – minimum; Ma. – maksimum; Q1 – kwartył pierwszy; Q3 – kwartył trzeci

Wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych rodziców nie miał istotnego związku z uczestnictwem przez dzieci w zajęciach wychowania fizycznego ($p > 0,05$).

Dyskusja

Wyniki licznych badań wskazują, że główną i znaczącą rolę w kształtowaniu nawyków odgrywa najbliższe środowisko, w którym żyje człowiek, i w którym przejawia aktywność społeczną. Tym najbliższym, a zarazem najważniejszym środowiskiem jest rodzina. To w niej tworzone są warunki bytowe, a także wyjaśniane i opisywane stosunki społeczne, gdzie tworzy, organizuje oraz kształtuje się zachowania i nawyki zdrowotne [12].

Na środowisko rodziny związane z odżywianiem (ang. *Family food environment*, FFE) składa się szereg elementów, między innymi: preferencje smakowe, praktyki i zachowania związane ze spożywaniem posiłków w domu, na przykład zmuszanie dziecka do zjadania całych porcji, oglądanie telewizji podczas spożywania posiłków. Określony typ żywności, będący dostępny w domu, czy w zasięgu dziecka oraz zachowania żywieniowe rodziców w znaczący sposób determinują nawyki żywieniowe dzieci na zasadzie ich kształtowania i modelowania [13]. Badania własne wykaza-

ły, że zwyczaj wspólnego spożywania posiłków przy jednym stole miało jedynie 17,05% badanych. Razem przy stole, oglądając telewizję posiłki spożywało 20,45% respondentów, zaś osobno - największa liczba badanych (44,32%). W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych oraz Zachodniej Europie stwierdzono, że wspólne spożywanie posiłków odgrywa istotną rolę w kształtowaniu nawyków żywieniowych u młodzieży. Wśród nastolatków, którzy mieli w zwyczaju konsumować sześć lub więcej rodzinnych obiadów w tygodniu, obserwowano prawidłowe i bardziej korzystne zachowania żywieniowe, między innymi: nieopuszczanie pierwszego śniadania, częstsze spożywanie warzyw i owoców, czy unikanie słodzonych napojów gazowanych. Ponadto, wykazano również, że dzieci, które unikały regularnych obiadów wspólnie z rodzicami częściej sięgały po słodkie i jedzenie typu fast-food, w przeciwieństwie do tych, które regularnie jadły wspólne obiady [13].

Z analizy badań własnych wynika, że ponad 2/3 rodziców dzieci z nadmierną masą ciała również prezentowało nieprawidłowy wskaźnik BMI, przy czym największy odsetek badanych miał nadwagę (36,36%). Również inni autorzy podkreślają, że nadwaga i otyłość u dzieci bardzo często jest cechą

rodzinną. Agras i wsp. zauważyli, że otyłe dzieci na terapię lub leczenie w większości przypadków, przychodzi z otyłą matką i/lub otyłym ojcem, co więcej, często także z otyłym rodzeństwem. Badania te, potwierdzają tezę, że nadmiar masy ciała rodzica stanowi istotny i główny czynnik ryzyka dla rozwoju nadwagi i otyłości u dziecka [14].

Niepokojący jest fakt, że aż 67% rodziców objętych badaniami własnymi przejawiało niezadawalający poziom zachowań zdrowotnych. Rodzice, którzy mają świadomość wpływu odżywiania i aktywności ruchowej na zdrowie i właściwy rozwój człowieka, częściej przekazują tę wiedzę swoim dzieciom. Amerykańskie badania Early Childhood Longitudinal Study – Kindergarten Cohort, wykazały, że istnieje zależność między występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci a brakiem edukacji żywieniowej ich rodziców [15].

W większości krajów rozwiniętych i rozwijających się obserwuje się sukcesywny wzrost sedynteryjnego (siedzącego) trybu życia, który ma bezpośredni związek z brakiem lub przynajmniej niedostateczną ilością aktywności fizycznej. Analiza literatury przedmiotu, wykazuje, że aktywny tryb życia, zapoczątkowany już w okresie dzieciństwa a później dojrzwania, predysponuje i stwarza duże prawdopodobieństwo podtrzymywania aktywności fizycznej w dorosłym życiu i tym samym przekazywaniu właściwych wzorców następnym pokoleniom. Z kolei niechęć do ćwiczeń w tym okresie życia skutkuje siedzącym trybem życia w wieku dorosłym i podeszłym [16]. Badania HBSC dowodzą, że w krajach Unii Europejskiej, blisko dwie trzecie młodzieży nie osiąga zalecanego poziomu aktywności fizycznej [17]. Problem ten dotyczy również Polski. Badania przeprowadzone przez Światową Organizację Zdrowia wyraźnie wskazują, że polskie społeczeństwo należy do jednych z najmniej aktywnych narodowości europejskich. Tylko co dziesiąta dorosła osoba wykonuje systematyczne ćwiczenia fizyczne, a blisko 70% Polaków płci męskiej i żeńskiej prowadzi

szkodliwy, czyli siedzący tryb życia. Niestety, również w populacji dzieci i młodzieży coraz częściej obserwowany jest niski poziom aktywności fizycznej i bierny sposób spędzania czasu wolnego [18]. Brak aktywności fizycznej wśród dzieci potwierdzają również przeprowadzone badania własne. W kwestii uczestnictwa dzieci respondentów w zajęciach wychowania fizycznego ponad połowa badanych rodziców (59,09%) przyznała, że ich dzieci nie uczestniczą w zajęciach wychowania fizycznego regularnie. Jako powód najczęstszych zwolnień z tych zajęć badani rodzice wskazywali złe samopoczucie w opinii dziecka (38,64%). Nieco odmienne wyniki uzyskali Wojtyła i wsp., zdaniem których w zajęciach wychowania fizycznego uczestniczyła zdecydowana większość gimnazjalistów (96%). Jako powód zwolnień z zajęć ruchowych najczęściej (55%) podawali choroby układu kostnego, czy krwionośnego [19].

Wzorce, jakie dziecko wnosi ze środowiska rodzinnego działają prognostycznie na utrzymanie zdrowia kolejnych pokoleń. Działania mające na celu zmniejszenie rangi problemu mogą się udać dzięki współpracy z psychologiem, dietetykiem, pielęgniarką, lekarzem rodzinnym, ale przede wszystkim poprzez wspólny wysiłek rodziców na rzecz dbania o zdrowie własne i całej swojej rodziny.

Wnioski

Wśród uczniów należy realizować programy edukacyjne z zakresu prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej, rozszerzając i pogłębiając ich wiedzę na ten temat. Rodzina, pełniąc rolę profilaktyczną i promującą zdrowie, może stworzyć warunki korzystne dla rozwoju zdrowia, ale może także temu rozwojowi szkodzić. Dlatego należałoby skupić się na ciągłym aktualizowaniu i poszerzaniu wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej. W związku z powyższym, działania z zakresu promocji zdrowia powinny być realizowane przez szkoły przy aktywnym udziale rodziców.

Piśmiennictwo/References:

- [1] Wojtyczek B. Ocena wybranych elementów stylu życia (aktywności fizycznej, samooceny zdrowia) młodzieży rozpoczynającej studia w Akademii Wychowania Fizycznego. *Med Sport*, 2003, 19(1), 31-39.
- [2] Sęk H. Zdrowie behawioralne. [w:] *Psychologia – podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3. Strelau J. (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005, 533-553.
- [3] Woynarowska B., Mazur J. Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Raport z serii badań wykonanych w 1998 r. Katedra Biomedycznych Postaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 1999.
- [4] Słońska Z., Misiura M. Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. Zakład Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, Warszawa, 1994.
- [5] Jeżewska-Zychowicz M. Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Wydawnictwo SGGW, Warszawa, 2004.
- [6] Szczepański J. Elementarne pojęcia socjologii. PWN, Warszawa, 1970.
- [7] Broniecka A., Wyka J. Styl życia i stan zdrowia kobiet. *Bromat Chem Toksykol*, 2013, 46(3), 363-367.
- [8] Główny Inspektor Sanitarny: Problem nadwagi i otyłości w Polsce wśród osób dorosłych – dane epidemiologiczne. Wg Raportu GUS „Stan zdrowia ludności w 2009 r.”.
- [9] http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/PZ/Materia%C5%82y%20PZ/oty%C5%82o-%C5%9B%C4%87_doro%C5%9Bli.pdf (dostęp: 23.11.2016).
- [10] Główny Urząd Statystyczny: Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r. Dostępny w Internecie: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2013-r-2,5.html> (dostęp: 23.11.2016).
- [11] Oblacińska A., Tabak I. Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2006.
- [12] WHO. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry (Report of a WHO Expert Committee). Technical Report Series, 1995, 854, 1-452.
- [13] Cashdan E. A sensitive period for learning about food. *Hum Nature*, 1994, 5, 279-291.
- [14] Tabak I., Jodkowska M., Oblacińska i wsp. Czy spożywanie wspólnych posiłków z rodziną może chronić nastolatki przed otyłością. *Dev Period Med*, 2012, 16(4), 313-322.
- [15] Agras W.S., Hammer L.D., McNicholas F. et al. Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr*, 2004, 145(1), 20-25.
- [16] Maher E.J., Guanghui L., Cater L. et al. Preschool child care participation and obesity at the start of kindergarden. *Pediatrics*, 2008, 122, 322-330.
- [17] Manson J.E., Skerrett P.J., Greenland P. et al. The escalating pandemics of obesity and sedentary life style. A call to action for clinicians. *Arch Inter Med*, 2004, 164, 249-58.
- [18] Przewęda R., Dobosz J. Kondycja fizyczna polskiej młodzieży. Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Studia i monografie, Warszawa, 2003.
- [19] Woynarowska B., Mazur J. Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce: wyniki badań HBSC 2002. *Zdr Publ*, 2004, 2, 159-167.
- [20] Wojtyła A., Biliński P., Bojar I. i wsp. Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce. *Probl Hig Epidemiol*, 2011, 92(2), 335-342.