



Anna Pacian, Teresa Kulik, Janusz Kocki,  
Monika Kaczoruk, Ewa Kawiak-Jawor  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

## ZACHOWANIA ZDROWOTNE MATEK A NIEPRAWIDŁOWA MASA CIAŁA DZIECI

**Cel badań.** Głównym celem pracy było poznanie zachowań zdrowotnych matek w kontekście nieprawidłowej masy ciała dzieci. **Materiał i metody.** W badaniach wzięło udział 250 rodziców dzieci ze szkoły podstawowej. Badania ankietowe przeprowadzono anonimowo, od lutego do marca 2017 r. Respondentami w większości były matki. Z tego względu dalsze analizy wyników badań dotyczyły głównie 208 dzieci badanych matek. W celu poznania zachowań zdrowotnych matek przeprowadzono badania z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego. Technika badawczą było ankietowanie. Narzędzie badawcze stanowił standaryzowany kwestionariusz – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego. **Wyniki.** Nadwaga i otyłość dotyczyła 38% dzieci w wieku 6–13 lat, niedowaga – 23% dzieci. Odsetek dzieci z prawidłową masą ciała wyniósł 38%. Niemal we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych matek uzyskano wyższe wyniki w porównaniu z normami zaproponowanymi przez Juczyńskiego. **Wnioski.** We wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych matek zdecydowanie częściej uzyskano wyższe wyniki. Poniżej norm średnich znalazły się jedynie praktyki zdrowotne. Wykazano zależność pomiędzy wykształceniem matek a wynikiem ogólnym zachowań zdrowotnych oraz prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi i praktykami zdrowotnymi. Nie wykazano zależności pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi matek a masą ciała dzieci na wymaganym poziomie istotności. Należy jednak wskazać istniejącą tendencję: wraz ze wzrostem masy ciała dzieci średnie wartości zachowań zdrowotnych matek ulegały zmniejszeniu.

**Słowa kluczowe:** dzieci, zachowania zdrowotne, matki, masa ciała, rodzice

### WPROWADZENIE

Lata 70 XX w. zapoczątkowały erę postrzegania zdrowia człowieka w sposób holistyczny. Ówczesny minister zdrowia Kanady, Marc Lalonde, wskazał, że aby utrzymać i doskonalić potencjał zdrowotny, należy zwrócić uwagę na wszystkie elementy, które determinują stan zdrowia człowieka. Jego zdaniem koncentracja odpowiedzialności tylko na medycynie naprawczej nie przyniesie pożądanych efektów zdrowotnych. W 1974 r. w raporcie „New Perspectives on the Health of Canadians” (Wysocki i Miller, 2003) wskazano grupę czynników, które obok medycyny naprawczej wpływają na po-

---

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.11.2017  
Zaakceptowano do druku: 23.02.2018

*Adres do korespondencji:* Monika Kaczoruk, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, al. Raławickie 1, 20-059 Lublin, e-mail: monika.kaczoruk@umlub.pl

*Jak cytować:*

Pacian, A., Kulik, T., Kocki, J., Kaczoruk, M., Kawiak-Jawor, E. (2018). Zachowania zdrowotne matek a nieprawidłowa masa ciała dzieci. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 61, 49–60.

tencjał zdrowotny ludności. Lalonde wyróżnił tzw. obszary zdrowia: obszar biologii i genetyki, obszar zachowań i stylu życia, obszar środowiskowy (czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz obszar organizacji systemu ochrony zdrowia (Włodarczyk, 1996).

W latach 80 ubiegłego wieku określono procentowy wpływ poszczególnych czynników na zdrowie. Wyniki badań przeprowadzonych przez Instytut Medycyny Narodowej Akademii Nauk USA wykazały, że jedynie 10% wpływu na stan zdrowia człowieka to interwencja medycyny naprawczej. W 20% za potencjał zdrowotny człowieka odpowiada predyspozycja genetyczna, dalsze 20% stanowią działania w zakresie warunków środowiskowych. Ponad 50% odpowiedzialności za stan zdrowia przypisano indywidualnej działalności człowieka, opartej na wzajemnym związku między wzorami zachowań, determinowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne (Wojtczak, 2009). Styl życia, stanowiący zespół zachowań i postaw zdrowotnych, jest najważniejszym czynnikiem warunkującym stan zdrowia zarówno jednostki, jak i populacji (Opolski, 2011).

Na zdrowie wpływają coraz to nowe zagrożenia środowiskowe, uwarunkowania społeczne i ekonomiczne oraz biologiczne i genetyczne, które znacząco determinują zachowania zdrowotne, kreując styl życia człowieka (Wojtczak, 2009).

Fundamenty stylu życia człowieka i zachowań zdrowotnych są budowane w toku społecznych interakcji. Pierwotnym środowiskiem, w którym człowiek jest poddawany procesowi socjalizacji, jest rodzina. Rodzina stanowi podstawowe środowisko, w którym kształtowane są zachowania zdrowotne. To pierwsze miejsce, w którym dziecko zdobywa wiedzę, kreuje umiejętności dbania o własne zdrowie oraz poznaje czynniki wpływające na stan zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia przypisała rodzinie ogromną rolę w kwestii zdrowotności jednostki i społeczeństwa, wskazując, że niemal 75% działań w zakresie zdrowia kształtuje się w rodzinie (Pieciewicz-Szczęsna, 2008). Rodzina ma największy wpływ na działania sprzyjające zdrowiu, tzn. może chronić, umacniać i potęgować zdrowie, lecz może również oddziaływać niekorzystnie na zachowania zdrowotne, a w konsekwencji na stan zdrowia dziecka. Właściwie funkcjonująca rodzina, poprzez wzory codziennych zachowań, uczy dzieci odpowiedniego stylu życia, kreuje zamiłowanie do podejmowania aktywności fizycznej, kształtuje upodobania smakowe, daje przykłady zachowań sprzyjających zdrowiu psychicznemu oraz piętnuje nałogi (Kaczor-Szkodny, Kaczoruk, Kawiak-Jawor, Kulik i Pacian, 2017). Zdrowie poszczególnych jednostek i całego społeczeństwa w dużym stopniu wynika z odpowiedniego funkcjonowania podstawowej grupy społecznej, jaką jest rodzina. Dlatego istotne jest, aby w okresie wychowywania dzieci rodzina zapewniała młodemu człowiekowi odpowiednie bodźce niezbędne do kształtowania prawidłowych nawyków zdrowotnych. Ukształtowanie w tym okresie zachowań sprzyjających zdrowiu ma bowiem istotne znaczenie dla zachowania zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu (Krawczyńska, Karakiewicz, Zięba i Nowak-Starz, 2013). Niski poziom wiedzy rodziców na temat zdrowia może przyczynić się do powstania różnego typu zaburzeń stanu zdrowia poszczególnych członków rodziny, w tym przede wszystkim najmłodszych członków tej grupy społecznej, jakimi są dzieci (Broniecka i Wyka, 2012). Postawy i zachowania względem zdrowia, jakie zostaną utrwalone w dzieciństwie, będą decydowały o stylu życia w wieku dojrzałym (Sitko, Wojtaś i Gronowska-Senger, 2012). Stan zdrowia w dojrzałym wieku jest konsekwencją zachowań zdrowotnych rozwijanych od najmłodszych lat. Utrwalone w dzieciństwie wadliwe nawyki zdrowotne, niekiedy pogłębiane przez trudną sytuację ekonomiczną rodzin, mogą prowadzić do rozwoju niekorzystnych zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży (Socha, Stolarczyk i Socha, 2002).

## CEL BADAŃ

Głównym celem pracy było poznanie zachowań zdrowotnych matek w kontekście ryzyka rozwoju nieprawidłowej masy ciała u dzieci.

## MATERIAŁ I METODY

W badaniach wzięło udział 250 rodziców dzieci ze Szkoły Podstawowej nr 2 im. Jana Kochanowskiego w Lublinie. Badania kwestionariuszowe przeprowadzono anonimowo, od lutego do marca 2017 r.

W celu poznania zachowań zdrowotnych matek przeprowadzono badania z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Juczyńskiego. Narzędzie złożone jest z 24 stwierdzeń określających zachowania związane ze zdrowiem, którym przypisuje się odpowiedni stopień nasilenia: od „prawie nigdy” (1) do „prawie zawsze” (5). Wyniki surowe ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych skategoryzowano w 3 poziomy nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu, tj. niski, przeciętny i wysoki. Standaryzowane narzędzie użyte w pracy pozwoliło na ogólną ocenę wskaźnika nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu oraz wskaźnika nasilenia 4 kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych (Juczyński, 2012).

Do oceny wyników uzyskanych z przeprowadzonego badania zastosowano analizę statystyczną za pomocą programu statystycznego IBM SPSS Statistics 24.0 PL. Wyniki przyjęto za istotne statystycznie dla  $p < 0,05$ .

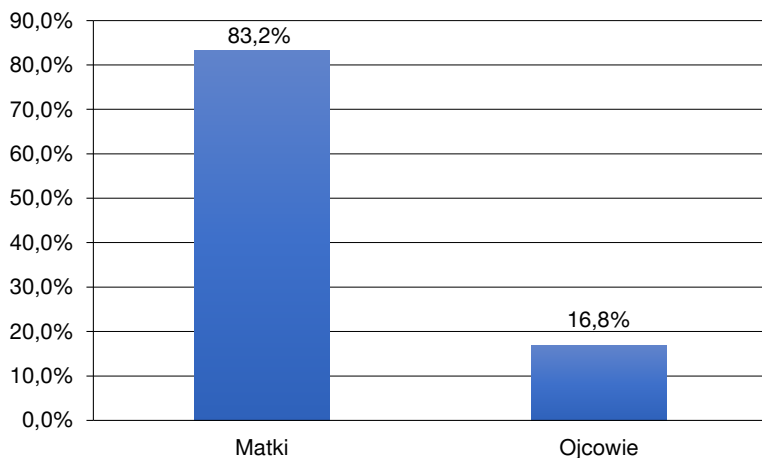
## WYNIKI

Badania dotyczyły analizy zachowań zdrowotnych matek, z uwzględnieniem wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) dla osób dorosłych oraz dzieci. Istotną kwestią było poznanie wieku, poziomu wykształcenia i wskaźnika BMI matek, sposobu spędzania czasu wolnego przez rodzinę oraz podejmowania próby karmienia piersią w pierwszych miesiącach i latach życia dziecka.

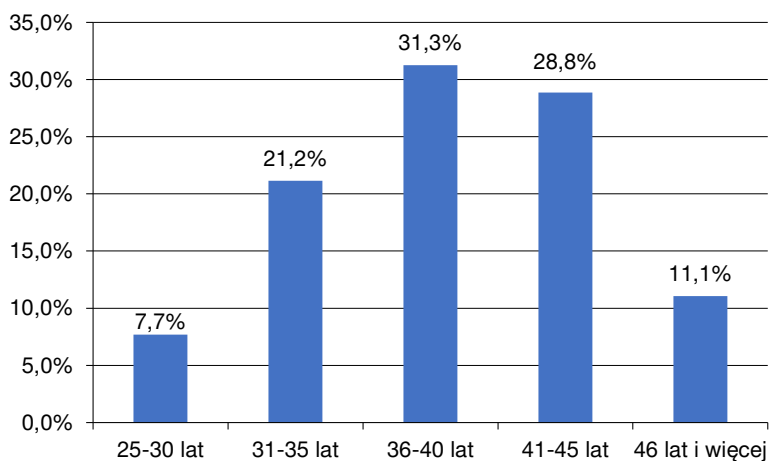
W badaniu uczestniczyło 250 osób będących rodzicami dzieci w wieku 6–13 lat uczęszczających do szkoły podstawowej w Lublinie. Przeważającą większość rodziców biorących udział w badaniu stanowiły matki dzieci ( $n = 208$ ), które wyraziły większą chęć udziału w badaniach. Natomiast badani ojcowie stanowili nieznaczny z punktu widzenia statystycznego odsetek respondentów ( $n = 42$ ). Z tego względu dalsze analizy wyników badań dotyczyły zdecydowanie większej grupy, jaką tworzyły matki. Rozkład procentowy przedstawiono na rycinie 1.

Najwyższy odsetek osób uczestniczących w badaniu stanowiły matki w grupie wiekowej 36–40 lat ( $n = 65$ ) oraz w wieku 41–45 lat ( $n = 60$ ), 31–35 lat ( $n = 44$ ), 46 i więcej lat ( $n = 23$ ). Najmniej liczną grupą były matki z najmłodszej grupy wiekowej, 25–30 lat ( $n = 16$ ). Rozkład procentowy przedstawiono na rycinie 2.

Liczne doniesienia naukowe wskazują, że stan zdrowia dzieci jest konsekwencją wyborów dokonywanych przez dorosłych. Natomiast wybory dorosłych dosyć często są



Ryc. 1. Osoby biorące udział w badaniu

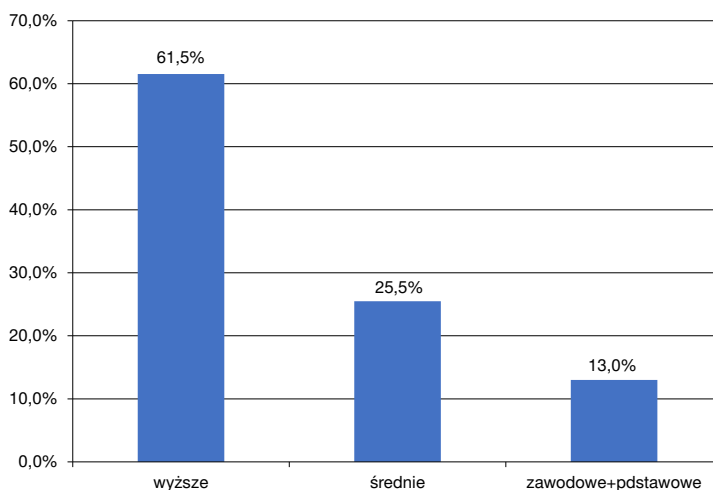


Ryc. 2. Wiek matek uczestniczących w badaniu

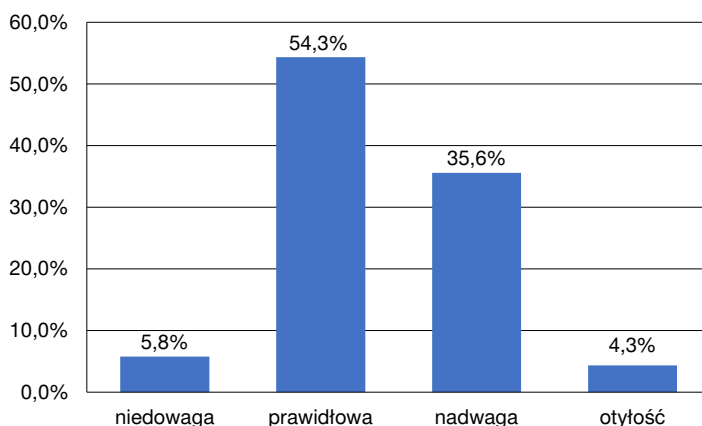
podyktowane statusem społeczno-ekonomicznym, który obejmuje poziom wykształcenia. Matki biorące udział w niniejszym badaniu okazały się mieć wysoki poziom wykształcenia. Rozkład procentowy przedstawiono na rycinie 3.

Najliczniejszą grupą biorącą udział w badaniu były matki z wykształceniem wyższym ( $n = 128$ ). Na drugim miejscu pod względem liczebności znalazły się kobiety mające wykształcenie średnie ( $n = 53$ ). Matki z wykształceniem zawodowym lub podstawowym stanowiły najniższy odsetek respondentów (odpowiednio  $n = 21$  i  $n = 6$ ).

Badania dotyczyły analizy zachowań zdrowotnych matek, z uwzględnieniem wskaźnika BMI dla osób dorosłych oraz dzieci (w odniesieniu do siatek centylowych opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia). W badanej grupie matek zastosowano klasyfikację BMI, zgodnie z którą wyróżniono osoby z niedowagą (BMI < 18,5), prawidłową masą ciała (BMI 18,5–24,9), nadwagą (BMI 25–29,9) i otyłością (BMI  $\geq 30$ ) (WHO, b.d.). Rozkład procentowy przedstawiono na rycinie 4.



Ryc. 3. Poziom wykształcenia matek uczestniczących w badaniu

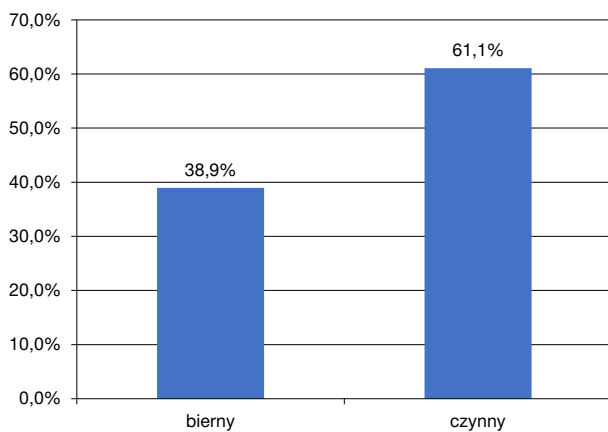


Ryc. 4. Klasyfikacja BMI matek uczestniczących w badaniu

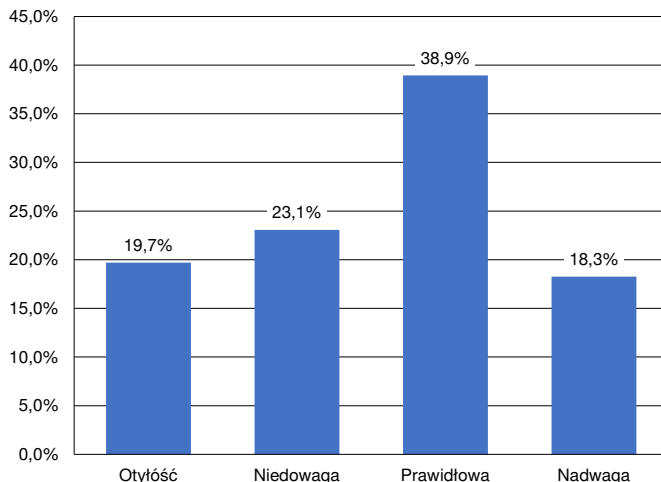
W badanej grupie zaobserwowano przewagę matek, których wskaźnik BMI mieścił się w granicach normy ( $n = 113$ ; 54,3%). Należy jednak zwrócić uwagę na wysoki odsetek matek z nadwagą ( $n = 74$ ; 35,6%). Wartości skrajne nie występowały z dużym nasileniem w badanej grupie – niedowagę zanotowano jedynie u 12 (5,8%), natomiast otyłość u 9 matek (4,3%).

W kształtowaniu osobowości dziecka, pobudzaniu jego aktywności, kreowaniu zachowań zdrowotnych istotne znaczenie ma sposób spędzania czasu wolnego. Z punktu widzenia prowadzonych badań istotną informacją były dane na temat sposobów spędzania czasu wolnego przez rodzinę. Rozkład procentowy przedstawiono na rycinie 5.

Ponad połowa respondentek deklarowała, że ich rodzina preferuje aktywne spędzanie czasu wolnego ( $n = 127$ ). Natomiast 38,9% respondentek ( $n = 81$ ) wskazało, że czas wolny jest wypełniany czynnościami sedentarnymi, tj. oglądaniem telewizji, czytaniem książek i innymi czynnościami niewymagającymi wysiłku fizycznego.



Ryc. 5. Sposób spędzania czasu wolnego przez rodzinę



Ryc. 6. Wskaźnik BMI dzieci w oparciu o siatkę centylową

Karmienie piersią przynosi wiele korzyści zdrowotnych zarówno dla matki, jak i dla dziecka, w tym także związanych z prawidłowym rozwojem fizycznym niemowlęcia. Sposób żywienia matki podczas ciąży ma niebagatelny wpływ na późniejsze życie dziecka (Konstańczak, 2012). Wyłączne karmienie piersią do minimum 6 miesiąca życia to tzw. złoty standard żywienia niemowląt, uznany przez towarzystwa naukowe i autorytety w dziedzinie zdrowia, pediatrii i żywienia (Centrum Nauki o Laktacji, b.d.). W niniejszym badaniu 15,8% ( $n = 33$ ) respondentek wskazało, że dziecko w ogóle nie było karmione piersią. Pocięszające jest, że 84,2% ( $n = 175$ ) matek deklarowało karmienie piersią dziecka w wieku niemowlęcym.

Mówiąc o wpływie zachowań zdrowotnych na masę ciała dzieci, należy wziąć pod uwagę informacje dotyczące płci, wieku, masy ciała i wzrostu dziecka. Na podstawie uzyskanych danych obliczono wskaźnik wagowo-wzrostowy BMI, który następnie odniesiono do siatek centylowych opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia jako normy

referencyjne WHO dla chłopców i dziewcząt w wieku 5–19 lat (Flodmark, Lissau i Moreno, 2004). Jeśli stosunek wysokości i masy ciała dziecka znajduje się na poziomie 50 centyla, tzw. wartości środkowej, jest to przeciętna wartość wzrostu i masy ciała badanej populacji. Wartości mieszczące się między 3 a 10 centylem oraz między 90 a 97 centylem stanowią pogranicze normy, tzw. strefę obserwacyjno-alarmową (Mikoś, Mikoś, Mikoś, Obara-Moszyńska i Niedziela, 2010). Gdy stosunek wysokości i masy ciała dziecka wykracza poza sąsiednie pasma centylowe, tzn. obniża się lub podwyższa, świadczy to o zaburzeniu harmonijności rozwoju, co może być sygnałem niedożywienia lub rozpoczynającej się otyłości (De Onis i Lobstein, 2010). Rozkład procentowy wskaźnika BMI u dzieci przedstawiono na rycinie 6.

W badanej grupie dzieci w wieku 6–13 lat nadmierna masa ciała dotyczyła 38% dzieci (tj. 18,3% dzieci z nadwagą i 19,7% z otyłością). Niedowagę odnotowano u 23,1% dzieci. Odsetek dzieci z prawidłową masą ciała wyniósł 38,9%.

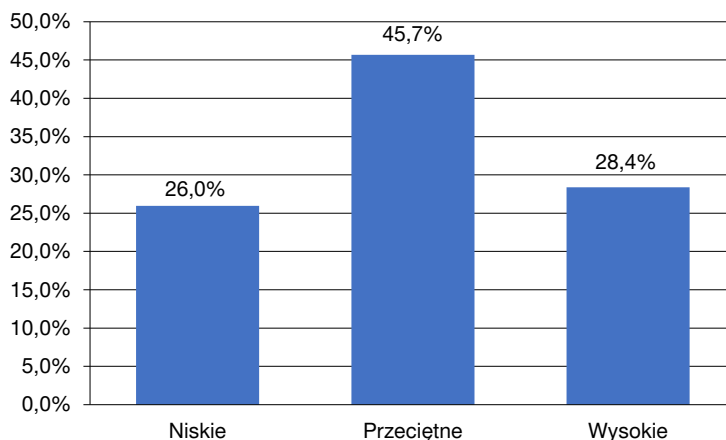
### Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego

Zgodnie z instrukcją Juczyńskiego dokonano analizy wyników badań z wykorzystaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Surowe wyniki dotyczące ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych przekształcono na skalę stenową i poddano właściwej interpretacji.

Szczegółowa analiza wyników badania z wykorzystaniem IZZ wykazała, że wśród badanych matek największa grupa (45,7%) przejawia przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych, co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną poziomowi 5–6 stena. Ponad 1/3 badanych to osoby reprezentujące wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych (28,4%), a 26,0% badanych cechowało się niskim poziomem tych zachowań. Charakterystykę poziomów nasilenia zachowań zdrowotnych przedstawiono na rycinie 7.

Dokonano również analizy wyników badań uzyskanych na podstawie IZZ z uwzględnieniem poszczególnych kategorii, tzn. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych.

Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają rodzaj spożywanej żywności. Twierdzenia opisujące zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych,



Ryc. 7. Nasilenie zachowań zdrowotnych matek uczestniczących w badaniu



Tab. 1. Średnie wyniki w ramach poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych

| Wyniki badań własnych                | Wynik standardowy | Wyniki dla matek |
|--------------------------------------|-------------------|------------------|
| Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych | 81,82             | 84,30            |
| Prawidłowe nawyki żywieniowe         | 3,22              | 3,63             |
| Zachowania profilaktyczne            | 3,42              | 3,57             |
| Pozytywne nastawienie psychiczne     | 3,52              | 3,61             |
| Praktyki zdrowotne                   | 3,32              | 3,24             |

uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby. Pozytywne nastawienie psychiczne dotyczy zachowań zdrowotnych w zakresie unikania zbyt silnych emocji, stresów i napięć oraz sytuacji wpływających przygnębiająco (Juczyński, 2012).

Średnie wyniki w ramach poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych uzyskano, dzieląc sumę zgromadzonych w ramach każdej kategorii punktów przez liczbę ujętych w narzędziu badawczym pytań odpowiedzialnych za pomiar. Następnie uzyskane wyniki porównano z zaproponowanymi przez Juczyńskiego normami polskimi dla zdrowych osób dorosłych (Juczyński, 2012); rezultaty przedstawiono w tabeli 1.

Badane matki uzyskały wysoki poziom zachowań zdrowotnych, którego średnia dla ogółu matek biorących udział w badaniu wyniosła 84,30. W porównaniu z wynikiem standardowym Juczyńskiego wynik był wyższy. Również w poszczególnych kategoriach uzyskano wyższe wyniki w porównaniu z normami Juczyńskiego. Poniżej norm średnich znalazły się jedynie praktyki zdrowotne (3,24), wśród których wymienia się codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji oraz aktywności fizycznej (Juczyński, 2012).

## ANALIZA STATYSTYCZNA BADAŃ WŁASNYCH. Dyskusja

Fundamenty stylu życia człowieka i zachowań zdrowotnych są budowane w toku społecznych interakcji w dzieciństwie i młodości. Postawy i zachowania względem zdrowia, jakie zostaną utrwalone w dzieciństwie, będą głównymi determinantami stanu zdrowia w wieku dojrzałym (Sitko i wsp., 2012). Istotnym elementem badań było poznanie zachowań zdrowotnych matek w kontekście ryzyka rozwoju nieprawidłowej masy ciała dzieci. Do tego celu wykorzystano analizę zmiennej masy ciała bez podziału na zakresy BMI, aby uwidocznili tendencję wpływu. Analiza statystyczna z zastosowaniem współczynnika korelacji Pearsona wykazała istotną zależność (na poziomie  $< 0,05$ ) pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi matek (w których skład wchodzi m.in. sposoby pozyskiwania informacji na temat zdrowia i przestrzegania zaleceń zdrowotnych) a masą ciała dzieci. Jednak wartość współczynnika wynosiła  $-0,129$ , co świadczy o niskiej korelacji pomiędzy zmiennymi. W przypadku pozostałych zmiennych opisujących zachowania zdrowotne matek nie wykazano zależności istotnej statystycznie (tab. 2). Analiza z uwzględnieniem zakresów BMI pozwoliła uwidocznili różnice uzyskiwanych wartości w poszczególnych skalach. Różnice średnich w tej uproszczonej prezentacji nie wykazały jednak różnic istotnych statystycznie (test Kruskala-Wallisa). Należy jednak wskazać na występującą tendencję: wraz ze wzrostem masy ciała dzieci średnie wartości zachowań zdrowotnych matek prawie we wszystkich zakresach stają się niższe, co przedstawiono w tabeli 3.



Tab. 2. Zachowania zdrowotne matek a masa ciała dzieci

| Analiza statystyczna                 |                    | Masa ciała dziecka |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych | korelacja Pearsona | -0,104             |
|                                      | wartość <i>p</i>   | 0,135              |
|                                      | n                  | 207                |
| Prawidłowe nawyki żywieniowe         | korelacja Pearsona | -0,034             |
|                                      | wartość <i>p</i>   | 0,627              |
|                                      | n                  | 207                |
| Zachowania profilaktyczne            | korelacja Pearsona | -0,170*            |
|                                      | wartość <i>p</i>   | 0,014              |
|                                      | n                  | 208                |
| Pozytywne nastawienie psychiczne     | korelacja Pearsona | -0,074             |
|                                      | wartość <i>p</i>   | 0,285              |
|                                      | n                  | 208                |
| Praktyki zdrowotne                   | korelacja Pearsona | -0,084             |
|                                      | wartość <i>p</i>   | 0,225              |
|                                      | n                  | 208                |

\* korelacja istotna na poziomie 0,05

Tab. 3. Zachowania zdrowotne matek a wskaźnik masy ciała dzieci

|                                      | Wskaźnik masy ciała dziecka |                 |         |         |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------|---------|
|                                      | niedowaga                   | masa prawidłowa | nadwaga | otyłość |
|                                      | średnia                     | średnia         | średnia | średnia |
| Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych | 84,40                       | 85,58           | 83,14   | 83,08   |
| Prawidłowe nawyki żywieniowe         | 3,60                        | 3,66            | 3,67    | 3,57    |
| Zachowania profilaktyczne            | 3,57                        | 3,64            | 3,47    | 3,53    |
| Pozytywne nastawienie psychiczne     | 3,65                        | 3,64            | 3,54    | 3,58    |
| Praktyki zdrowotne                   | 3,26                        | 3,32            | 3,17    | 3,16    |

Winkleby, badając współzależność między zachowaniami ludzi a ich sytuacją socjo-ekonomiczną wyrażoną dochodami i poziomem wykształcenia, stwierdził, że w największym stopniu na zachowania zdrowotne ludzi wpływa ich wykształcenie (Wojtczak, 2009). Wykształcenie stanowi wyznacznik stanu wiedzy i świadomości zdrowotnej. Osoby o niskim poziomie wykształcenia znacznie częściej podejmują zachowania antyzdrowotne. Osoby z wykształceniem wyższym częściej przejawiają troskę o własne zdrowie. Lamczyk w swoich badaniach wskazała, że wykształcenie koreluje z poziomem świadomości zdrowotnej, co wpływa na stan zdrowia zarówno jednostki, jak i całego społeczeństwa (Lamczyk, 2013).

Ze względu na niespełnienie założeń o homogeniczności wariancji (mierzonej testem Levene'a dla zmiennych „prawidłowe nawyki żywieniowe” [ $p < 0,001$ ] i „pozytywne nastawienie psychiczne” [ $p = 0,01$ ]) oraz zbliżenie rozkładu zmiennych do rozkładu nor-

Tab. 4. Zachowania zdrowotne matek a poziom wykształcenia

|                                      | Wykształcenie matki a zachowania zdrowotne |    |           |
|--------------------------------------|--|----|-----------|
|                                      | wartość testu H                            | df | wartość p |
| Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych | 12,905                                     | 2  | 0,002     |
| Prawidłowe nawyki żywieniowe         | 9,102                                      | 2  | 0,011     |
| Zachowania profilaktyczne            | 7,443                                      | 2  | 0,024     |
| Pozytywne nastawienie psychiczne     | 2,482                                      | 2  | 0,289     |
| Praktyki zdrowotne                   | 17,986                                     | 2  | < 0,001   |

malnego (mierzonego testem Kołmogorowa-Smirnowa dla jednej próby dla wszystkich analizowanych zmiennych) do analizy statystycznej głównych zmiennych (IZZ – wynik ogólny oraz wyniki w poszczególnych zakresach) zastosowano test nieparametryczny Kruskala-Wallisa.

Podobnie jak w badaniach Winkleby, w niniejszych badaniach wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wykształceniem matek a ich zachowaniami zdrowotnymi w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz wyniku ogólnego IZZ. Jedynie w przypadku kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego nie odnotowano zależności istotnej statystycznie (tab. 4).

Społeczeństwo polskie, szczególnie w zakresie zorganizowanej aktywności sportowej, zaliczane jest do mało aktywnych ruchowo na tle innych społeczeństw europejskich. Czas wolny dorosłych zdominowały zajęcia statyczne, a zabrakło czynnego uprawiania sportu, wycieczek rowerowych czy spacerów. Taki model spędzania wolnego czasu przekazywany jest dzieciom przez rodziców (Gutowska-Wyka, 2016). W dobie Internetu, telewizji, gier komputerowych dzieci i młodzież coraz częściej biernie spędzają czas wolny, zamieniając pasje do uprawiania sportu na zainteresowanie statycznymi nowościami elektronicznymi czy bierne kibicowanie przed ekranem telewizora (Świdarska-Kopacz, Marcinkowski i Jankowska, 2008). Analiza statystyczna wyników przeprowadzonych badań nie wykazała istotnych zależności pomiędzy preferowanymi formami spędzania czasu wolnego przez rodzinę a masą ciała dzieci.

## WNIOSKI

1. Wśród dzieci w wieku 6–13 lat występowała nadwaga i otyłość.
2. Zdecydowanie częściej we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych matek uzyskano wyniki powyżej normy. Poniżej norm średnich znalazły się jedynie praktyki zdrowotne.
3. Wykazano zależność pomiędzy wykształceniem matek a wynikiem ogólnym zachowań zdrowotnych oraz prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi i praktykami zdrowotnymi.
4. Nie zaobserwowano zależności pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi matek a masą ciała dzieci na wymaganym poziomie istotności. Należy wskazać istniejącą tendencję: wraz ze wzrostem masy ciała dzieci średnie wartości zachowań zdrowotnych matek ulegały zmniejszeniu.

## BIBLIOGRAFIA

- Broniecka, A., Wyka, J. (2012). Wybrane elementy stylu życia wpływające na stan zdrowia młodzieży. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 45(2), 196–205.
- Centrum Nauki o Laktacji (patronat merytoryczny) (b.d.). *Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015* (b.m.).
- De Onis, M., Lobstein, T. (2010). Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(6), 458–460.
- Flodmark, C.E., Lissau, I., Moreno, L.A. (2004). New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28(10), 1189–1196.
- Gutowska-Wyka, A. (2016). Niewłaściwe spędzanie czasu wolnego jako przyczyna nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. W: V. Tanaś, W. Welskop (red.), *Kultura czasu wolnego we współczesnym świecie* (s. 81–89). Łódź: Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kaczor-Szkodny, P., Kaczoruk, M., Kawiak-Jawor, E., Kulik, T.B., Pacian, A. (2017). Zachowania zdrowotne młodzieży w aspekcie narażenia na rozwój nieprawidłowej masy ciała. W: E. Bajek, B.A. Nowak (red.), *Choroby XXI w. – analiza współczesnej sytuacji zdrowotnej* (s. 25–36). Lublin: WN Tygiel.
- Konstańczak, S. (2012). Zdrowie jako wartość ogólnospołeczna. *Studia Ecologiae et Bioethicae UKSW*, 10(3), 23–34.
- Krawczyńska, J., Karakiewicz, B., Zięba, E., Nowak-Starz, G. (2013). Ocena stanu zdrowia młodzieży w świetle wybranych wskaźników zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2(19), 193–199.
- Lamczyk, D. (2013). Pojęcie zdrowia i zachowań zdrowotnych. *Lider*, 271(8), 50–53.
- Mikoś, M., Mikoś, M., Mikoś, H., Obara-Moszyńska, M., Niedziela, M. (2010). Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży. *Nowiny Lekarskie*, 79(5), 397–402.
- Opolski, J. (red.) (2011). *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP.
- Piecowicz-Szczęсна, H. (2008). Wybrane czynniki stylu życia rodzin – mieszkańców Sanoka i przylegających gmin. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(3), 373–377.
- Sitko, D., Wojtaś, M., Gronowska-Senger, A. (2012). Sposób żywienia młodzieży gimnazjalnej i licealnej. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 3(63), 319–327.
- Socha, J., Stolarczyk, A., Socha, P. (2002). Zachowania żywieniowe – od genetyki do środowiska społeczno-kulturowego. *Nowa Pediatrya*, 6(3), 212–217.
- Świderska-Kopacz, J., Marcinkowski, J.T., Jankowska, K. (2008). Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Część V. Aktywność fizyczna. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(2), 246–250.
- WHO (b.d.). Global Database on Body Mass Index. Pobrano z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> [dostęp: 12.09.2017].
- Włodarczyk, C.W. (1996). *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Kraków: Vesalius.
- Wojtczak, A. (2009). *Zdrowie publiczne: wyzwania dla systemów zdrowia XXI wieku*. Warszawa: PZWL.
- Wysocki, M.J., Miller, M. (2003). Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57(3), 505–512.

## ABSTRACT

## Health behaviours of mothers and abnormal body mass in children

**Background.** Assessment of mothers' health behaviours in the context of body mass of children. **Material and methods.** The study included the population of parents of children from a primary school in Lublin. The survey was conducted anonymously, between February and March, 2017. The majority of respondents were mothers. Therefore, further analysis of the results concerned 208 children of mothers who participated in the study. The study was conducted with the diagnostic survey method and the research technique was the authors' questionnaire survey. The Inventory of Health Behaviours by Juczynski was applied as a research tool. **Results.** Overweight and obesity concerned 38% of children aged 6–13 years, underweight – 23.1% of children. Children with normal body constituted 38.9%. Almost in all categories of mother health behaviours, higher results were obtained compared with the standards proposed by Juczyński. **Conclusions.** In all categories of maternal health behaviours, definitely more often results higher than normal were obtained. Only the health practices were below the average standards. The relationship between maternal education and the overall health behaviour, as well as correct eating habits, preventive behaviours, and health practices was demonstrated. The relationship between prophylactic behaviour of mothers and body mass of children was statistically not significant. However, a trend should be indicated: with the increase of children's body weight, the average values of mothers' health behaviours decreased.

**Key words:** children, health behaviours, mothers, body weight, parents