

KATARZYNA SZALONKA¹
Uniwersytet Wrocławski

POLITYKA KREOWANIA PROZDROWOTNEGO STYLU ŻYCIA WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY

Streszczenie

Narodowy Program Zdrowia realizowany od 1996 roku ma na celu poprawę stanu zdrowia Polaków oraz kreowanie prozdrowotnego stylu życia. Zdrowie człowieka jest determinowane prawidłową dietą, aktywnością fizyczną, higieną osobistą, umiejętnością zagospodarowania wolnego czasu i walki ze stresem, stosowaniem profilaktyki, racjonalną konsumpcją leków. Zdrowie jest traktowane jako kapitał społeczny, jako dobro konsumpcyjne i inwestycyjne. W pierwszej dekadzie XXI wieku Grossman zaproponował kreowanie zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży. W artykule przedstawiono wyniki badań dotyczące zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży na Dolnym Śląsku.

Słowa kluczowe: styl życia, zdrowie człowieka, dzieci, młodzież, profilaktyka

Wprowadzenie

Realizowany od 1996 roku Narodowy Program Zdrowia ma przede wszystkim na celu poprawę stanu zdrowia Polaków oraz zachęcanie do pro-zdrowotnego stylu życia. Na zdrowie człowieka ma wpływ głównie zbilansowana dieta, aktywność fizyczna, higiena osobista, umiejętność wykorzystania wolnego czasu i radzenia sobie ze stresem, stosowanie profilaktyki czy racjonalna konsumpcja leków. Zdrowie to kapitał społeczny, dobro konsumpcyjne i inwestycyjne. W pierwszej dekadzie XXI wieku M. Grossman zaproponował, aby źródłem wiedzy o zdrowym stylu życia była podstawowa komórka społeczna, czyli rodzina,

¹ kszalonka@prawo.uni.wroc.pl.

która powinna być zobligowana do kreowania zdrowego stylu życia od najmłodszych lat wszystkich jej członków.

Celem artykułu jest wskazanie genezy polityki prozdrowotnej wśród dzieci i młodzieży oraz przedstawienie wyników badań pierwotnych dotyczących ich stanu wiedzy o uwarunkowaniach prozdrowotnych. Artykuł powstał w oparciu o studia literaturowe z zakresu ekonomii społecznej, marketingu społecznego, nauk o zdrowiu, badań pierwotnych ilościowych zrealizowanych w okresie marzec–maj 2015 roku na Dolnym Śląsku na próbie 415 respondentów – dzieci i młodzieży z zastosowaniem kwestionariusza ankietowego *face to face* (237 respondentów) i online (178 respondentów) oraz jakościowych przeprowadzonych w marcu 2015 roku z zastosowaniem pogłębionego wywiadu nieustrukturyzowanego. Badania przeprowadzono w dwóch grupach wiekowych: dzieci w wieku 10 lat (3 osoby) i młodzieży w wieku 18 lat (5 osób). Przedmiotem badań ilościowych i jakościowych była identyfikacja stanu wiedzy o uwarunkowaniach prozdrowotnych oraz implementacja tej wiedzy w życiu codziennym.

Geneza kreowania prozdrowotnego stylu życia w ekonomii

Zdrowie, według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), to „całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niedomagania”². Aby osiągnąć możliwie najwyższy poziom zdrowia, należy uwzględnić następujące czynniki: styl życia, środowisko fizyczne (naturalne oraz stworzone przez człowieka) i społeczne życia, pracy, nauki, czynniki genetyczne oraz funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Styl życia jest bezpośrednim czynnikiem wpływającym w największym stopniu na zdrowie człowieka. Lalonde oszacował ten czynnik jako determinujący w 50% stan zdrowia. Pozostałe zaś to w 20% uwarunkowania genetyczne, w 20% środowisko, a opieka zdrowotna w 10%³. Do ważnych determinant zachowania zdrowia należą warunki społeczno-ekonomiczne, natomiast największymi zagrożeniami są ubóstwo i niski poziom wykształcenia⁴. Styl życia człowieka wpływa na zachowanie jego

² *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States Official Records of the World Health Organization, No. 2, s. 100.*

³ M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa 1974, Minister of Supply and Services Canada, www.phac-aspc.gcca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf.

⁴ M. Synowiec-Piłat, *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*, Wyd. A. Marszałek, Toruń 2009, s. 34.

zdrowia, czyli konsumenci w 50% decydują o swoim zdrowiu, co odzwierciedla hasło „Twoje zdrowie w Twoich rękach”⁵.

Zdrowie znajduje się w centrum zainteresowań nie tylko środowiska medycznego, ale też ekonomistów i polityków każdego państwa. Ekonomiści poszukują odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób konsumenci alokują swoje zasoby w procesie produkcji zdrowia⁶. Politycy dążą do ograniczenia rosnących wydatków na ochronę zdrowia. W 1972 roku Grossman wykorzystał teorię kapitału ludzkiego do wyjaśnienia popytu na zdrowie i opiekę zdrowotną. Wnioskował, że ludzie dążą do maksymalizacji swoich dochodów, inwestując w edukację oraz poprawę kondycji zdrowotnej⁷. Dlatego zdrowie można traktować jako kapitał, dobro konsumpcyjne (dobry stan zdrowia na co dzień gwarantuje satysfakcję z życia) oraz dobro inwestycyjne (umożliwia generowanie dochodów). W 2004 roku Grossman odniósł się retrospektywnie do tej teorii, twierdząc, że produkcja zdrowia wymaga zarówno nakładów dóbr i usług, jak i poświęconego osobiście czasu, m.in. na wypoczynek i relaks.

W pierwszej dekadzie XX wieku naukowcy skupiali swoje badania nad zdrowiem głównie w zakresie wpływu opieki medycznej na stan zdrowia, z wyłączeniem innych czynników odpowiadających za zdrowie⁸. Grossman postulował, aby badania w drugiej dekadzie XXI wieku dotyczyły oddziaływania konsumpcji dóbr i usług na produkcję zdrowia. Rozwój technologii informacyjnych powinien ułatwić promowanie czynników generujących zdrowie. Grossman, nawiązując do raportu M. Lalonde’a, akcentował konieczność kreowania zdrowego stylu życia wśród dzieci, celem kontynuowania wyuczonych nawyków w dorosłym życiu⁹. Zdrowy styl życia gwarantuje globalny wzrost produkcji zdrowia. Dlatego uznano, że pola Lalonde’a są modelem, który powinien być wzbogacony o elementy wyjaśniające, co determinuje np. styl życia w obszarze zachowań zdrowotnych, czyli zachowań, które zwykle wywołują pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne.

⁵ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007r, www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0020/12494/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf, s. 10.

⁶ S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 243.

⁷ M. Grossman, *On the concept of health capital and demand for health*, „Journal of Political Economy” 1972, Vol. 80, Iss. 2, s. 223–255.

⁸ J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Wyd. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2005, s. 203.

⁹ M. Grossman, *The demand for health, 30 years later: A very personal retrospective and prospective reflection*, „Journal of Health Economics” 2004, Vol. 23, s. 629–636.

W 1991 roku G. Dahlgren, M. Whitehead opracowali „Tęczę czynników zdrowia”. W centrum tego modelu umieścili czynniki biologiczne (wiek, płeć, czynniki genetyczne). Kolejne trzy grupy czynników to: styl życia, sieci wsparcia społecznego oraz szeroko pojęte czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe (warunki życia i pracy)¹⁰. Zachowania zdrowotne kształtują się przez całe życie, tworzą się w dzieciństwie i młodości na skutek wzorców przekazywanych przez rodziców, szkołę, rówieśników, środki masowego przekazu oraz opiekę medyczną. Do zachowań związanych ze zdrowiem fizycznym należy: dbałość o higienę osobistą i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, sen – odpowiedni czas jego trwania i jakość¹¹. Zachowania związane głównie ze zdrowiem psychicznym są kształtowane przez umiejętne zarządzanie stresem, zaś do zachowań prewencyjnych zalicza się to: samokontrolę zdrowia, badania profilaktyczne, racjonalne zachowania w życiu codziennym, bezpieczne zachowania w życiu seksualnym. Konieczna jest również eliminacja konsumpcji autodestrukcyjnej: palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, niewłaściwej konsumpcji leków zaleconych i niezaleconych przez lekarzy, używania innych substancji psychoaktywnych¹².

WHO z hasłem „Zdrowie zaczyna się w domu” podkreśla rolę rodziny w kształtowaniu zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży – to w domu kształtują się wzory zachowań oraz przebiega proces kształtowania osobowości¹³. Zatem istnieje potrzeba kreowania zdrowego stylu życia w społeczeństwie. W 2011 roku Ph. Kotler i K.L. Keller opublikowali definicję marketingu społecznego (*social marketing*), podając, że „marketing społecznie zaangażowany wspiera jakąś sprawę”¹⁴. Marketing społeczny promuje idee. Ma wieloletnią tradycję, a na podstawie dotychczasowych działań można ocenić, że jest skuteczny w kształtowaniu polityki prozdrowotnej. Był stosowany w celu eliminacji konsumpcji autodestrukcyjnej w Szwecji w latach 70. XX wieku, w Indiach za jego pomocą propagowano planowanie rodziny, w Australii uczono zapinania pasów bezpieczeństwa, a w Kanadzie propagowano aktywność fizyczną. W latach 80. WHO, Bank

¹⁰ G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and strategies to promote equity in health*, Wyd. Institute for Future Studies, Stockholm 1991.

¹¹ D. Ponczek, I. Olszowy, *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, nr 93(2), s. 260–268.

¹² *Ibidem*.

¹³ M. Zadworna-Cieśla, N. Ogińska-Bulik, *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Difin, Warszawa 2011, s. 65.

¹⁴ Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, Wyd. Rebis, Poznań 2014, s. 687.

Światowy oraz Centra Ochrony Zdrowia i Profilaktyki (*Centers for Disease Control and Prevention*) zaczęły promować zastosowanie marketingu społecznego w sprawach istotnych społecznie. W Polsce promuje się profilaktykę zdrowotną, programy zdrowotne i kształtuje się prozdrowotne style życia. Takim przykładem z 2015 roku może być: Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego Polcard¹⁵ i Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych¹⁶. Marketing społeczny ma również zastosowanie w promowaniu zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży. Efektywność tych działań jest mierzona przez sieć badawczą obejmującą kraje europejskie i Ameryki Północnej pod nazwą *Health Behaviour in School-aged Children. WHO Collaborative Study* (HBSC). W 2010 roku do sieci należały 43 kraje. Obszarem zainteresowań są nie tylko zachowania zdrowotne, ale też uwarunkowania w kontekście społecznym, wpływu otoczenia (rodziny, szkoły) na stan zdrowia¹⁷. Polska również jest objęta tymi badaniami.

Efektywność polityki prozdrowotnej wśród dzieci i młodzieży w świetle badań

W celu identyfikacji efektów polityki prozdrowotnej w okresie marzec–maj 2015 roku przeprowadzono badania pierwotne na próbie 415 respondentów (dzieci i młodzież zamieszkujące Dolny Śląsk) z zastosowaniem autorskiego¹⁸ kwestionariusza ankietowego *face to face* (237) i online (178). W badaniach wzięło udział 61% dziewcząt i 39% chłopców w wieku od 6 do 19 lat zamieszkujących obszary miejskie i wiejskie. Zbadano podejście do prozdrowotnego stylu życia dzieci i młodzieży, stan wiedzy i postępowanie. Kwestionariusz, ze względu na dużą rozpiętość wiekową, zawierał proste pytania, zazwyczaj zrozumiałe zarówno dla wypełniających bezpośrednio przy ankiecie, jak też techniką

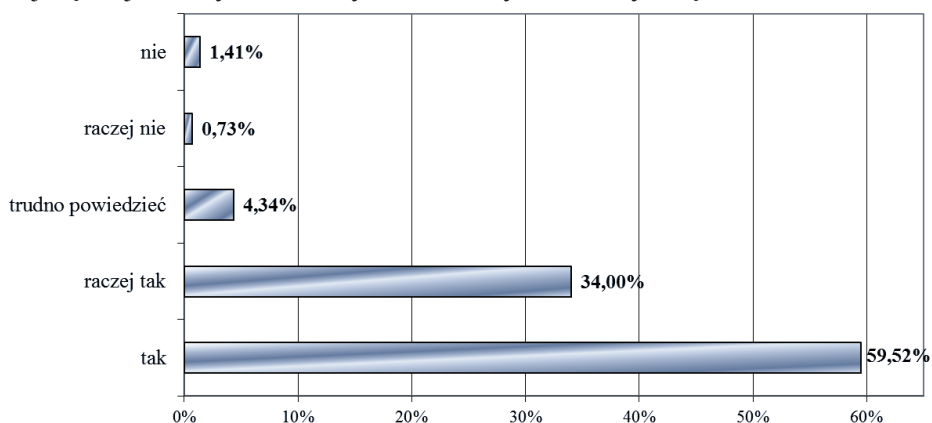
¹⁵ *Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego Polcard*, www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/narodowy-program-wyrownywania-dostpnoci-do-profilaktyki-i-leczenia-chorob-ukadu-sercowo-naczyniowego-polcard.

¹⁶ *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych*, www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych.

¹⁷ *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik, Wyd. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, s. 5, www.wsse.webserwer.pl/UserFiles/wsse/File/OSW_N_STR/Trzymaj%20Forme/Materia%C5%82y%20pomocnicze%20w%20realizacji%20programu/Zachowania%20zdrowotne%20dzieci%20w%20wieku%20szkolnym_raport%20techniczny%20z%20badan%20HBSC%202010.pdf.

¹⁸ Do badań zastosowano własny kwestionariusz, nie zaś kwestionariusz zestandaryzowany przez WHO do pomiaru zdrowego stylu życia.

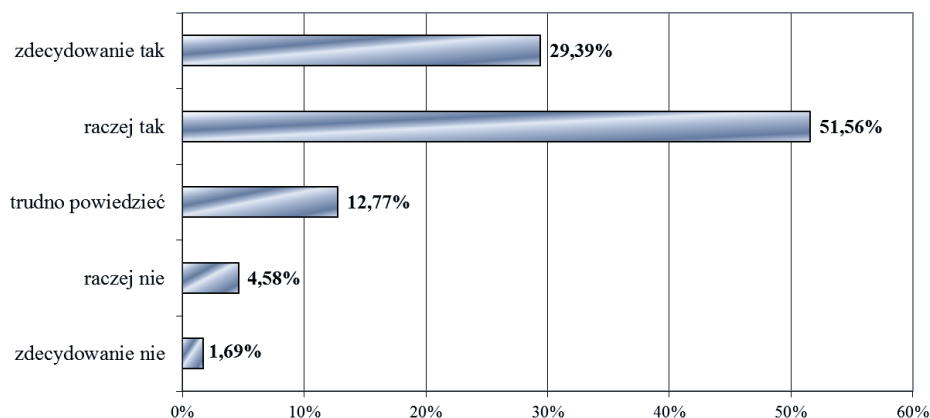
online. Na pytanie, czy wiesz, co trzeba robić, żeby być zdrowym, młodzi respondenci zadeklarowali posiadanie wiedzy w tym zakresie (rys. 1). Kolejne otwarte pytanie, rzadko stosowane w badaniach ilościowych, mające charakter kontrolny, potwierdziło deklarowaną posiadaną wiedzę o prozdrowotnym stylu życia. 90% respondentów wymieniło bowiem czynniki warunkujące zdrowie, najczęściej wskazywano: odżywianie i aktywność fizyczną.



Rys. 1. Posiadany stan wiedzy o prozdrowotnym stylu życia

Źródło: opracowano na podstawie własnych badań.

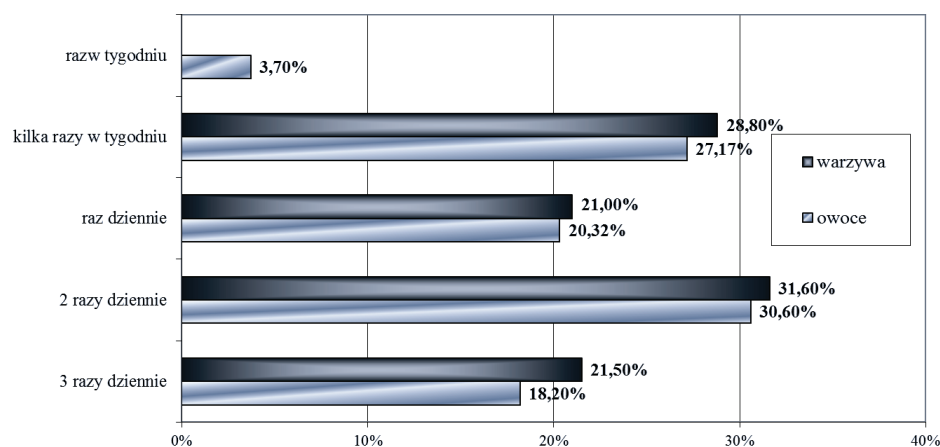
Wiedza o zdrowym stylu życia nie musi się przekładać na jej zastosowanie w praktyce. W kwestionariuszu ujęto pytania identyfikujące realny styl życia. Zapytano wprost, czy respondent prowadzi, zgodnie z jego wiedzą, zdrowy styl życia. Około 13% respondentów stwierdziło, że nie prowadzi zdrowego stylu życia (rys. 2). W jakościowych badaniach pogłębionych potwierdzono, że respondenci posiadają wiedzę, bo korzystają z usług dietetyków, jednak nie mają samodyscypliny i silnej woli, aby zalecenia wskazane przez specjalistów były wdrażane na co dzień.



Rys. 2. Deklarowany zdrowy styl życia

Źródło: opracowano na podstawie własnych badań.

Pytania związane z konsumpcją warzyw i owoców potwierdziły przypuszczenia autorki, że wiedza na temat uwarunkowań prozdrowotnych została skutecznie przekazana i wyuczona. Jednak badania pogłębione jednoznacznie wykazały, że choć respondenci mają informacje, to są one powierzchowne i brak jest zrozumienia mechanizmów warunkujących dobre zdrowie, np. aby pięć razy dziennie jeść warzywa i owoce (rys. 3).

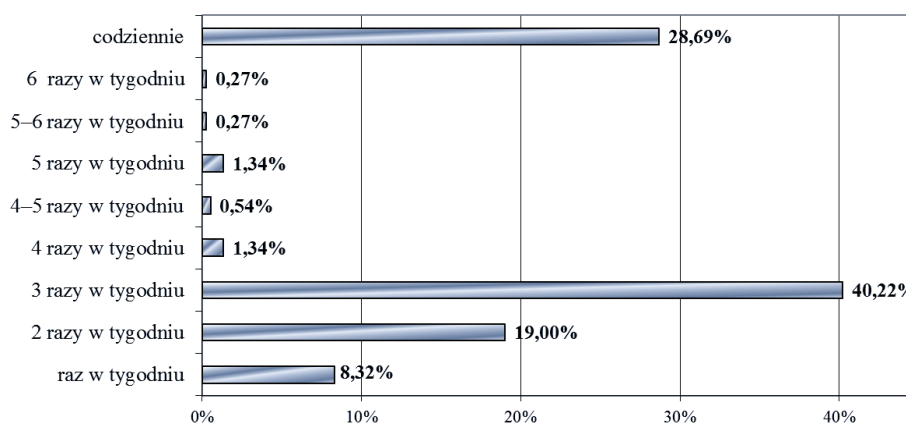


Rys. 3. Częstotliwość konsumpcji owoców i warzyw.

Źródło: opracowano na podstawie własnych badań.

Zapytano również o aktywność fizyczną. Jak wcześniej wspomniano, 90% respondentów jest w pełni świadoma konieczności uprawiania aktywności fizycznej (rys. 4). Pożądaną aktywnością dla dzieci i młodzieży jest codzienny jakikolwiek ruch, najlepiej na świeżym powietrzu. W naukach o zdrowiu założono,

że liczba dni w tygodniu, w którym badani powinni poświęcić na różne formy aktywności fizycznej, stanowi co najmniej 60 minut dziennie. Przyjęto, że liczba co najmniej pięciu dni oznacza zalecany poziom aktywności fizycznej, tzn. zaspokajający podstawowe potrzeby młodego człowieka¹⁹. Wyniki badań sieci HBSC wskazują, że zarówno w krajach Unii Europejskiej, jak i w Polsce, ponad 66% młodzieży nie osiąga zalecanego poziomu aktywności fizycznej²⁰, co jest zbieżne z prezentowanymi wynikami regionalnymi dla Dolnego Śląska (rys. 4).



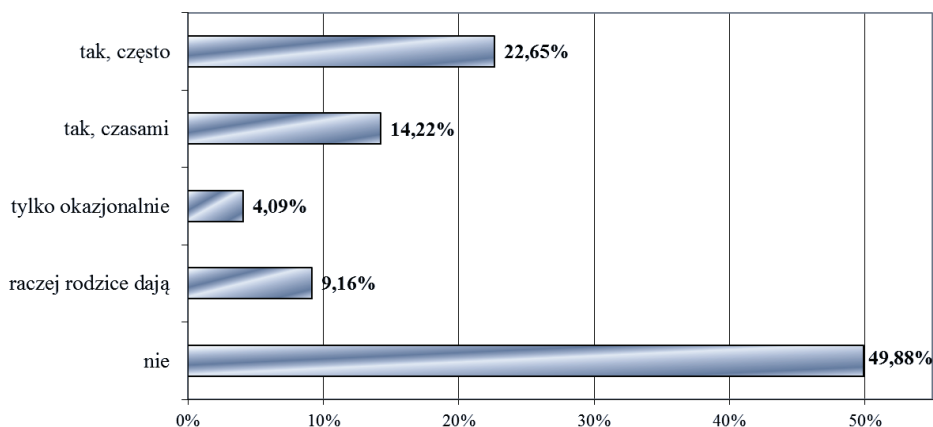
Rys. 4. Częstotliwość aktywności fizycznej

Źródło: opracowano na podstawie własnych badań.

Respondentów zapytano również o wpływ otoczenia na kreowanie prozdrowotnych stylów życia (czy szkoła rozdaje owoce i warzywa). Badano zaangażowanie szkół w projekty zdrowego odżywiania. Okazało się, że 37% respondentów miała możliwość konsumowania warzyw i owoców nabywanych przez szkołę, ale nie jest to zjawisko masowe (rys. 5).

¹⁹ J.J. Prochaska, J.F. Sallis, B. Long, *A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine” 2001, Vol. 155, s. 554–559.

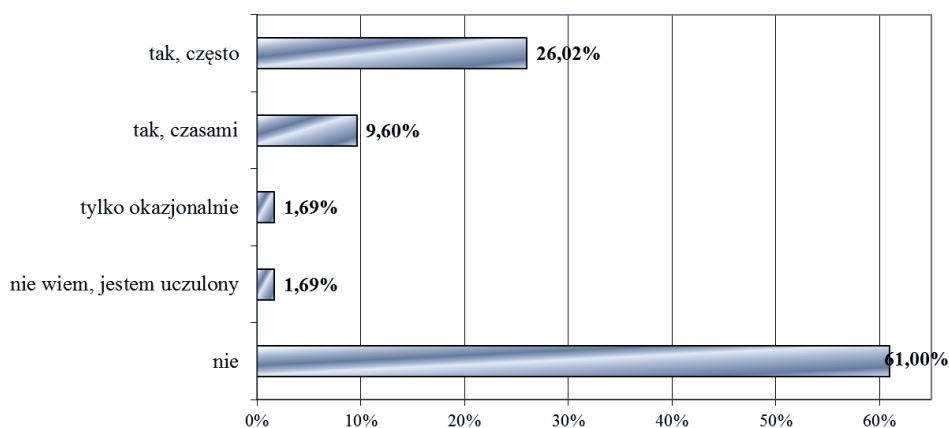
²⁰ A. Wojtyła, L. Kapka-Skrzypczak, P. Paprzycki, J. Diatczyk, J. Bylina, *Zachowania zdrowotne młodzieży. Raport*, Instytut Medycyny Wsi, Lublin 2011, s. 10.



Rys. 5. Możliwość konsumpcji warzyw i owoców nabywanych przez szkołę

Źródło: opracowano na podstawie własnych badań.

Kontynuując badania wpływu szkoły na kreowanie zdrowego odżywiania, zadano pytanie dotyczące oferowania mleka i przetworów mlecznych. Okazuje się, że co czwarty respondent ma możliwość posilenia się mlekiem i jego przetworami, co dziesiąty uczestniczył w takich akcjach, bez możliwości ustalenia częstotliwości. 60% nie ma możliwości konsumowania takich produktów gratis w szkole.



Rys. 6. Bezpłatna konsumpcja mleka i przetworów mlecznych w szkołach

Źródło: opracowano na podstawie własnych badań.

Podsumowanie

Zgromadzony materiał pozwolił na sformułowanie następujących wniosków: poziom wiedzy o uwarunkowaniach zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży jest satysfakcjonujący; ponad 90% badanych zna czynniki warunkujące zdrowie, zaś

81% respondentów deklaruje, że dba o swoje zdrowie, co można uznać za bardzo optymistyczne zjawisko. Niestety wiedza nie przekłada się na realizację działań w życiu codziennym. Polskie dzieci i młodzież zaabsorbowane są nowinkami technologicznymi, co pochłania im większość czasu wolnego (siedzący tryb życia), ponad 60% tej grupy nie wykazuje się pożądaną aktywnością fizyczną. Z pogłębionego wywiadu indywidualnego wynika, że choć znane są czynniki determinujące stan zdrowia (ten wniosek potwierdza się w pytaniach kontrolnych – otwartych w badaniach ilościowych) to trudno o motywację ze względu na brak wiedzy o funkcjonowaniu ludzkiego organizmu. Oznacza to, że etap informowania o polityce prozdrowotnej Europa ma za sobą. Nadszedł czas na poszerzenie wiedzy, która przyczyniłaby się do zrozumienia funkcjonowania ludzkiego organizmu i wpływu wybranych czynników na stan zdrowia. Można przekazywać wiedzę uczniom w ramach obowiązkowych zajęć szkolnych jako przedmiot zdrowie publiczne lub ekonomia zdrowia. Dzięki temu będzie realizowana polityka Grossmana kreowania poświadanych stylów życia wśród dzieci i młodzieży. Marketing społeczny może przyczynić się do kontynuowania kreowania polityki prozdrowotnej jako istotnego problemu społecznego.

Bibliografia

- Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and strategies to promote equity in health*, Wyd. Institute for Future Studies, Stockholm 1991.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
- Grossman M. *The demand for health, 30 years later: A very personal retrospective and prospective reflection*, „Journal of Health Economics” 2004, Vol. 23.
- Grossman M., *On the concept of health capital and demand for health*, „Journal of Political Economy” 1972, Vol. 80, Iss. 2.
- Kotler Ph., Keller K.L., *Marketing*, Wyd. Rebis, Poznań 2014.
- Lalonde M., *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa 1974, Minister of Supply and Services Canada, www.phac-aspc.gcca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf.
- Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego Polkard*, www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/narodowy-program-wyrownywania-dostpnoci-do-profilaktyki-i-leczenia-chorob-ukadu-sercowo-naczyniowego-polkard.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007r. www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0020/12494/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf.
- Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych*, www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych.
- Nosko J., *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Wyd. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2005.

- Ponczek D., Olszowy I., *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, nr 93.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. Official Records of the World Health Organization, No. 2.
- Prochaska J.J., Sallis J.F., Long B., *A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine” 2001, Vol. 1551.
- Synowiec-Piłat M., *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*, Wyd. A. Marszałek, Toruń 2009.
- Wojtyła A., Kapka-Skrzypczak L., Paprzycki P., Diatczyk J., Bylina J., *Zachowania zdrowotne młodzieży. Raport*, Instytut Medycyny Wsi, Lublin 2011.
- Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik, Wyd. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011, www.wsse.webserwer.pl/UserFiles/wsse/File/OSW_N_STR/Trzymaj%20Forme/Materia%C5%82y%20pomocnicze%20w%20realizacji%20programu/Zachowania%20zdrowotne%20dzieci%20w%20wieku%20szkolnym_raport%20techniczny%20z%20badan%20HBSC%202010.pdf.
- Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N., *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Difin, Warszawa, 2011.

POLICY FOR CREATING HEALTHY LIFESTYLE AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

Summary

The National Health Programme having been implemented since 1996 and is aimed at improving the health conditions of Poles and creation of health-centered lifestyle. Human health is determined by a proper diet, physical activities, personal hygiene, the basic skills of managing free time and combating stress effectively, taking prophylactic measures and rational drug consumption. The health is regarded both as the social capital and as the consumption and investment welfare. In the first decade of the twenty-first century Grossman proposed the creation of a healthy lifestyle among children and adolescents. The paper presents the results of scientific research on the health-centered behavior of the children and adolescents in Dolny Śląsk [Lower Silesia].

Keywords: lifestyle, human's health, children, adolescents, prophylaxis

Translated by Katarzyna Szalonka

