

Wsztechnica Świętokrzyska Kielce

BOŻENA ZAWADZKA

*Self-evaluation of health and life situation by healthy and sick youth
in the aspect of selected variables*

**Samoocena zdrowia i sytuacji życiowej przez młodzież zdrową i chorą
w aspekcie wybranych zmiennych**

Pomiar zdrowia subiektywnego uzasadniają następujące przesłanki: zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące stosowania subiektywnych wskaźników w ocenie zdrowia, pilna potrzeba kształtowania u młodych ludzi ich własnej koncepcji zdrowia, jego rozumienia i postrzegania w kontekście emocjonalnego i fizycznego samopoczucia; wskaźniki zdrowia subiektywnego bardziej charakteryzują zdrowie całej populacji ludzi młodych niż standardowe (zachorowalność, umieralność); oraz, że subiektywne wskaźniki zdrowia młodzieży silnie korelują z jej zachowaniami zdrowotnymi¹.

Zadowolenie jako satysfakcja z własnego życia będzie wpływać na samopoczucie, funkcjonowanie w środowisku oraz będzie determinować przyszłą jakość życia młodzieży. Zadowolenie z pozytywną samooceną zdrowia sprzyjać będzie kreatywności, motywacji do nauki, rozwijaniu zainteresowań, pozytywnym relacjom w społeczności szkolnej, co dla szkoły powinno być priorytetem w edukacji.

Według A. Ostrowskiej próby poszukiwania związków stylu życia ze zdrowiem „subiektywnym” (niedoceniane przez medycynę) zasługują na cykliczne, długofalowe badania (longitudinalne). Na podstawie własnych koncepcji zdrowia, własnych ocen zdrowia i samopoczucia ludzie planują na ogół swoje życie i rozważają różne możliwe opcje dla swoich prozdrowotnych wyborów². Takie ujęcie może przybierać szczególne znaczenie w odniesieniu do młodzieży.

Celem przeprowadzonych badań było określenie kategorii postrzegania zdrowia oraz sytuacji życiowej przez młodzież w zależności od ich stanu zdrowia, wieku, płci, miejsca zamieszkania i zamożności rodziny jako determinanty zachowań zdrowotnych.

MATERIAŁ BADAWCZY

Materiał empiryczny służący opracowaniu aktywnego uczestnictwa młodzieży w tworzeniu własnego potencjału zdrowotnego oraz wpływu wybranych czynników środowiskowych uzyskano w 1996 roku obejmując badaniami uczniów w wieku 14 – 18 lat uczących się w szkołach na terenie woj. świętokrzyskiego (dawne kieleckie).

Tab. 1. Struktura badanej młodzieży według stanu zdrowia, płci i miejsca zamieszkania

Zmienne	Zdrowie		Płeć		Miejsce zamieszkania	
	chory	zdrowy	dziewczęta	Chłopcy	miasto	wieś
Liczba i odsetek						
n	524	1048	753	819	865	707
%	33,3	66,6	47,9	52,1	55,0	45,0

¹ B. Woynarowska, J. Mazur, Zachowania zdrowotne szkolnej w Polsce i innych krajach. Raport z badań przeprowadzonych w 1994 r., IMiDz, Warszawa 1998, s. 86

² A. Ostrowska, Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 120

Dobór próby badawczej miał charakter dwustopniowy. Pierwszy etap dotyczył wyłonienia szkół w drodze losowania bezpośredniego w województwie kieleckim (świętokrzyskim). Drugi etap to dobór uczniów, ale ten dobór był już celowy, jako kryterium dominował stan zdrowia ucznia – schorzenie przewlekłe. Przy selekcjonowaniu uczniów chorych, kierowano się głównie definicją choroby przewlekłej w ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia: biorąc pod uwagę jej wpływ na dalszy rozwój, przystosowanie i funkcjonowanie społeczne oraz wyniki w nauce, a tym samym na jakość życia dorastającej młodzieży (Woynarowska³, Ślęzak⁴, Pilecka⁵, Nowicka⁶). Na podstawie „Karty zdrowia ucznia” wyselekcjonowano uczniów ze schorzeniami przewlekłymi a do nich uczniów zdrowych.

METODA BADAŃ

Zastosowana metoda w badaniach to sondaż diagnostyczny jako sposób gromadzenia wiedzy o opiniach i poglądach wybranej zbiorowości, nasilaniu się i rozwoju określonych zjawisk posiadających znaczenie dla edukacji zdrowotnej. Metodą uzupełniającą była analiza dokumentów w postaci kart zdrowia ucznia, która pozwoliła na wyselekcjonowanie młodzieży z chorobami przewlekłymi.

Wypełnianie kwestionariusza ankiety było anonimowe i miało miejsce głównie w gabinecie pedagoga szkolnego. Ostatecznie wyczerpujący materiał empiryczny uzyskano od 1572 uczniów.

WYNIKI

Samoocena zdrowia młodzieży zdrowej i chorej

Dorastająca młodzież 14 – 18 letnia postrzega swoje zdrowie głównie w kategorii -zdrowy zarówno młodzież zdrowa – 65,1% jak i chora 58,7%. Wśród młodzieży zdrowej następną liczną grupą 20,7% ocenia swój stan zdrowia jako bardzo zdrowy, a na trzecim miejscu jako nie bardzo zdrowy – 14,2%. Natomiast wśród chorych na drugim miejscu jest młodzież z samooceną nie bardzo zdrowy – 29,9%, a na trzecim grupa oceniająca się jako zdrowy i bardzo zdrowy – 12%. Zaskakujące jest, że ta grupa młodzieży - 12%, czyli 63 osoby ma diagnozę jednostki choroby przewlekłej, a ocenia się jako bardzo zdrowy, co może świadczyć o stosunkowo dobrym przystosowaniu się do życia z chorobą. Korelacja stanu zdrowia subiektywnego od obiektywnego wykazuje zależność istotną statystycznie, choć siła związku jest słaba ($r_c = 0,24$).

Płeć również różnicuje samoocenę zdrowia badanej młodzieży. W grupie zdrowych, dziewczęta mniej korzystnie oceniają zdrowie niż chłopcy. Dziewczęta koncentrują ocenę swojego stanu zdrowia głównie na kategorii: zdrowy – 66,8%, a następnie na nie bardzo zdrowy – 17,2%, z kolei chłopcy koncentrują samoocenę stanu zdrowia w kolejności: zdrowy – 61,5%, bardzo zdrowy – 20,7% i nie bardzo zdrowy 14,2%.

W grupie chorych, zarówno dziewczęta jak i chłopcy postrzegają swoje zdrowie kolejno w kategorii jako: zdrowy – 62,1% - 55,9%, nie bardzo zdrowy – 30,2% - 28,5%, i na końcu bardzo zdrowy – 7,7% - 15,6%. Zarówno w grupie zdrowych, jak i chorych uwzględniając płeć jest zależność istotna statystycznie, a korelacja słaba ($r_c = 0,11$ i $r_c = 0,15$).

Wiek badanych nie różnicuje znacząco samooceny zdrowia w grupie młodzieży chorej. Rozkład jest zbliżony we wszystkich grupach wiekowych i nieistotny statystycznie. Natomiast w grupie młodzieży zdrowej istnieje zależność, choć słaba ($r_c = 0,18$) to przesuwają się od oceny bardzo zdrowy do nie bardzo zdrowy wraz z wiekiem badanych. W kategorii bardzo zdrowy największy odsetek jest młodzieży 14 i 15-letniej, a w kategorii nie bardzo zdrowy największy 17 i 18-latków. We wszystkich grupach wiekowych wyniki kumulują się (60,5% - 71,2%) w kategorii zdrowy. Należy przypuszczać, że starsza młodzież (17 – 18 lat) ocenia swoje zdrowie bardziej krytycznie, często konfrontując je z wyborem rodzaju szkoły, zawodu, pracy, założeniem rodziny.

³ B. Woynarowska, Zdrowie i szkoła, PZWL, Warszawa 2000

⁴ J. Ślęzak, Uczeń z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju, Warszawa 1984

⁵ W. Pilecka, Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002

⁶ A. Nowicka, Psychospołeczna integracja dzieci przewlekłe chorych w szkole podstawowej, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2001

W wieku 17 – 18 lat młodzież uczy się w szkole często poza rodzinnym miejscem zamieszkania, poddana jest wpływowi środowiska miejskiego, co zbliża ją do młodzieży z tegoż środowiska. Wyniki wskazują na brak zależności istotnej statystycznie między samooceną zdrowia przez młodzież a ich miejscem zamieszkania. Zauważa się niewielkie zróżnicowanie w grupie młodzieży chorej. Samoocena zdrowia jest bardziej niekorzystna u młodzieży wiejskiej, która w kategorii nie bardzo zdrowy (32,%) przewyższa swoich rówieśników z miasta (16,6%). Być może wiąże się to z sytuacją odczuwania negatywnych konsekwencji swojego schorzenia z większą siłą niż u młodzieży miejskiej np. ograniczony dostęp do badań, brak regularności zabiegów, utrudnione wizyty w przychodniach specjalistycznych.

Zamożność rodziny jako jeden z wielu wskaźników sytuacji ekonomiczno-społecznej różnicuje samoocenę zdrowia badanej młodzieży w stopniu znaczącym statystycznie zarówno w grupie młodzieży chorej, jak i młodzieży zdrowej. Niewątpliwie bardziej odczuwana jest sytuacja ekonomiczna w rodzinach, gdzie jest osoba przewlekłe chora i są większe wydatki związane z leczeniem i rehabilitacją. Stąd w grupie młodzieży chorej istotność statystyczna jest na poziomie $p \leq 0,001$, a siła związku przeciętna. Młodzież zdrowa z rodzin bogatych i średnio bogatych ocenia swoje zdrowie jako zdrowy i bardzo zdrowy, co daje w efekcie zależność słabą ($r_c = 0,24$). Natomiast w grupie młodzieży chorej, pochodzący z rodzin biednych i niepotrafiący ocenić zamożności swojej rodziny postrzegają swoje zdrowie głównie w kategorii zdrowy – 59,9% i nie bardzo zdrowy – 36,6%.

Zadowolenie młodzieży ze swojej sytuacji życiowej

Zadowolenie młodzieży zdrowej i chorej ze swojego życia jest zbliżone, głównie koncentruje się w grupie zadowolonych i raczej zadowolonych. Bardzo zadowolonych jest ok. 21%, a niezadowolonych blisko 7%. Pozostali uczniowie – stanowiący ok. 72% grupują się wokół kategorii: zadowolonych i raczej zadowolonych ze swojej sytuacji. Płeć jest czynnikiem różnicującym zadowolenie młodzieży z jej obecnej sytuacji życiowej zarówno w grupie zdrowych, jak i chorych. Korelacja występuje w stopniu słabym, ale związek jest istotny statystycznie. W grupie młodzieży chorej bardzo zadowolonych jest większy odsetek dziewcząt (24,3%) niż chłopców (15,7%). Chłopcy natomiast są generalnie zadowoleni i raczej zadowoleni.

Wiek okazał się interesującym korelatem biorąc pod uwagę zadowolenie z życia młodzieży zdrowej i chorej, tzn. wraz z wiekiem spada odsetek zadowolonych. W grupie zdrowych badani w młodszym grupach wiekowych (14 – 15 lat) są w wyższym odsetku (83,7% - 77,9%) zadowoleni niż młodzież 17 – 18 letnia (70,6% - 63,9%). To zróżnicowanie być może wynika z faktu, że młodzież starsza kończy edukację i staje przed wyborem drogi życiowej (wybór uczelni wyższej, myślenie o pracy...). Ze względu na sytuację ekonomiczną nie zawsze może realizować swoje plany życiowe. Tym bardziej młodzież chora, gdyż zdrowie w Polsce jest już widocznym czynnikiem warunkującym m.in. kariery zawodowe dorosłych.

Zamożność rodziny to kolejny korelat, który różnicuje zmienną zależną – zadowolenie młodzieży ze swojego życia. Niezależnie od stanu zdrowia młodzieży, zamożność rodziny warunkuje ich zadowolenie z życia. Im zamożniejsza rodzina, tym bardziej młodzież jest zadowolona. W grupie młodzieży chorej szczególnie nasiloną jest zależność na poziomie istotności statystycznej $p \leq 0,001$ o sile związku przeciętnej. W tej sytuacji trudno oczekiwać zadowolenia z obciążeń jakie niesie choroba, często uniemożliwiając zaspokojenie wielu potrzeb młodym ludziom oraz pogarszając warunki materialne ich rodzin.

Przeanalizowanie i opis zagadnień związanych ze zdrowiem młodzieży i edukacją zdrowotną, korzystając z zasobów wiedzy psychologicznej, socjologicznej i pedagogicznej, a także medycznej, pozwoliło na wykrycie luki w badaniu skuteczności edukacji zdrowotnej młodzieży. Stwierdzono również, że stan zdrowia, jak również dbałość o to zdrowie przez młodzież jest niezadowolająca. Przeanalizowanie zachowań zdrowotnych i stanu zdrowia na podstawie alarmujących doniesień (głównie raportów) o złym i ciągle pogarszającym się stanie zdrowia dzieci i młodzieży (por. Woynarowska 2000⁷, Kuciarska – Ciesielska 1999⁸, Szymborski, Szamotulska, Sito 2000⁹, Syrek 1997¹⁰) wskazuje na silną potrzebę intensyfikacji prawidłowo realizowanej edukacji zdrowotnej.

⁷ B. Woynarowska, Zdrowie i szkoła, PZWL, Warszawa 2000

⁸ M. Kuciarska – Ciesielska, Stan zdrowia ludności według województw, W: Stan zdrowia ludności Polski w przekroju regionalnym w 1996 r. Informacje i opracowania statystyczne, GUS, Warszawa 1999

WNIOSKI

1. Dorastająca młodzież najbardziej pozytywnie ocenia swoje zdrowie w wieku 14 i 15 lat, a najmniej korzystnie 17 i 18-letnia. Charakterystycznym jest, że bardziej korzystnie oceniają swoje zdrowie chłopcy niż dziewczęta niezależnie czy pochodzą z grupy chorych czy zdrowych. Miejsce zamieszkania nie wpłynęło jednoznacznie na ocenę zdrowia, niemniej zauważa się tendencję niekorzystnej samooceny u młodzieży wiejskiej. W największym stopniu na samoocenę zdrowia badanej młodzieży wpłynęła sytuacja materialna ich rodzin (zamożność rodziny).
2. Zadowolenie jako satysfakcja z obecnego życia młodzieży zależy w największym stopniu od ich sytuacji materialnej rodziny. Tendencja ze względu na wiek jest mniej korzystna u starszej młodzieży (17 – 18 lat) w kierunku niezadowolenia. Jest to niepokojące, gdyż może mieć wpływ na osłabienie siły życiowej młodych ludzi wkraczających w dorosłość i powodować zniechęcanie do wysiłku i zmagania z trudnościami dnia codziennego, wyzwalając agresję oraz „wchodzenie w nałogi”.
3. Należy podkreślić, że samoocena zdrowia u uczniów jest stosunkowo zawyżona do rzeczywistego stanu zdrowia obiektywnego. Młodzież swoje zdrowie bardziej ocenia w kontekście swego emocjonalnego samopoczucia. Stąd obiektywny stan zdrowia bardziej różnicuje poszczególne zachowania gdzie nie pytano już o samoocenę zdrowia, ale o konkretne zachowania osobno w grupie młodzieży zdrowej i chorej. Dopiero na tym etapie rozróżnień zaobserwowano zmienność zachowań zdrowotnych młodzieży. Wiele jednostek chorobowych występujących u badanej młodzieży (alergia, astma oskrzelowa, choroby serca, choroby kości, padaczka, zanik mięśni, krótkowzroczność ...) daje konsekwencje na życie młodzieży, bądź też w sposób bezpośredni warunkuje określone zachowania zdrowotne.

PIŚMIENNICTWO

1. Kuciarska – Ciesielska M., Stan zdrowia ludności według województw, W: Stan zdrowia ludności Polski w przekroju regionalnym w 1996 r. Informacje i opracowania statystyczne, GUS, Warszawa 1999
2. Nowicka A., Psychospołeczna integracja dzieci przewlekle chorych w szkole podstawowej, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2001
3. Ostrowska A., Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 120
4. Pilecka W., Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002
5. Syrek E., Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno – społeczne, Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997
6. Szyborski J., Szamotulska K., Sito A. (red.), Zdrowie naszych dzieci. Zróżnicowanie szans, IMiDz, Warszawa 2000
7. Ślęzak J., Uczeń z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju, Warszawa 1984
8. Woynarowska B., Mazur J., Zachowania zdrowotne szkolnej w Polsce i innych krajach. Raport z badań przeprowadzonych w 1994 r., IMiDz, Warszawa 1998, s. 86
9. Woynarowska B., Zdrowie i szkoła, PZWL, Warszawa 2000

STRESZCZENIE

Celem przeprowadzonych badań było określenie kategorii postrzegania zdrowia oraz sytuacji życiowej przez młodzież w zależności od ich stanu zdrowia, wieku, płci, miejsca zamieszkania oraz zamożności rodziny jako determinanty zachowań zdrowotnych. Na podstawie przeprowadzonej analizy wyników należy podkreślić, że samoocena zdrowia u uczniów jest stosunkowo zawyżona do rzeczywistego stanu zdrowia obiektywnego. Młodzież swoje zdrowie bardziej ocenia w kontekście swego emocjonalnego samopoczucia. Stąd obiektywny stan zdrowia bardziej różnicuje poszczególne zachowania

⁹ J. Szyborski, K. Szamotulska, A. Sito (red.), Zdrowie naszych dzieci. Zróżnicowanie szans, IMiDz, Warszawa 2000

¹⁰ E. Syrek, Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno – społeczne, Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997

wania gdzie nie pytano już o samoocenę zdrowia, ale o konkretne zachowania osobno w grupie młodzieży zdrowej i chorej. Dopiero na tym etapie rozróżnień zaobserwowano zmienność zachowań zdrowotnych młodzieży na poziomie istotności statystycznej $p \leq 0,001$.

ABSTRACT

Self-evaluation of health and life situation by healthy and sick youth in the aspect of selected variables. The aim of the research was to determine the category of the perception of health and life situation by youth depending on their state of health, age, gender, place of residence and the wealth of their family as determinants of health behaviours. On the basis of the research analysis it should be stressed that pupils' self-evaluation of health is relatively overstated in comparison to their objective state of health. The youth evaluated their health more in the context of their emotional well-being. Therefore, the objective state of health more clearly differentiates specific behaviours when the youth was asked about concrete behaviours separately in the group of the health and the sick. On this stage, the variability of the youth's health behaviours reached the level of statistical significance $p \leq 0,001$.