

DZIAŁ TEMATYCZNY: AKTYWNOŚĆ WYCHOWAWCZA ŚRODOWISKA RODZINNEGO W KONTEKŚCIE HOLISTYCZNIE UJMOWANEGO ZDROWIA DZIECKA

JULIA ŁOSIAK-PILCH

Studium Pedagogiczne

Uniwersytet Jagielloński

Kraków

Forum Pedagogiczne
2017/2

Wpłynęło: 05.03.2017

Zatwierdzono do druku: 12.05.2017

DOI: 10.21697/fp.2017.2.02

KONCEPCJA ZDROWIA U MŁODZIEŻY SZKÓŁ PONADGIMNAZJALNYCH

Streszczenie: Celem badań było opisanie sposobu rozumienia zdrowia przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych, ustalenie, jak młodzież szkół ponadgimnazjalnych ujmuje atrybuty zdrowia, jakie przypisuje mu kryteria oraz jak lokuje zdrowie pośród innych wartości. Grupę badaną stanowiło 276 uczniów liceum ogólnokształcącego oraz technikum w wieku 17–19 lat, 152 kobiety i 124 mężczyzn. Zastosowano skalę ocen typu dyferencjału semantycznego, skalę Lista Kryteriów Zdrowia oraz skalę Lista Wartości Osobistych.

Wyniki wskazują na to, że dla młodych osób zdrowie jest podstawowe i osiągalne, ale jednocześnie jest łatwe do utracenia i trudne do odzyskania. Jednocześnie w oparciu o analizę skupień wyodrębniono grupę osób przypisujących zdrowiu stabilność i grupę osób przypisujących zdrowiu niestabilność. W przypadku kryteriów zdrowia okazało się, że dla młodych ludzi bycie zdrowym jest łączone z hedonistycznymi i sprawnościowymi kryteriami zdrowia. Zdrowie jako wartość miało wysoką pozycję w rankingu wartości, ale wyżej stawiane były inne wartości, jak miłość i przyjaźń oraz inteligencja.

Słowa kluczowe: koncepcja zdrowia, młodzież, wartości.

Koncepcja zdrowia oraz przekonania na temat zdrowia

Badania z udziałem osób dorosłych wskazują, że ludzie zazwyczaj rozumieją zdrowie jako przeciwieństwo choroby, niewystępowanie jej objawów, dolegliwości czy też bólu. Niejednokrotnie badani dają także takie odpowiedzi, jak: dobre samopoczucie, stan niewymagający interwencji medycznej. Swoje wypowiedzi uzupełniają nie tylko o wskazanie na somatyczny wymiar zdrowia, ale także na wymiar psychiczny (równowaga psychiczna, dobrostan psychiczny, „zadowolenie z życia”) (Kawczyńska-Butrym 1997). Podobne wyniki uzyskał Juczyński (2001), badając grupę 82 osób dorosłych. Zatem nawet w potocznym rozumieniu koncepcja zdrowia wydaje się być złożona, a odpowiedzi dorosłych dotyczą zdrowia jako wartości i jako działania. W literaturze można spotkać wymieniane w tym

kontekście takie pojęcia, jak: potoczna wiedza o zdrowiu, potoczna świadomość zdrowia (Puchalski 1994, 1997). Szymańska (1994) wykazała, iż także dzieciom, podobnie jak dorosłym, zdrowie kojarzy się częściej z dobrym samopoczuciem niż brakiem choroby, a więc rozumienie zdrowia powiązane jest z pozytywną sytuacją, a choroba z negatywną.

Herzlich (1973) dokonała podziału subiektywnych koncepcji zdrowia na trzy kategorie. Pierwsza z nich – zdrowie jako próżnia – obejmuje rozumienie zdrowia jako braku choroby oraz braku wpływu (kontroli) osoby na swoje zdrowie/chorobę. Druga kategoria to rozumienie zdrowia jako rezerwy – tutaj możemy odnaleźć osoby ujmujące zdrowie jako potencjał oraz przekonane o tym, że ich aktywność, styl życia i właściwe „gospodarowanie” zasobami zapewni im ten stan. Natomiast trzecia kategoria – zdrowie jako równowaga – przypisana jest osobom, które traktują je jako stan równowagi i harmonii, a jego zakłócenia uzależniają od wieku, wpływu środowiskowego i wpływu na świat (Sęk 1997; John-Borys 2002).

Interesujące badania nad koncepcjami zdrowia i choroby u dzieci w wieku przedszkolnym, szkoły podstawowej oraz młodzieży z liceum (klasy I do III) przeprowadził Puchalski (1997). U młodzieży ze szkół średnich można było dostrzec świadomość złożoności pojęcia, trudności definiowania zdrowia – opisy były rozbudowane, ujawniały się znaczące różnice indywidualne w ujęciu tego pojęcia. Analizy pokazały, iż badani wysoko wartościują zdrowie, łączą zdrowie z pozytywnymi emocjami, relacjami, dobrym samopoczuciem oraz prawidłowym funkcjonowaniem organizmu.

Badania John-Borys (2002) wskazują na to, iż młodzież opisuje zdrowie, uwzględniając w tym pojęciu samopoczucie, różne stany emocjonalne, możliwość wykonywania różnych czynności czy podejmowanie różnych działań. Wymieniane są komponenty: fizyczne (ciało, organizm), psychiczne (uczucia, emocje), energetyczne (dynamika działania) i społeczne (interpersonalne i zadaniowe). Badania te, obejmujące różne aspekty opisu zdrowia i choroby u nastolatków od 12 do 14 roku życia, pozwoliły na wyodrębnienie czterech wspólnych wymiarów w obrazie zdrowia i choroby u dorastających: emocjonalny zdrowia, energetyczny zdrowia, komfortu – dyskomfortu cielesnego oraz życia społecznego.

Schmidt i Frohling (2000) stwierdzili, iż rozumienie zdrowia przez dzieci i młodzież (od piątego do 16 roku życia) można podzielić na cztery elementy – kategorie, ujawniające się w różnym stopniu podczas każdego okresu rozwojowego. Brak chorób i niesprawności, takie określenie jest najczęściej wymieniane przez dzieci w wieku od pięciu do 12 lat, zdrowie natomiast jako nastrój czy energia, łączone z wiekiem, – coraz częściej przez osoby młode aż do okresu dorosłości. Dwie ostatnie kategorie to zdrowie rozumiane jako działanie oraz jako stan, podczas którego nie trzeba korzystać z usług medycznych. U adolescentów pojawia się także rozumienie zdrowia jako wartości (cennego dobra, najważniejszej rzeczy w życiu), wokół tak rozumianego pojęcia skupia się inny nurt badań. Badania Puchalskiego

(1997) z udziałem grupy około 1500 pracowników zakładów przemysłowych pokazały, iż około 73 proc. ludzi zdrowie traktuje jako najważniejszą rzecz w życiu, co więcej zdrowie dla badanych stało najwyższej w hierarchii wartości. Badania Górnik-Durose (2013) pokazały podobne podejście – wśród dorosłych Polaków zdrowie okazało się wartością najbardziej cenioną. Jednocześnie wskaźnik relatywnej wartości zdrowia (będący sumą różnic wartościowania zdrowia i innych ważnych obiektów) ujawnił rozproszenie preferencji dotyczących wartości zdrowia w porównaniu z innymi wartościami.

W badaniach często brano pod uwagę pozycję zdrowia w hierarchii lub systemie (zbiorze) wartości. Badania przeprowadzone przez Wenzel (2004) w grupie ludzi dorosłych informują nas o tym, iż zdrowie zajmuje wśród Polaków wysoką pozycję w hierarchii wartości. Na pytanie, czy zdrowie jest ważne w życiu osobistym, wszyscy badani odpowiedzieli, że ich zdrowie i zdrowie ich najbliższych jest bardzo ważne i raczej ważne. Odpowiadając na pytanie, co jest najważniejsze w życiu, co stanowi jego sens, poprzez wybranie pięciu spośród 18 wartości, aż 67 proc. badanych stawiało zdrowie na drugiej pozycji, podczas gdy pierwsze miejsce, wybrane przez 70 proc. badanych, zajęła rodzina.

Z kolei badania Czapińskiego i Panka (2013), zamieszczone w *Diagnozie Społecznej 2013*, pokazały, że system wartości społeczeństwa polskiego w latach 1992–2013 był dość stabilny i zdrowie zajmowało w nim zawsze pierwsze miejsce (wybierane przez 65 proc. Polaków).

Stosunkowo mało jest badań dotyczących miejsca zdrowia w hierarchii wartości, jaką ma młodzież. Te, które były przeprowadzone na reprezentatywnych grupach młodzieży, wskazują na to, iż większość młodych ludzi nie uświadamia sobie, że zdrowie może dla nich być wartością (Gaweł 2003; Woynarowska 2007).

Gromadecka-Sutkiewicz (1999) przeprowadziła badanie wśród uczniów ostatnich klas szkół średnich i zawodowych i okazało się, że podczas wywiadu nikt z młodych ludzi nie wymienił zdrowia wśród ważnych wartości w życiu (najczęściej wymieniano rodzinę, miłość, przyjaźń). Jednakże podczas wypełniania ankiety, w której zostało wymienionych sześć wartości, zdrowie zajęło czwarte miejsce.

Badania przeprowadzone wśród uczniów w wieku 12–18 lat z różnych szkół (w powiecie piotrkowskim) pokazują, że nieco ponad 30 proc. młodzieży uznała zdrowie za najważniejszą wartość wśród innych dziewięciu zaproponowanych przez autora wartości. Jednocześnie 15 proc. w ogóle nie wybrało zdrowia jako wartości ważnej dla siebie (Łuczak 2004).

W innych badaniach (Sułek 1989) skoncentrowano się na dążeniach jednostki do osiągnięcia różnych wartości w życiu, pojmowanych przez nią jako cele życiowe, wyznaczające jej działanie, wraz z przekonaniem o możliwości osiągnięcia wymienionych dóbr. W badaniach tych się okazało, iż najważniejszymi wartościami dla młodzieży będącej u progu dorosłego życia są przede wszystkim miłość i szczęście rodzinne (ok. 80 proc.), dalej – życie wśród przyjaciół i ciekawa, dająca satysfakcję praca. Wartości te związane były z zaspokajaniem własnych potrzeb psychicznych

i afiliacyjnych. Inne wymieniane przez młodzież wartości to: spokojne życie, twórczy wkład do kultury, sukces i szerokie uznanie, barwne życie (od 12 do 40 proc.). Co ciekawe, wśród młodzieży prawie nie pojawiała się kategoria zdrowia jako wartości, w odróżnieniu od rodziców badanych osób, którzy sytuowali zdrowie na równi z życiem materialnym i czasem wolnym.

Juczyński (2001) przeprowadził badania w grupie dzieci i młodzieży w wieku od 11 do 17 lat. Stwierdził, że wraz z wiekiem wzrasta znaczenie wartości altruistycznych i uznawanie zdrowia jako stanu ważnego – wartość zdrowia była doceniana przez dorastających. Dobre zdrowie było w tej grupie najczęściej wybieranym symbolem szczęścia osobistego (inaczej wartością ludzką), aczkolwiek rzadko przypisywano mu najwyższą rangę (4,5 proc.). Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że 22 proc. młodzieży nie zaliczyło zdrowia do pierwszych pięciu wartości osobistych, a także nie zawsze włączało je do najważniejszych w życiu wartości. Ogółem w grupie 10 najważniejszych wartości osobistych, dobremu zdrowiu, rozumianemu jako sprawność fizyczna i psychiczna, młodzież przypisywała drugą pozycję (pierwszą pozycję zajmowały miłość i przyjaźń, kolejne pozycje po zdrowiu – poczucie humoru, inteligencja, wiedza, odwaga, a na samym końcu – bogactwo i majątek). Badania Juczyńskiego wykazały również, że wartość przypisywana zdrowiu jest różna w zależności od płci. Interesujące wydaje się, że chłopcy, w porównaniu z dziewczętami, przypisywali zdrowiu wyższą wartość, pomimo iż – jak wynika z innych badań – w mniejszym stopniu podejmują zachowania zdrowotne.

Problem i metoda badań

Cel badań i pytanie badawcze

Celem badań było opisanie sposobu rozumienia zdrowia przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych. Badania miały charakter eksploracyjny i miały odpowiedzieć na pytania, jak młodzież szkół ponadgimnazjalnych ujmuje atrybuty zdrowia, jakie przypisuje mu kryteria oraz jak lokuje zdrowie pośród innych wartości.

Narzędzia badawcze

Pomiar atrybutów zdrowia – skala ocen oparta na **metodzie dyferencjału semantycznego Osgooda**. Jest to skala własnego autorstwa opracowana na potrzeby badań. Osoba badana ma za zadanie opisać zdrowie, wybierając liczbę od 1 do 7, znajdującą się na skali pomiędzy parami przeciwstawnymi określeń (np. trwałe–nietrwałe). Wybór liczby 1 oznaczał przypisanie zdrowiu w pełni określenia z lewej strony, wybór liczby 7 analogicznie określenia z prawej, a wybór pozostałych liczb

wskazywał na to, że dane określenie opisuje zdrowie w odpowiednio mniejszym stopniu. Wybór cyfry 4 oznaczał, że żadne z danej pary określeń nie opisuje zdrowia.

Poszczególne określenia na skali (atrybuty zdrowia) wybrano na podstawie odpowiedzi wcześniej opisanej grupy młodzieży: 132 osób, 83 kobiet i 49 mężczyzn w wieku 17–19 lat, uczestników warsztatów w ramach treningu profilaktycznego. Ich zadaniem było wymyślenie jak największej ilości określeń mogących opisywać zdrowie. Tak zebraną listę poddano dyskusji grupowej i na podstawie konsensusu wyłoniono ostateczną listę par określeń.

Pomiar kryteriów przypisywanych zdrowiu – skala LKZ (Juczyński 2001). Lista Kryteriów Zdrowia LKZ to lista 24 stwierdzeń dotyczących ważnych wymiarów zdrowia: zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Lista ta może zostać uzupełniona przez badanego o dodatkowe kryteria. Osoba badana wskazuje na to, które z podanych stwierdzeń są, jej zdaniem, ważne w ocenie zdrowia. Spośród wybranych stwierdzeń odznacza pięć tych, które są najważniejsze, a następnie szereguje wybrane kryteria od najbardziej ważnego (przypisując mu pięć punktów) do najmniej ważnego (oceniając go jednym punktem).

Pomiar lokowania zdrowia spośród innych wartości – skala LWO (Juczyński 2001). Badanie ma na celu ocenę znaczenia przypisywanego różnym wartościom, w tym również zdrowiu. Osiąganie ważnych dla siebie wartości utożsamiane jest z pełnym, trwałym i uzasadnionym zadowoleniem z życia. Lista wartości osobistych składa się z dwóch części. Pierwsza część zawiera opis dziewięciu symboli szczęścia, które wyrażają różnorodne formy aktualizacji wartości ludzkich. Druga część zawiera 10 kategorii osobistych, wśród których znajduje się również dobre zdrowie, rozumiane jako sprawność fizyczna i psychiczna.

Spośród dziewięciu symboli szczęścia badany wybiera pięć najważniejszych dla siebie. Następnie wybranym przez siebie symbolom przypisuje punkty: pięć punktów – dla symbolu najważniejszego, jeden – dla najmniej ważnego. Taka sama zasada obowiązuje w odniesieniu do 10 wartości osobistych.

Grupa badana

Grupę badaną stanowiło 293 uczniów liceum ogólnokształcącego oraz technikum w wieku 17–19 lat (średni wiek – 18,5, odchylenie – 0,58). Prawidłowo wypełnione kwestionariusze otrzymano od 276 osób w tym samym przedziale wieku (średni wiek – 18,5, odchylenie – 0,58). Dane demograficzne obu grup przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Grupa osób badanych

	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem:
Liceum ogólnokształcące	102	82	184
Technikum	50	42	92
Razem:	152	124	276

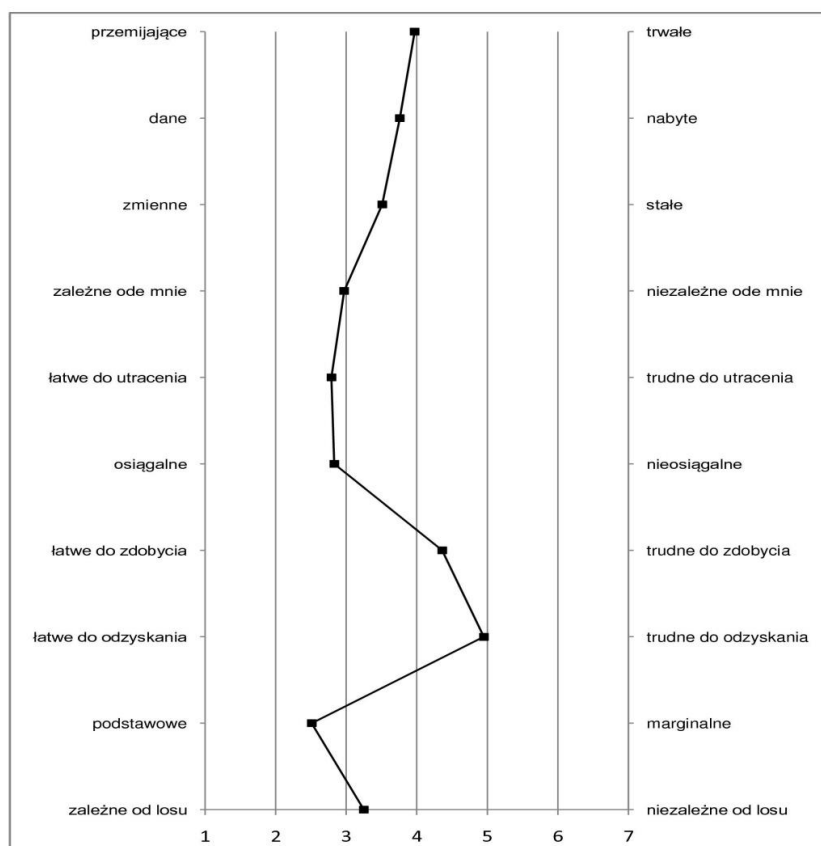
Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań własnych

Atrybuty przypisywane zdrowiu

Ogólny obraz atrybutów przypisywanych przez młodzież zdrowiu można zilustrować za pomocą zestawienia średnich ocen na skali typu dyferencjału semantycznego (rys. 1).

Rysunek 1. Atrybuty zdrowia – średnie oceny na skali dyferencjału semantycznego (N = 276)

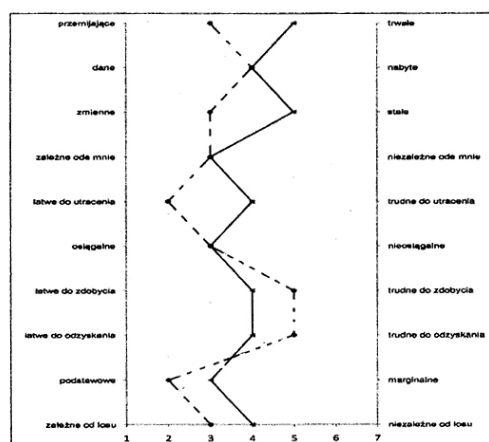


Źródło: opracowanie własne.

Średnie ocen mieszczące się w środkowym przedziale 3,5 do 4,5 można interpretować w taki sposób, że w przypadku tych atrybutów oceny w grupie zrównoważyły się i trudno mówić, aby grupa jako całość przypisywała zdrowiu któreś z dwóch przeciwstawnych określeń. A zatem zdrowie okazało się być dla badanych tak samo przemijające, jak i trwałe, tak samo dane, jak i nabyte i tak samo zmienne, jak i stałe. W przeciwieństwie do tych atrybutów najwyraźniej zaznaczyła się w grupie badanych tendencja, aby oceniać zdrowie jako trudne do odzyskania i podstawowe. Nieco mniej wyraźnie zaznaczyła się w grupie tendencja do oceniania zdrowia jako łatwego do utracenia, zależnego od losu, ale również osiągalnego i zależnego od podmiotu.

W celu ustalenia możliwego zróżnicowania sposobów ujmowania zdrowia wśród badanych na ocenach skali przeprowadzono analizę skupień metodą k-średnich. Otrzymane rozwiązanie dla dwóch skupień dało możliwe do interpretacji i różniące się sposoby ujmowania tego, czym jest zdrowie. W ten sposób wyodrębniono dwie grupy osób przypisujących zdrowiu podobne atrybuty (por. rys. 2). Osoby zakwalifikowane do pierwszego skupienia ($n = 112$) opisywały zdrowie jako trwałe, stałe i raczej trudne do utracenia, osoby zakwalifikowane do skupienia drugiego ($n = 164$), wprost przeciwnie, jako przemijające, zmienne, łatwe do utracenia, trudne do zdobycia czy odzyskania, podstawowe i zależne od losu. W przypadku tych atrybutów centra skupień wypadły poza środkową wartość 4. Jednocześnie obie grupy uznały w równym stopniu zdrowie za zależne od podmiotu i osiągalne. Środkowe położenie centrów obu skupień wskazuje na to, że w obu grupach zdrowia nie uznano ani za dane, ani za nabyte. Ogólnie, osoby zakwalifikowane do pierwszego skupienia można określić jako przypisujące zdrowiu stabilność, a do drugiego – niestabilność.

Rysunek 2. Atrybuty zdrowia – centra dwóch wyodrębnionych skupień ($N = 276$)



Źródło: opracowanie własne.

Do drugiego skupienia zakwalifikowało się istotnie więcej kobiet (100) niż mężczyzn (64) ($\chi^2 = 5,702$; $df = 1$; $p < 0,02$), podczas gdy w skupieniu pierwszym proporcja płci była podobna (52 kobiety i 60 mężczyzn). Można zatem powiedzieć, że w grupie kobiet częstsze było przypisywanie zdrowiu niestabilności.

Kryteria przypisywane zdrowiu

Zestawienie odpowiedzi w kwestionariuszu Lista Kryteriów Zdrowia pozwala na ustalenie, co dla badanych znaczy być zdrowym. Z zaproponowanej w kwestionariuszu listy kryteriów więcej niż dwie trzecie badanych wskazało kolejno na: czuć się dobrze, dbać o wypoczynek i sen, czuć się szczęśliwym przez większą część czasu, mieć sprawne wszystkie części ciała, mieć odpowiednią wagę ciała. Więcej niż połowa natomiast wskazała jeszcze kolejno na: nie chorować (najwyżej rzadko na grypę, niestrawność), należycie się odżywiać, mieć dobry nastrój, umieć cieszyć się z życia, mieć zdrowe oczy, włosy, cerę, nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych, nie palić tytoniu. Ogólnie można powiedzieć, że wśród badanych dominowały hedonistyczne i sprawnościowe kryteria zdrowia. Pełne zestawienie wskazywanych przez badaną młodzież kryteriów zdrowia wraz ze średnimi ocenami ich ważności przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Kryteria zdrowia. Procent wyborów i średnia ocena ważności (N = 276)

Kryterium	Procent wyborów	Średnia ocena ważności
Czuć się dobrze	77,3	1,06
Dbać o wypoczynek i sen	71,6	1,08
Czuć się szczęśliwym przez większą część czasu	69,8	1,55
Mieć sprawne wszystkie części ciała	68	1,19
Mieć odpowiednią wagę ciała	66,9	0,47
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	65,5	0,85
Należycie się odżywiać	64,4	0,87
Mieć dobry nastrój	64,4	0,74
Umieć się cieszyć z życia	62,6	1,16
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	61,9	0,50
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	61,2	1,12
Nie palić tytoniu	52,9	0,47

Kryterium	Procent wyborów	Średnia ocena ważności
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	46,8	0,67
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	44,2	0,53
Umieć rozwiązywać swoje problemy	43,9	0,46
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	39,9	0,22
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	38,5	0,38
Dożyć późnej starości	36	0,35
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	34,9	0,23
Prawie nigdy nie chodzić do lekarza	34,5	0,26
Umieć przystosować się do zmian w życiu	30,2	0,32
Pić niewielkie ilości alkoholu albo wcale	26,6	0,15
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	23,7	0,11
Być odpowiedzialnym	23	0,15

Źródło: opracowanie własne.

Jak widać, gdyby sporządzić ranking kryteriów zdrowia, na podstawie średniej oceny ważności, nie zmieniłyby się one wiele, chociaż nieco wyżej by się uplasowały: czuć się szczęśliwym przez większą część czasu, mieć sprawne wszystkie części ciała, umieć się cieszyć z życia oraz nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych. W przypadku dwóch kryteriów czynnikiem różnicującym okazała się być płeć badanych. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wskazywały na znaczenie dla zdrowia należytego odżywiania ($\chi^2 = 8,363$; $df = 1$; $p < 0,004$) oraz dbałości o wypoczynek i sen ($\chi^2 = 5,137$; $df = 1$; $p < 0,03$).

Lokowanie zdrowia pośród innych wartości

Na miejsce, jakie zajmuje w ocenie badanych zdrowie, wśród innych wartości życiowych, wskazują wyniki skali Lista Wartości Osobistych. Badani wybierali z listy 10 wartości pięć dla nich najważniejszych, a następnie tworzyli ranking ich ważności. Biorąc pod uwagę średnią rangę dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna zajęły trzecie miejsce w hierarchii wartości wśród badanej młodzieży,

ustępując miejsca miłości i przyjaźni, które uznano za najważniejsze, oraz inteligencji, bystrości umysłu – na miejscu drugim. W tabeli 3 przedstawiono ranking wszystkich branych pod uwagę wartości, sporządzony w oparciu o średnie ocen ważności przypisywanej danej wartości.

Tabela 3. Zdrowie pośród innych wartości. Zestawienie średnich ocen ważności (N = 276)

Wartość	Średnia ocena ważności
Miłość i przyjaźń	4,15
Inteligencja, bystrość umysłu	2,24
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	2,13
Radość, zadowolenie	1,94
Poczucie humoru, dowcip	1,16
Wiedza, mądrość	0,84
Odwaga, stanowczość	0,79
Dobroć, delikatność	0,76
Bogactwo, majątek	0,50
Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	0,49

Źródło: opracowanie własne.

Porównanie rang przypisywanych poszczególnym wartościom przez kobiety i mężczyzn wskazało na kilka istotnych różnic. Dla kobiet ważniejsze niż dla mężczyzn były miłość i przyjaźń (U Manna Whitneya = 2,575; $p < 0,01$) oraz radość i zadowolenie (U Manna Whitneya = 3,144; $p < 0,002$), natomiast inteligencja, bystrość umysłu (U Manna Whitneya = -2,171; $p < 0,03$), wiedza i mądrość (U Manna Whitneya = -2,242; $p < 0,02$) oraz bogactwo i majątek (U Manna Whitneya = -1,992; $p < 0,04$) okazały się być ważniejsze dla mężczyzn. Warto dodać, że w przypadku zdrowia jako wartości nie było istotnych różnic związanych z płcią badanych.

Druga część skali LWO pozwala na ustalenie listy symboli szczęścia, tego, co decyduje o byciu szczęśliwym. Badani mieli do dyspozycji dziewięć takich symboli, a procedura wyboru wyglądała analogicznie, jak w pierwszej części skali. Średnie wartości rang wskazują, że dla badanej młodzieży o szczęściu decyduje po pierwsze udane życie rodzinne, a po drugie – dobre zdrowie. Ranking wszystkich symboli szczęścia wraz z zestawieniem poszczególnych ocen ważności zdrowia przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Symbole szczęścia. Zestawienie średnich ocen ważności (N = 276)

Symbol szczęścia	Średnia ocena ważności
Udane życie rodzinne	3,33
Dobre zdrowie	2,55
Duży krąg przyjaciół	1,91
Wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	1,78
Bycie potrzebnym dla innych ludzi	1,57
Życie pełne przygód, podróży	1,47
Sukcesy w nauce, pracy	1,15
Dobre warunki materialne	1,14
Sława, popularność	0,11

Źródło: opracowanie własne.

Kiedy porównano rankingi kobiet i mężczyzn, okazało się, że dla kobiet w większym stopniu o szczęściu decyduje udane życie rodzinne (U Manna Whitneya = 2,394; $p < 0,01$), a dla mężczyzn – dobre warunki materialne (U Manna Whitneya = -2,800; $p < 0,005$) oraz sława i popularność (U Manna Whitneya = -2,964; $p < 0,003$). I znowu, jeśli chodzi o znaczenie zdrowia, nie stwierdzono różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, dla których w jednakowym stopniu decyduje ono o szczęściu.

Porównanie wyników Listy Wartości Osobistych wśród osób zakwalifikowanych do skupień ze względu na atrybuty przypisywane zdrowiu nie ujawniło żadnej istotnej statystycznie różnicy. Dla osób przypisujących zdrowiu stabilność (skupienie I) i osób przypisujących zdrowiu niestabilność (skupienie II) zdrowie miało podobną pozycję pośród innych wartości i wśród tych czynników, które decydują o szczęściu. Podobnie było w przypadku Listy Kryteriów Zdrowia; osoby z obu skupień wybierały podobne kryteria, decydujące o tym, co znaczy być zdrowym.

Podsumowanie wyników

Wśród atrybutów przypisywanych zdrowiu przez badanych najwyraźniej zarysowały się te wskazujące, iż dla młodych osób zdrowie jest podstawowe i osiągalne, ale jednocześnie jest łatwe do utracenia i trudne do odzyskania.

Analiza skupień skali mierzącej atrybuty zdrowia wskazuje na to, że można wyodrębnić dwa sposoby ujmowania zdrowia w badanej grupie młodzieży. Wyodrębniono całkiem liczną grupę osób przypisujących zdrowiu stabilność, które myślą o zdrowiu jak o czymś trwałym, stałym i podstawowym, ale także uważają, że jest ono zależne od podmiotu i osiągalne.

Tego rodzaju przekonania wskazują na ujmowanie zdrowia jako potencjału i przekonanie o tym, że aktywność własna jednostki, styl życia, właściwe planowanie zasobami może zapewnić im zdrowie (Herzlich 1973). Podobnie Woynarowska zauważyła, że zdrowie jest stałym atrybutem, a jednostka dokonuje jego oceny, samoobserwacji w celu zwiększenia o nie troski i podejmowania działań je chroniących, pomnażających i umacniających (Woynarowska 2007).

Z kolei dla drugiej, bardziej licznej grupy, zdrowie jest przemijające, zmienne, łatwe do utracenia, trudne do zdobycia czy odzyskania, podstawowe i zależne od losu, ale także zależne od podmiotu i osiągalne. Można powiedzieć, że uczniowie ci przypisują zdrowiu niestabilność. Dla tej postawy charakterystyczne jest przekonanie o braku wpływu jednostki na własne zdrowie lub też traktowanie zdrowia jako zależnego od wieku, wpływu środowiska czy czynników zewnętrznych.

W tym przypadku daje się zauważyć podobieństwo do tego, co Herzlich nazywa powierzchownym typem myślenia o zdrowiu (Herzlich 1973). Woynarowska pisała podobnie, że dla takich osób zdrowie jest okazjonalnie przedmiotem uwagi – wówczas kiedy pojawi się jakaś dolegliwość, a dowodem na bycie zdrowym jest znalezienie się w normie „zdrowotnej” (Woynarowska 2007). Trzeba dodać, że w przypadku tego sposobu ujmowania zdrowia zaznaczyły się różnice związane z płcią; wyniki wskazują, że takie rozumienie jest bardziej charakterystyczne dla kobiet.

W przypadku niektórych atrybutów zdrowia nie ujawniły się różnice – dla wszystkich badanych zdrowie było zależne od podmiotu i osiągalne, a jednocześnie nie uznano go ani za dane, ani za nabyte.

Uzupełnieniem danych dotyczących koncepcji zdrowia mogą być wyniki skali badającej, co dla uczniów znaczy być zdrowym. Większość młodzieży wskazała na to, że dobre samopoczucie, dbałość o wypoczynek i należny czas na sen, poczucie bycia szczęśliwym przez większą część czasu, sprawność wszystkich części ciała, a także odpowiednia waga ciała są czynnikami, które łączą się w znaczenie bycia zdrowym. Można z tego wywnioskować, że dla młodych ludzi bycie zdrowym jest łączone z hedonistycznymi i sprawnościowymi kryteriami zdrowia. Potwierdza to także zestawienie wagi, jaka przypisywana jest poszczególnym twierdzeniom. Wskazuje ona na największą ilość następujących odpowiedzi: czuć się szczęśliwym przez większą część czasu, mieć sprawne wszystkie części ciała, umieć się cieszyć z życia oraz nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych. Kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały na znaczenie dla zdrowia należytego odżywiania się oraz dbałości o wypoczynek i sen.

Badania również pokazały, jakie miejsce w ocenie uczniów zajmuje zdrowie wśród innych wartości życiowych. Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna okazały się być na trzecim miejscu w hierarchii wartości wśród badanej młodzieży. Wyżej, za plasują się takie wartości, jak miłość i przyjaźń, a później – inteligencja i bystrość umysłu. Wyniki relacjonowane przez Juczyńskiego (2001) ukazują bardzo zbliżony obraz wartościowania, charakterystyczny dla osób dorastających (od 11 do

17 roku życia), które za najważniejsze uznają takie wartości, jak miłość i przyjaźń. Także badania Sułek (1989) pokazały, że najważniejszymi wartościami dla młodzieży u progu dorosłości są miłość i szczęście rodzinne. Badania Gromadeckiej-Sutkiewicz (1999) pokazały z kolei, że dla młodzieży kończącej szkołę zdrowie wśród innych wartości zajmuje czwarte miejsce. Podobne były wyniki badania Łuczak (2004), według których zdrowie zajmuje wysoką pozycję w hierarchii wartości u młodzieży. Ogólnie można powiedzieć, iż badania różnych grup młodzieży w Polsce wykazują duże podobieństwa i mówią, że dla młodych ludzi zdrowie jest wartością usytuowaną wysoko w hierarchii, ale nie najwyżej.

Informacji o poglądach na zdrowie badanej młodzieży dostarczają również odpowiedzi na pytanie, co decyduje o byciu szczęśliwym. Wskazują one, że o szczęściu decyduje po pierwsze udane życie rodzinne, a po drugie dobre zdrowie. I znowu, nie widać znacznych różnic pomiędzy tymi wynikami a odpowiedziami nieco młodszej grupy dzieci i młodzieży w badaniach Juczyńskiego (2001). W ocenie innych natomiast wyznaczników szczęścia ujawniły się różnice związane z płcią; według kobiet o szczęściu w większym stopniu decyduje udane życie rodzinne, a według mężczyzn z kolei – dobre warunki materialne oraz sława i popularność. Jednocześnie dla obu płci zdrowie w jednakowym stopniu decyduje o szczęściu.

Podsumowując wyniki badań w zakresie koncepcji zdrowia, można powiedzieć, że zdrowie jako wartość ma dość stabilną, wysoką i podobną dla większości badanych pozycję, jego rozumienie natomiast jest zróżnicowane. Różnice w zakresie atrybutów przypisywanych zdrowiu zaznaczają się na ogólnym wymiarze stabilność–niestabilność.

Bibliografia

- Czapiński J., Panek T. (2013). *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie.
- Gaweł A. (2003). *Pedagogia wobec wartości zdrowia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Górnik-Durose M. (2013). *Kultura współczesna a zdrowie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gromadecka-Sutkiewicz M. (1999). *Elementy stylu życia wpływające na zdrowie młodzieży szkół ponadpodstawowych*. Poznań: Akademia Medyczna w Poznaniu.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness: A social psychological analysis*. London: Academic Press.
- John-Borys M. (2002). *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

- Kawczyńska-Butrym Z. (1997). *Pojęcia: zdrowie – choroba w poglądach mieszkańców wsi*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 10, s. 65–74.
- Łuczak J. (2004). *Znaczenie wartościowania zdrowia i jego oceny w kształtowaniu się zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży*. „Medycyna Wieku Rozwojowego”, 3, cz. I, s. 485–497.
- Puchalski K. (1994). *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1–2, s. 53–69.
- Puchalski K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr n. med. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia.
- Schmidt L. R., Frohling H. (2000). *Lay concepts of health and illness from a developmental perspective*. „Psychology and Health”, nr 15, s. 229–238.
- Sęk H. (1997). *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. W: Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I. (red.). *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sułek A. (1989). *Wartości życiowe dwóch pokoleń*. W: Nowak S. (red.). *Ciągłość i zmiana tradycji kulturowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 293–314.
- Szymańska M., Sokołowska M., Kręcisz A., Woynarowska B. (1994). *Zdrowie dla życia. Program edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie. Materiały dla nauczycieli klas 0–III*. Warszawa: Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie.
- Wenzel M. (2004). *Wartości życiowe*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Publicznej.
- Woynarowska B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

CONCEPT OF HEALTH AMONG ADOLESCENTS

Abstract: The aim of the study was to describe the way in which adolescents understand the concept of health, what are the attributes of health and how they locate health among other values.

The group of the participants consisted in 276 adolescents aged between 17 and 19, 152 women and 124 men. Self-report rating scales were used in order to measure the attributes of health, the criteria defining health and the rank of health among other values.

Results indicate that for adolescents health is a basic and attainable value, but at the same time they consider it to be easy to lose and hard to regain. Cluster analysis revealed that some participants perceived health as stable and others as unstable. Moreover, adolescents generally used hedonistic and efficiency criteria in defining health and valued health highly, but below such values as love, friendship and intelligence.

Keywords: concept of health, adolescents, values.

Julia Łosiak-Pilch – doktor nauk społecznych w dziedzinie psychologii, magister psychologii, magister pedagogiki. Zatrudniona na stanowisku asystenta w Studium Pedagogicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego i jako psycholog szkolny w I Liceum Ogólnokształcącym im. B. Nowodworskiego w Krakowie. Opublikowane artykuły: *Pedagogika a psychologia. Zarys wzajemnych relacji* (2009), *Warsztaty edukacyjne jako metoda zmiany postaw wobec osób niepełnosprawnych* (2012), *Atrakcyjność budowy męskiego i kobiecego ciała w ocenach osób homo- i heteroseksualnych* (2016), *Risk and health promoting behaviours in adolescents with different temperamental profiles* (2017), *Aplikacje mobilne w promocji i edukacji zdrowotnej* (2017). Adres e-mailowy: julia.losiak@uj.edu.pl.